

Análisis semiológico del mutismo: examen comparativo de dos casos clínicos*

Montserrat Veyrat Rigat, Carlos Hernández Sacristán y Enric Serra Alegre

Universitat de València. Departament de Teoria dels Llenguatges
Av. Blasco Ibáñez, 32. València. 46010
montserrat.veyrat@uv.es, carlos.hernandez-sacristan@uv.es, enrique.serra@uv.es

Resumen

El acercamiento semiológico-comunicativo que venimos desarrollando en el área de Lingüística General de la Universitat de València asume los enfoques de la Pragmática Clínica y la Lingüística Interaccional, y considera que las habilidades lingüísticas y comunicativas están estrechamente relacionadas. La evaluación de la conducta verbal alterada en pacientes con afasia requiere un análisis detallado y diferencial de las tareas lingüísticas que son capaces de realizar, pero también un análisis de sus habilidades a la hora de explotar recursos lingüísticos restringidos para la interacción comunicativa. Se adoptará aquí una perspectiva semiológica global para explicar el grado en que las habilidades comunicativas son o pueden ser activadas y eventualmente contribuyen a la mejora tanto de la producción como de la comprensión del lenguaje. Se someterán a examen dos pacientes con afasia no-fluente severa y dos situaciones comunicativas muy diferentes a fin de ilustrar algunos aspectos de esta aproximación semiológica. La actividad del interlocutor, la motivación del paciente y el grado en que toma conciencia de su propia actividad lingüística son factores dignos de consideración en este contexto. Nuestra intención es mostrar la conveniencia de incluir una sistematización de estos aspectos pragmático-comunicativos en los protocolos de intervención logopédica.

Palabras clave: lingüística clínica, afasia no-fluente severa, aproximación semiológico-comunicativa.

Resum

L'aproximació semiològica-comunicativa que es desenvolupa en l'àrea de Lingüística General de la Universitat de València assumeix els plantejaments de la Pragmàtica Clínica i la Lingüística Interaccional, tot considerant una estreta relació entre habilitats lingüístiques i comunicatives. L'avaluació de la conducta verbal alterada en pacients amb afàsia exigeix una anàlisi exhaustiva i diferenciada de les tasques lingüístiques que poden realitzar, però també una anàlisi de les habilitats a l'hora d'aprofitar recursos lingüístics restringits per a la interacció comunicativa. Es pretén aquí explicar, des d'una perspectiva semiològica global, el grau en què les habilitats comunicatives són o poden ser activades i eventualment contribueixen a la millora tant de la producció com de la comprensió del llenguatge. Se sotmetran a examen dos pacients amb afàsia no-fluent severa i dues situacions comunicatives molt diferents per tal d'il·lustrar alguns aspectes d'aquesta aproximació semiològica. L'activitat de l'interlocutor, la motivació del pacient i el grau de presa de consciència de l'activitat lingüística pròpia són factors que cal considerar en aquest context. Pretenem, doncs, fer veure la conveniència d'incorporar una sistematització d'aquests aspectes pragmático-comunicatius als protocols d'intervenció logopèdica.

Paraules clau: lingüística clínica, afàsia no-fluent severa, aproximació semiològica comunicativa.

Abstract

The semiological and communicative approach that is being developed at the University of Valencia (General Linguistics area) assumes both Clinical Pragmatics and Interactional Linguistics analysis, stressing the fact that linguistic and communicative skills are in close connection. The assessment of impaired verbal behaviour of people with aphasia requires a detailed and differential analysis of the linguistic tasks the patient is able to perform, but also an analysis of his or her abilities to use restricted linguistic resources for communicative interaction. A global semiological perspective will be here adopted to explain the extent to which

* El presente estudio forma parte de las actividades financiadas por el Ministerio de Educación y Ciencia, correspondientes a los Proyectos de Investigación *Elaboración y análisis pragmático de un corpus de lenguaje afásico* (BFF2002-00349), *Análisis formal comparativo de los aspectos dinámicos de la traducción genética y de la comprensión lingüística* (BFF2003-05981), *Variables pragmáticas en la evaluación y rehabilitación de afasias* (HUM2004-05847-C02-02) y la Acción Complementaria *Aplicación y validación clínica de variables lingüísticas en protocolos de rehabilitación* (HUM2004-21424-E).

communicative abilities are or can be activated and eventually contribute to the improvement of both language production and comprehension. Two patients with severe non-fluent aphasia and two very different communicative situations will be considered to exemplify some aspects of this semiological approach. The activity of conversational partner, the motivation of the patient and the degree of awareness of his or her own linguistic performance are factors worth mentioning in this context. Our aim is to show how convenient is to include a systematization of these pragmatic aspects in the language therapy protocols.

Key words: clinical linguistics, severe non-fluent aphasia, semiological and communicative approach.

Tabla de contenidos

- | | |
|---|---|
| 1. El enfoque semiológico comunicativo en Lingüística Clínica | 3.2 Lenguaje, gestualidad y corporalidad |
| 2. Presentación de dos casos clínicos | 3.3 La perceptibilidad del lenguaje |
| 3. Análisis semiológico de dos casos clínicos | 3.4 La objetualización del hablante afásico |
| 3.1 La esclerotización del sistema lingüístico | 4. Conclusiones |
| | 5. Referencias bibliográficas |

1. El enfoque semiológico comunicativo en Lingüística Clínica

Normalmente, cuando nos adentramos en el campo de las patologías del lenguaje solemos utilizar palabras como *déficit*, *deterioro*, *disfunción*, ..., todas ellas términos con unas connotaciones negativas quizá en parte causantes de la exclusiva concentración del terapeuta sobre la privación o la merma de los aspectos de la facultad verbal que se han visto afectados.

Esta visión de la disfunción lingüística como menoscabo o pérdida es la que, como decimos, guía el trabajo del terapeuta, quien orienta el planteamiento de la evaluación y la terapia de rehabilitación centrándose en identificar los factores implicados en el déficit lingüístico y en establecer de qué manera y hasta qué punto resultan éstos decisivos para la realización de determinadas tareas verbales, las cuales se proponen como ejercicios fácilmente realizables por cualquier hablante con la facultad lingüística intacta.

Esta es la forma de actuar más frecuente entre los profesionales de la Logopedia. Hasta el momento actual, dado el elevado número de variables que configuran la conducta verbal, el terapeuta organiza sus sesiones de trabajo siguiendo un protocolo establecido al efecto, tanto cuando se trata de la evaluación como cuando lleva a cabo la rehabilitación. Generalmente, las sesiones de trabajo tienen lugar en un local destinado a cubrir estas necesidades, por lo que el paciente acude a la clínica –bien del hospital, bien privada– donde se le realiza una entrevista en la que se evalúa su lenguaje, y lleva a cabo los ejercicios que el logopeda le presenta. Es habitual que el logopeda utilice los tests que existen en el mercado para realizar su labor, si bien una de las principales tareas de este profesional consiste en personalizar dichos tests para adecuarlos a cada paciente.

Resulta evidente, pues, que esta manera de abordar una tarea evaluadora o rehabilitadora intenta solucionar las dificultades que el hablante tiene considerando que el sistema lingüístico está dañado en alguno de sus componentes, fases o procesos. Del mismo modo, parece también claro que la consideración del paciente por parte del terapeuta es la de un hablante que ha de rectificar, reelaborar y, la mayoría de las veces, trabajar continuamente una misma unidad de su lenguaje a fin de obtener una producción aceptable según lo que se considera normal.

Existe otra perspectiva, complementaria, desde nuestro punto de vista, a esta forma de considerar los hechos, que tiene un importante efecto sobre el modo en que es percibido el paciente, su lenguaje, el planteamiento de su evaluación y la organización de las sesiones de rehabilitación. Nos referimos a imprimir un sesgo en nuestra mirada sobre el hablante de tal manera que consideremos cada una de sus manifestaciones verbales como una estrategia que él ha activado para lograr mantener la comunicación en las circunstancias adversas en las que

se encuentra. Asumimos con ello que las técnicas utilizadas en su habla responden a unas capacidades genéricas vinculadas al uso del lenguaje y no a unidades concretas de procesamiento lingüístico.

Este enfoque está basado en la tradición de la pragmática clínica (cf. Veyrat Rigat y Serra Alegre 2005b), uno de cuyos supuestos genéricos consiste en destacar el papel relevante que desempeñan las habilidades comunicativas, por lo que al efecto de la evaluación y rehabilitación clínicas se refiere. Existe asimismo un presupuesto que debe complementar al anterior, según el cual, aunque sean hasta cierto punto dissociables, las habilidades comunicativas y las lingüísticas mantienen entre sí una estrecha relación de interdependencia. Esto hace que en muchas ocasiones resulte realmente difícil discriminar entre la naturaleza primaria o secundaria de los déficits pragmático y lingüístico, siendo lo más probable que uno implique siempre de alguna manera al otro.

No es nuestra intención debatir acerca de la conveniencia de un planteamiento o del otro, pero sí queremos destacar que nuestra exposición se inscribe en éste último punto de vista, entendiéndolo claramente como complementario respecto al propio de una reflexión sobre el lenguaje en tanto sistema en el que cabe identificar determinados factores cuyo deterioro explicaría su mal funcionamiento en aquellos hablantes que han sufrido un accidente cerebro-vascular determinado.

Una lesión neurológica puede afectar, como es sabido, de muy variadas formas a nuestra capacidad de producir o comprender el lenguaje. Se conoce como *afasia* en general la patología específica de la capacidad verbal derivada de daño neurológico. El examen de casos clínicos es revelador de una etiología muy variada y de manifestaciones conductuales que presentan igualmente un alto grado de variabilidad entre sujetos. Esto mismo cabe decir también para un mismo sujeto examinado en diferentes situaciones y, por supuesto, también cuando se examina en diferentes fases de recuperación (si este es el caso) desde el momento en que sufre un accidente cerebro-vascular.

Esto no es en absoluto sorprendente, sino justamente lo esperable cuando lo afectado es una conducta como la verbal, donde son muchos los factores implicados y muy compleja la interrelación que entre los mismos se establece. El hecho de desplazar la atención hacia las habilidades comunicativas implica también desplazar nuestro interés desde una conducta verbal objetivamente considerada hacia un sujeto hablante que la experimenta, con la que negocia su identidad y sobre la que proyecta sus motivaciones y emociones.

Pues bien, este aspecto referido a la experiencia que el sujeto hablante tiene de su lenguaje constituye un factor imprescindible en la valoración de una conducta verbal insuficiente en su función comunicativa, como veremos más adelante. El fenómeno conocido como *anosognosia* puede describirse como una limitación en nuestro acceso consciente a la experiencia del lenguaje, y sus efectos sobre la conducta verbal son bien conocidos (cf. Veyrat Rigat y Serra Alegre 2005a).

Profundizando un poco más en la función de interacción que cumple el lenguaje diremos que el déficit lingüístico observado en el sujeto hablante no deja inalterada la situación comunicativa tomada en su conjunto, situación en la que otros interlocutores se ven implicados, de manera que, desde un punto de vista si se quiere tan sólo metodológico –pero muy relevante en términos clínicos–, la patología verbal trasciende al sujeto que propiamente la padece y acaba involucrando y afectando muy notablemente a sus interlocutores.

En las dos muestras que someteremos a consideración trataremos de justificar por qué razón puede y debe afirmarse esto. No obstante, conviene puntualizar aquí que esta apertura a la experiencia de la propia conducta verbal no se produce tan solo en el marco interactivo propio de una conversación, sino también en situaciones de naturaleza monológica en las que el lenguaje cobraría funciones básicamente autorreguladoras. Nos referimos concretamente a aquellas circunstancias en las que el lenguaje puede considerarse un tipo de verbalización que

acompaña a la resolución de determinadas tareas prácticas, que es una función derivada de la capacidad genérica de acceso al lenguaje interior del que hablaba Vygotsky (1934). No cabe duda de que estas funciones autorreguladoras no aparecen en el lenguaje del afásico.

Cabe señalar, igualmente, que el estudio de las funciones autorreguladoras amplía el ámbito de trabajo de la pragmática clínica y nos permite entender esta última en términos de aproximación semiológica general a la conducta verbal. Igualmente consideramos conveniente recordar aquí que la definición global de una conducta verbal patológica, desde el enfoque semiológico-comunicativo que defiende nuestro grupo de investigación, consiste en un déficit de función simbólica, entendiendo por símbolo el signo cuyo uso está dotado de capacidad estratégica tanto a efectos interactivos como autorreguladores (Hernández Sacristán e.p.). Que el signo esté dotado de capacidad estratégica implica otorgar al signo un potencial para adecuarse a las necesidades del sujeto hablante referidas tanto a la función de interacción con otros sujetos como a la de intracomunicación, que caracteriza a las relaciones entre pensamiento y lenguaje.

2. Presentación de dos casos clínicos

Los casos que vamos a presentar a continuación ejemplifican la situación límite que el diagnóstico psicológico denomina *afasia de producción* (o *afasia de Broca*) severa.

En el primero se trata del paciente JRP, cuyo diagnóstico médico señalaba un Ictus isquémico silviano izquierdo con perfil embólico. Su habla está plagada de estereotipias, como veremos a continuación. Es importante también señalar que el entorno o contexto inductor en el que se recoge la muestra de habla se sitúa en la clínica privada del logopeda, y que se trata de una sesión de rehabilitación en la que el paciente debe realizar los ejercicios propuestos por el terapeuta.

Transcripción 1 de JRP¹

- 044 L: (SONRÍE) ¿vale? / bueno// seguimos un poquito más/ hay– hay muchas// ¿eh?/ no las haremos todas/ pero bueno/ un poquito más sí/ me interesaría trabajarlas/ ¿cuál es eso Pepe? (LE ACERCA UNA TARJETA A I)
- 045 I: (mira de cerca la tarjeta)
- 046 L: ¿qué es?
- 047 I: nenenené
- 048 L: nenene no/ ¿qué es eso? (I TOCA LA TARJETA)/ ¿dónde lo tienes?
- 049 I: (SE LLEVA UN DEDO DE LA MANO DERECHA A LA CARA)
- 050 L: ¿aquí? (SE TOCA LA CARA CON UN DEDO)
- 051 I: (TOCA LA TARJETA)
- 052 L: ¿qué es?
- 053 I: nenene _ (SEÑALA LA TARJETA)
- 054 L: la nariz/ ¿dónde está la [nariz?]
- 055 I: [((nariz))]
- 056 L: ¿dónde está la nariz? / ¿dónde tienes la nariz Pepe?/ ¿dónde está? (P LE MUESTRA LA TARJETA)// ahí/ ¿y en tu cara dónde está la nariz?
- 057 I: nené (ASIENTE)
- 058 L: tú– tú// nariz_ (SE TOCA LA NARIZ)
- 059 I: (SE LLEVA LA MANO A LA NARIZ)
- 060 L: la nariz (SE TOCA LA NARIZ)/ vale / ahí sí / muy bien Pepe / ¿y esto qué es? (SEÑALA UNA TARJETA)
- 061 I: nononono
- 062 L: ¿qué son?
- 063 I: nononono

¹ Todas las muestras que se incluyen en este artículo aparecerán recogidas en el volumen 4 del *Corpus PerLA* (cf. Hernández Sacristán, Veyrat Rigat y Serra Alegre e.p.). Para las referencias de los volúmenes ya publicados de este corpus, véase el apartado de Bibliografía.

- 064 L: ¿qué son éstas? (SEÑALA UNA TARJETA)/ ¿ésas qué son?/// ¿qué son Pepe?/// (>I) son las_ (ABRE Y CIERRA LA MANO)/// son las/ manos/ maaanos (ABRE Y CIERRA LA MANO MIENTRA VOCALIZA)
- 065 I: (SE LLEVA LA MANO DERECHA A LA BOCA)
- 066 L: no/ la boca no/ las manos (ABRE Y CIERRA LA MANO)
- 067 I: nnng ((SE LLEVA LA MANO DERECHA A LA BOCA)
- 068 L: no/ la boca no (niega con el dedo y la cabeza)
- 069 I: nooo

El segundo caso nos presenta a JChT, junto a su esposa que actúa en calidad de interlocutor-clave. El concepto de *interlocutor-clave* (*key conversational partner*) surge a finales de los noventa de la mano de Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser (1997), de la universidad de Newcastle upon Tyne, dentro de la tradición de la pragmática clínica.² Se trata de un caso diagnosticado médicamente como un Infarto cerebral media izquierda con hemiplejía. Su habla se reduce también a estereotipias con alguna mínima excepción cuando se trata de lenguaje espontáneo que representa una distensión emocional para el hablante: tacos, expresiones habituales de la situación pre-mórbida, y poco más. La grabación está realizada en su domicilio particular y cuenta con la presencia y colaboración del interlocutor-clave, como hemos señalado.

Transcripción 1 de JChT

- 117 M pues sí/// es que a lo mejor por ejemplo cuando fuimos_// cuando le dieron el alta del clínico/ dee rehabilitación/ el médico dijo que-que le-que sí que contestara aal teléfono y luego que-que me escribiera en un papel quién había llama(d)o// entonces yo digo *pues es que como la mano derecha ((pues)) no_*
- 118 I (SE LEVANTA) di-di-di no-no-no (SE TOCA LOS GENITALES Y LA INGLE)
- 119 M (SE LEVANTA) ¿vas al wáter?
- 120 I noo no no noo
- 121 M ¿entonces pa' que t'alces?
- 122 I di-di-di-di-di
- 123 M ¿te vas a pixar?
- 124 I NOOO
- 125 M °(vale)° jo no sé lo que me dius
- 126 I a di-di-di-di
- 127 M a vore on vas_
- 128 I a di-di-di-di (SE TOCA LA INGLE)^R/ a di-di-di (SE TOCA LA INGLE)^R
- 129 M la pierna
- 130 I di-di-di
- 131 E1 ah/ ¿que té mal en la cama?
- 132 I sí (SE TOCA LA INGLE)^R
- 133 E1 ya
- 134 I a-di-di-di
- 135 M ¿pero pa' qué t'alces?
- 136 E2 porque habrá querido decirnos [algo]
- 137 M [algo]
- 138 I no-no-no-no
- 139 E2 ¿que no puede escribir con la mano derecha?
- 140 I ah no-no-no-no-no
- 141 M ni con la derecha ni con la izquierda/(RISAS) [no escribe nada]=
- 142 I (RISAS) [no-no-no-no]

El título que encabeza nuestra contribución hace referencia a una situación de mutismo, por lo que debemos explicar en este momento qué se entiende por mutismo en el ámbito logopédico.

² Vid. Gallardo Paúls (2005: 23). El concepto de interlocutor-clave, como afirma la autora, se refiere a la persona que acompaña y se relaciona más frecuentemente con el hablante afásico.

El Test de Boston³ establece una escala de severidad para la evaluación y diagnóstico del habla conversacional y expositiva del sujeto que va desde la ausencia absoluta de habla o comprensión auditiva hasta la mínima dificultad de expresión por parte del paciente, que puede incluso resultar inobservable por cualquier oyente.

La evolución normal desde el grado más severo de esta escala, es decir, desde el mutismo o ausencia total de verbalización, conduce al sujeto a un segundo nivel en el que la comunicación se realiza totalmente a partir de expresiones incompletas que suelen consistir en vocalizaciones estereotipadas o usos monorremáticos muy limitados en número y situaciones comunicativas, cuya ejemplificación hemos podido ver en las dos transcripciones de nuestro Corpus *PerLA*.

Es interesante señalar lo poco que en esta situación puede decirse sobre el lenguaje usado por el sujeto, destacándose de esta forma la importancia del enfoque semiológico-comunicativo en el proceso evaluador y de cara a la organización de las sesiones de rehabilitación, puesto que es quizá el único método viable en tales casos. Es más, incluso en esta situación extrema de ausencia de lenguaje, se puede comprobar que el paciente no pierde el sentido propio de una acción comunicativa, pues el afásico no es un autista no verbal. En consecuencia, hay que tener en cuenta que las vocalizaciones remanentes o estereotipadas cumplen al menos la función correspondiente a un turno de habla en situaciones interactivas. Precisamente, el hecho de que este sentido propio de la acción comunicativa se preserve hace concebible la utilización de medios simbólicos alternativos al lenguaje oral como, p.e., el uso de tarjetas donde se representa gráficamente el objeto cuya denominación se requiere. Si no se trata de medios alternativos, puede emplearse igualmente los complementarios propios de la gestualidad fónica, kinésica o proxémica, tal como señala Blanche Ducarne de Ribaucourt (1989: 19):

Se logrará arrancar los primeros enunciados a un paciente mudo recurriendo a situaciones que inciten respuestas automáticas, reforzadas por la exageración de rasgos pertinentes extralingüísticos (...). Así pues, es preciso presentar el contexto inductor de una fórmula específica, y reforzarlo por el gesto o la mímica, captando toda la atención del paciente, que debe fijarse en la mirada y en la expresión del reeducador, además, un contacto tangible que favorezca la identificación entre el paciente y el reeducador impulsa el desbloqueo de un modo suplementario y eficaz (manos del reeducador sobre los hombros del paciente, estimulándolo con una leve presión en el momento de emitir la respuesta).

Un peligro apuntado por Ducarne de Ribaucourt en el inicio de la terapia deriva paradójicamente de esta capacidad comunicativa preservada. Podemos decir que es justamente el interés del paciente por mantener la conversación, por satisfacer los requerimientos de un turno de habla, la que puede inducir un refuerzo de conductas estereotipadas. Pero no sólo el propio hablante, sino también el logopeda o la persona que encarna el papel del interlocutor-clave. No hay que olvidar que la repetición de una estereotipia⁴ refuerza siempre este tipo de uso, y por lo tanto es obligatorio ser muy cautos a la hora de llevar a cabo las sesiones de rehabilitación o en nuestra interacción con el hablante afásico, ya que de lo contrario podríamos producir efectos colaterales negativos, que si bien son difíciles de evitar, es preciso tenerlos muy presentes y no incurrir en estas repeticiones indeseables, como sucede en esta ocasión que presentamos a modo de ejemplo:

³ Goodglass & Kaplan (1983), adaptación en español de García-Albea, Sánchez Bernardos y del Viso Pabón (1986).

⁴ En Veyrat Rigat y Serra Alegre (2002) se ofrece una perspectiva lingüística para el estudio de las estereotipias en el discurso afásico.

Transcripción 2 de JRP

176 I: no/ no/ no
177 L: no muevas la mano/ Pepe/ lee
178 I: no
179 L: lee
180 I: no
181 L: lee
182 I: no
183 L: ¿vale?
184 I: no
185 L: nononó no_
186 I: no
187 L: no que no me digas *no*/ ¿vale?/ ¿eh?_/ bueno/ no quiero que me digas *no*/ a todo *no no no no*
188 I: no
189 L: se acabo el *no*
190 I: noo (ASIENTE) (MANTIENE LA MANO ABIERTA HACIA ARRIBA)
191 L: dime sí/ sí/ [ssí]
192 I: [nne]
193 L: sssh/ sopla
194 I: ne

Incluso fuera del marco de la entrevista clínica, el efecto negativo al que nos referimos es algo que puede suceder y hay que estar bien atentos ante esta posibilidad. Como hemos comentado, también el interlocutor-clave, en ocasiones, refuerza con su conducta la estereotipia. Las apreciaciones de Ducarne de Ribaucourt (1989: 20) señalan esta idea de que la situación patológica trasciende la propia conducta del paciente:

La iteración demasiado frecuente de fórmulas instintivas entraña el riesgo de producir fenómenos de perseveración, incluso de verdaderas estereotipias que actuarán como parásitos, momentáneamente o de forma más o menos definitiva en las posibles adquisiciones ulteriores. Por esto, es más seguro conseguir que el paciente emita varias fórmulas lingüísticas a lo largo de la sesión, aunque sea de forma inconstante imperfecta. La inestabilidad y la aproximación de múltiples respuestas son generalmente preferibles a la estabilidad y la perfección de un solo enunciado a costa de reiteraciones abusivas y peligrosas ... de ahí la necesidad de poner en guardia a la familia o al personal sanitario sobre el riesgo que supone hacer hablar al afásico cueste lo que cueste y hacerle repetir una única palabra por el placer de oírle (...).

Si durante demasiado tiempo se abusa de la creación de situaciones contextuales y de otros modos de facilitación, puede condicionarse al enfermo y no restablecer las operaciones mentales. Así pues, la eliminación progresiva pero rápida de todos los sistemas de señales y de refuerzo en el curso de las primeras sesiones (a veces en la primera) evitará las conductas lingüísticas gratificantes para el logopeda y desencadenadas gracias a las diversas formas de presión que utilice, pero inútiles en toda situación comunicativa.

Las estereotipias corrientes, verdaderos instintos verbales no informativos, que intentan compensar el desamparo verbal, deben ser suprimidas en la medida de lo posible, pues impiden todo esfuerzo de realización voluntaria de un lenguaje “proposicional” informativo.

3. Análisis semiológico de dos casos clínicos

La introducción de cierta variabilidad en el uso vocálico preservado constituye ya un objetivo, aunque mínimo, de gran interés para la consecución del trabajo rehabilitador. Desde el enfoque que guía nuestra investigación, se trata de reponer un mínimo grado de

opcionalidad entre diversas formas de manifestación lingüística.

La capacidad de seleccionar una de entre varias opciones está en la base de la relación que existe entre el lenguaje y la percepción, y sustenta la idea de que gozamos de libertad porque somos capaces de elegir y no existe por tanto determinación en nuestras acciones. El sistema sensorial nos permite interiorizar datos provenientes de diversos ámbitos perceptivos. De hecho, la transposición de datos desde una experiencia auditiva a una experiencia visual, por ejemplo, nos permite imaginar o representarnos mentalmente la imagen de una cascada cuando oímos el sonido de la caída del agua y, en consecuencia, nos facilita datos para formular un enunciado al respecto, o bien elegir otra modalidad expresiva, como dibujar una ilustración de la escena, componer una pieza musical, realizar una danza, etc. Pasar de un ámbito sensorial a otro nos permite adaptarnos a las circunstancias de cada experiencia, o lo que es lo mismo, le proporciona flexibilidad a nuestras acciones.

3.1 La esclerotización del sistema lingüístico

Un sistema esclerotizado, es decir, sin posibilidades de seleccionar entre diversas opciones, no consigue desanclar (liberar, en definitiva) una unidad que se ha fijado, es decir, que ha perdido la flexibilidad para adecuarse a diversas situaciones de vivencias experienciales y carece de diversidad en las opciones de selección.

En nuestros dos casos clínicos la introducción de variabilidad se puede observar en la labor del logopeda sobre la fijación de la estereotipia en el primero de los dos pacientes:

Transcripción 3 de JRP

- 307 L: vamos/ vamos a utilizar un programita/ que simplemente lo que hace esss– sacar el molde– el molde vocal/ ¿ehh?/ como refuerzo más de ((feed back))/ (()) visual y con el espejo yyy– después dándole el molde a ver si conseguimos que/ a ver/ no veo/ a ver si conseguimos que Pepe nos diga algo más que no no/ ¿eh?/ Pepe/ (()) con entonación/ pero claro/ con Pepe (()) vamos a intentarlo también un poquito (()) alguna cosita también por ahí/ bueno Pepe
- 308 I: (())
- 309 L: vale Pepe/ ¿qué es eso?
- 310 I: mmmne
- 311 L: la– nn– la ene no
- 312 I: nne
- 313 L: entonces claro/ con un poco de ayuda_
- 314 I: nne
- 315 L: (COLOCA EL DEPRESOR EN LA LENGUA) intentado que no me– que no vaya el contacto/ a ver baja la lengua/ AAAH/ AAAH/ AAAH
- 316 I: aaah
- 317 L: eso es una a (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA) AAAH
- 318 I: aaah
- 319 L: muy bien/ quiero que te mires al espejo/ Pepe/ AAAH
- 320 I: eee
- 321 L: no/ baja la lengua (COLOCA EL DEPRESOR EN LA LENGUA) AAAH
- 322 I: eee
- 323 L: ves/ eso es una e/ mírame a mí Pepe/ AAAH (I ABRE LA BOCA) (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA)
- 324 I: eeh
- 325 L: con la lengua abajo ¿eh? (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA) AAAAH
- 326 I: eee
- 327 L: ¡eh! / fijate ¿eh? (>E) como– como coloca_
- 327 I: eee
- 328 L: no/ AAAH (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA DE I) AAAH
- 329 I: eeee[eeh]

En el segundo caso, se plantea la eliminación de la estereotipia a partir del protocolo llamado “Control voluntario de producciones involuntarias” propuesto por Helm-Estabrooks y Albert (1991) que consiste, básicamente, en el silenciamiento total del lenguaje estereotipado y su sustitución por un sistema gestual de comunicación para los primeros momentos de rehabilitación.

Transcripción 2 de JChT

- 227 E2: ¿usted sabe lo que le falta/ José?/ un sistema para poder comunicarse que no sea verbal// si a usted le proporcionamos un sistema de-de signos/ con gestos/ ¿usted es capaz de comunicarse?
228 I: sí
229 E2: dígame/ usted qué echa de menos// pero no hable/// ¿qué echa de menos en su vida?
230 I: a-di-di-di
231 E2: gesticule
232 I: a-di-di-di (LLEVA LA MANO A LA BOCA Y LA RETIRA) (ASIENTE CON LA CABEZA)
233 E2: hágalo usted
234 I: a-di-di-di a-di
235 M: ((gesticula)) más/ lo que te están diguent
236 I: a-di-di a-lo-lo

3.2 Lenguaje, gestualidad y corporalidad

De estos ejemplos es interesante también señalar las dificultades de los pacientes para realizar por sí mismos, en el primer caso, gestos orales vocálicos y, en el segundo, gestos propios de la comunicación no verbal. Esta observación nos permite enlazar con la segunda capacidad genérica asociada al uso del lenguaje que deseamos incorporar a nuestro análisis semiológico como objetivo rehabilitador en protocolos de intervención logopédica. Nos referimos a la relación que mantiene el lenguaje con la gestualidad y la corporalidad del sujeto hablante.

La apraxia y, en general, los déficits del control corporal son síntomas que aparecen asociados a multitud de patologías verbales, lo cual no debe extrañar dado que la gestualidad y la percepción de la propia corporalidad y de su capacidad comunicativa constituyen una semiótica complementaria de la capacidad verbal. De hecho, la capacidad indexical del lenguaje que se manifiesta mediante las técnicas deícticas mostrativas requiere, para construir su sentido propio, que previa o simultáneamente exista un control de la técnica de mostración gestual.

Por definición, un gesto es un movimiento que tiene intencionalidad comunicativa, sin que ello implique el control consciente de su producción. En otras palabras, el hecho de que un hablante produzca un gesto con intención de comunicar no significa que haya tomado conciencia de su producción, como puede verse en los fragmentos que presentamos a continuación.

Transcripción 4 de JRT

- 141 L: fijate bien/ ¿qué hace el niño?
142 I: nenenené (SE PASA LA MANO DERECHA POR LA CARA DE ARRIBA HACIA ABAJO^R) (EMB MOSTRATIVO)
143 L: (ASIENTE)
144 I: ((ssssgg)) (SE COGE LA BOCA CON EL PULGAR Y EL ÍNDICE)
145 L: ¿qué hace/ sí?/ ¿qué está haciendo el niño? (SE COGE LA OREJA) ((¿se toca la oreja?))/ ¿escucha?
146 I: sssshh (DIBUJA UN CÍRCULO CON LA MANO DERECHA FRENTE AL ROSTRO)
147 L: (SE LLEVA LA PALMA DE LA MANO A LA CARA) ¿se lava la cara?/ [no]
148 I: [no]ooo_
149 L: no/ ¿qué hace?
150 I: sssshh (SE TOCA LA OREJA)

- 151 L: (SE TOCA LA OREJA) ¿la oreja?
 152 I: (SE TOCA LA OREJA Y ASIENTE)
 153 L: noo/ ¿qué hace?/ bebe (ILTR DE BEBER)
 154 I: (ILTR DE BEBER) no[nonó]
 155 L: [¿eh?]/ bebe Pepe/ bebe// el niño bebe / ¿qué bebe?/ agua (VOCALIZANDO)/ [aaa- gua]
 156 I: [neee- ne] (ASIENTE)

Transcripción 3 de JChT

- 227 E2: ¿usted sabe lo que le falta/ José?/ un sistema para poder comunicarse que no sea verbal// si a usted le proporcionamos un sistema de-de signos/ con gestos/ ¿usted es capaz de comunicarse?
 228 I: sí
 229 E2: dígame/ usted qué echa de menos// pero no hable/// ¿qué echa de menos en su vida?
 230 I: a-di-di-di
 231 E2: gesticule
 232 I: a-di-di-di (LLEVA LA MANO A LA BOCA Y LA RETIRA) (ASIENTE CON LA CABEZA)
 233 E2: hágalo usted
 234 I: a-di-di-di a-di
 235 M: ((gesticula)) más/ lo que te están diguent
 236 I: a-di-di a-lo-lo
 237 E2: de verdad yo creo que si se le proporcionara un sistema alternativo de poderse comunicar_ este hombre necesita comunicarse
 238 M: (ASIENTE CON LA CABEZA)
 239 E2: ¿a usted le gustaría?
 240 I: sí
 241 E2: ¿aunque fuera con gestos?
 242 I: *(ho(m)e)* di-di-di-di
 243 E2: en un principio
 244 I: *((cl)aro (qu)e (s)i)*

En el primer ejemplo vemos claramente que la actividad gestual del paciente está inducida programáticamente por el logopeda y no es espontánea, sino que responde a una tarea previa de adquisición a fin de trabajar la capacidad comprensiva del hablante afásico, por lo que no podemos analizar la capacidad kinésica de la que dispone para realizar gestos reseñables en cuanto a capacidad comunicativa. No obstante, nuestro ejemplo muestra cómo existe una dificultad en el control de la percepción de la corporalidad que le lleva a realizar varios de los gestos aprendidos hasta dar con el que espera el logopeda.

En el segundo ejemplo estamos ante un uso mínimo de producción de gestos, e incluso una incapacidad para utilizar la kinésica convencional para señalar, en este caso, el contenido de *hablar, relacionarse, pasear, ...*, que podrían haber sido respuestas a la demanda del entrevistador. Esta mínima kinésica es señalada incluso por el interlocutor-clave, que anima al paciente a gestualizar con mayor intensidad.

No podemos olvidar que la corporalidad y el lenguaje son entidades transicionales con las que construimos lo objetivo en estrecha relación con nuestra percepción de ello, es decir, son entidades que sirven de puente entre la instancia subjetiva y objetiva o, lo que es lo mismo, entre lo que nos pertenece íntimamente y lo que existe fuera de nosotros. Por ello resulta de notable importancia el análisis del control de la corporalidad en protocolos de intervención logopédica.

3.3 La perceptibilidad del lenguaje

Esa conciencia sobre el propio cuerpo nos conduce al siguiente aspecto que deseamos analizar desde el enfoque semiológico. Nos referimos a la perceptibilidad del lenguaje, gracias a la cual éste se nos hace evidente y podemos acceder a la experiencia del lenguaje. El hecho de que seamos capaces de vivir experiencialmente el lenguaje nos proporciona la

capacidad para contribuir a la generación de la situación comunicativa que hace coherente su uso.

La dificultad para activar esta capacidad genérica de reconocer la vivencia del lenguaje conduce a una situación bien conocida en parte de las patologías lingüísticas, concretamente a la anosognosia. La percepción del lenguaje como una experiencia es un requisito imprescindible para constituir un lenguaje simbólico ya que las condiciones en que se nos hace visible constituyen parte de su sentido (cf. Veyrat Rigat y Serra Alegre 2005a).

Es interesante observar la diferente manifestación de la percepción del lenguaje en ambos pacientes: el primero de ellos no tiene la posibilidad de experimentarla y sufre de anosognosia, como demuestra la inconsciencia de su estereotipia; no obstante, ello contribuye a su deseo de colaborar en todas las actividades que se le proponen, manifestándose muy vivamente la conservación de la capacidad de interactuar, como se ve en el mantenimiento de los turnos conversacionales. El segundo, por su parte, es consciente de que su producción no es comunicativa y actúa conteniendo en lo posible sus manifestaciones verbales (e incluso las no verbales, pues parece como ausente, como si no hablaran de él). Asiste como espectador al intercambio entre el interlocutor-clave y los entrevistadores.

3.4 La objetualización del hablante afásico

Esta observación nos lleva a comentar un último aspecto: la objetualización del paciente, es decir, el hecho de que el hablante afásico se convierte, por la dificultad para vivir la experiencia del lenguaje, en una tercera persona (presente físicamente, pero ausente de la situación comunicativa que se está configurando alrededor de él y que le tiene a él como tema), perdiendo su condición de interlocutor válido.

Habría dos maneras de interpretar esta objetualización del hablante afásico:

- a) En el contexto clínico, el interés por el sujeto hablante y su conducta verbal queda reducido a su código lingüístico, de tal manera que su experiencia de lenguaje se convierte en un objeto de estudio en el que se obvia al sujeto que lo hace posible. De alguna manera, se desatiende la participación del sujeto en la creación del objeto de estudio.
- b) En el contexto conversacional, el hablante afásico experimenta una objetualización semejante cuando el interlocutor-clave le arrebató, sin intencionalidad alguna, su condición de interlocutor válido. Esta situación es comparable al fenómeno de “minorización” propio del ámbito sociolingüístico (vid. Gallardo Paúls 2005: 30), según el cual los problemas de producción y/o comprensión de un hablante extranjero son interpretados peyorativamente por el interlocutor hablante nativo. En nuestro caso, los problemas de habla del hablante afásico pueden ser malinterpretados por los interlocutores como déficit intelectual o en último caso como incapacidad para comunicarse mediante el uso del lenguaje.

Para terminar nuestra exposición de los dos casos clínicos, presentaremos a continuación una muestra de esto último en unos fragmentos de ambas situaciones contextuales de comunicación:

Transcripción 5 de JRT

- 195 L: sopla
196 I: mnne
197 L: sss_ / sss_
198 I: ne
199 L: venga/ sopla/ sss_
200 I: (SOPLA SOBRE LA MANO QUE TIENE DELANTE DE L)

201 L: muy bien/ ahora aprieta los dientes (I LOS APRIETA)/ muy bien/ sssí_/ sssí_
 202 I: (xxx)
 203 L: muy bien/ ssí
 204 I: (xxx)
 205 L: ahora ponme la i/ [sí]
 206 I: [(xxx)]
 207 L: dime [sí]
 208 I: [(xxx)]
 209 L: ¿ese Pepe?/ [sí]
 210 I: [(xxx)]
 211 L: Sí
 212 I: (xxx)
 213 L: °((eso no))°/ sí
 214 I: sí
 215 L: muy bien/ otra vez/ [sí]
 216 I: [(xxx)]
 217 L: ((saca la i))/ sí
 218 I: (xxx)
 219 L: Sí
 220 I: ((sssí))
 221 L: no te oigo
 222 I: eeh
 223 L: ehhh/
 224 I: nononono
 225 L: ya te oigo/ ya te oigo
 226 I: nonononono
 227 L: *no no no/ nada/ sí*
 228 I: (ASIENTE)
 229 L: dime sí/ [ssí]
 230 I: [((ssí))]
 231 L: muy bien/ otra vez/ [sí]
 232 I: [((sssí))]
 233 L: bien/ ahora/ otra vez sí
 234 I: sí

Transcripción 4 de JChT

87 E2: ¿juega a algún juego de mesa/ a algún-a las cartas_
 88 M: sí/ antes le gustaba jugar a las cartas pero es que ahora le digo a veces/ vamos a jugar a las cartas o al dominó/ y no (NIEGA CON LA CABEZA)/ no quiere// y sí que sabe porque a veces mi hermana tiene un chalé y estamos allí/ y están jugando/ mis-mis [cuña(d)os/ mis]=
 89 E2: [tu familia]
 90 M: =yernos/ y no-y le gusta mirar y les-y les dice lo que tienen que hacer_
 91 E2: uhm
 92 M: o sea que sí que comprende lo que están haciendo_
 93 E2: bueno/ vamos a ver/ en cuanto a temas de conversación por ejemplo/ ¿qué le gustaba a él antes?/ ¿de qué temas le gustaba hablar?
 94 M: pues a lo mejor del trabajo/ de la televisión/ del fútbol/ de las-de las bicicletas//de cosas de esas_
 95 E2: ¿noticias de actualidad?/ ¿política?
 96 M: no
 97 E2: y-y de sus propias ideas/ él le gustaba_
 98 M: (> 1) no sé/ aquí en casa no
 99 I: (NIEGA CON LA CABEZA)
 100 E2: ¿de planes para el futuro?
 101 M: bueno/ a veces sí/ pero poca cosa§
 102 E2: §cuando tenía alguno/ ¿verdad?
 103 M: claro
 104 E2: política tampoco
 105 M: no/ política
 106 E2: ¿religión?

- 107 M: religión (GESTO DE INDIFERENCIA)// nii// ni entraba ni salía/ o sea que noo
 108 E2: ¿familia? ¿hablaba de la familia y los problemas de educación de los hijos?
 109 M: sí/ sí eso sí// lo que pasa es que [((ir a hablar con))]=
 110 E2: [los amigos_] [los amigos_]
 111 M: =con médicos uy con maestros y eso sí
 112 E2: los amigos_ ¿tema de conversación eran los amigos?
 113 M: sí/ sí y a lo mejor de la familia también/ de los hermanos y de esas cosas_

4. Conclusiones

Nos interesa en este último apartado destacar de nuevo la importancia que un enfoque semiológico-comunicativo tiene en la organización de la tarea evaluadora y rehabilitadora de los profesionales de las patologías del lenguaje, debido a que centra su interés en una serie de variables lingüísticas que derivan de unas capacidades genéricas propias del uso del lenguaje.

Dichas variables son difíciles de sistematizar desde el punto de vista que se detiene en la evaluación y rehabilitación del sistema lingüístico en tanto código con una serie de unidades y procesos que pueden verse afectados, pero resulta altamente recomendable su sistematización desde la orientación pragmática que dirige su atención a la capacidad comunicativa preservada en el hablante afásico, ya que dichas capacidades genéricas, subyacentes a la función simbólica propia del lenguaje humano, como son la perceptibilidad y experiencia del lenguaje del sujeto hablante que lo hace posible, la capacidad de acceder al lenguaje interior como modalidad autorreguladora de la actividad, la capacidad parafrástica en tanto manifestación de la reflexividad del signo lingüístico, la capacidad prevaricadora o de referencia a objetos ausentes o imaginarios, ..., una vez establecidas, son generadoras de una serie de pruebas que dan cuenta del potencial comunicativo preservado o con posibilidades de rehabilitar.

A modo de ejemplo citaremos tan solo algunos ejercicios de los que se están empezando a poner en práctica dentro del proyecto de investigación que viene desarrollando nuestro grupo. Se trata en definitiva de someter a análisis la conducta verbal del paciente junto a un metalenguaje natural, esto es, un decir natural no especializado acerca del lenguaje, enfoque que presupone la idea de que la información relevante puede obtenerse directamente de la conducta verbal del paciente, de sus posibles reflexiones metalingüísticas y de las informaciones de interlocutores-clave y del terapeuta.

- En relación con la perceptibilidad del lenguaje, uno de los ejercicios consistiría en la monitorización de segmentos fónicos. Por ejemplo, se le pediría al paciente que contara y dijera, con una pausa de 10 segundos, cuántas sílabas tienen determinadas palabras. La pausa responde al deseo de concienciar al paciente de la respuesta, dejándole tiempo para que interiorice la verbalización de su información. Esto supone asimismo una posible valoración del acceso al lenguaje interior, pues dilatar la respuesta requiere tomar conciencia de la experiencia del lenguaje. Otra modalidad dentro de esta macrovariable consistiría en comprobar la sensibilidad del paciente hacia el contexto verificando si cambia el modo de expresarse –el registro– cuando se encuentra en una situación de comunicación familiar, extrafamiliar, ..., etc.
- Respecto a la capacidad prevaricadora como macrovariable, uno de los ejercicios consistiría en solicitar que el paciente describiera un objeto ausente, valorando la diferencia que puede existir con respecto a la capacidad de describir un objeto que tiene al alcance de la vista. O bien, comprobando la capacidad para construir la antonimia conversa (cf. Hernández Sacristán, Serra Alegre y Veyrat Rigat 2005), es decir, la relación entre acciones inversas del tipo *ir/venir*, *hablar/escuchar* o *vender/comprar*; también el reconocimiento de emociones entra dentro de la

capacidad prevaricadora como propiedad o rasgo de diseño del lenguaje.

En el borrador del protocolo que se está desarrollando existen ya 44 propuestas de ejercicios para evaluar y rehabilitar estas variables pragmáticas en el lenguaje del hablante afásico.

5. Referencias bibliográficas

- Ducarne de Ribaucourt, B. (1989). *Reeducación semiológica de la afasia*. Barcelona: Masson.
- Gallardo Paúls, B. (2005). *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. València: Tirant lo Blanch.
- Gallardo Paúls, B y J. Sanmartín Sáez (2005). *Afasia fluente. Materiales para su estudio*. Vol. 1 del corpus *PerLA*. València: Universitat.
- Gallardo Paúls, B. y V. Moreno Campos (2005). *Afasia no fluente. Materiales y análisis pragmático*. Vol. 2 del corpus *PerLA*. València: Universitat.
- Gallardo Paúls, B. y M. Veyrat Rigat (eds.) (2004). *Estudios de lingüística clínica. Volumen 2: Lingüística y patología*. València: Universitat.
- Garayzábal Heinze, E. (2005). *Síndrome de Williams. Materiales y análisis pragmático*. Vol. 3 del corpus *PerLA*. València: Universitat.
- García-Albea, J., M^a L. Sánchez Bernardos y S. del Viso Pabón (1986). *Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia. Adaptación en español*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Goodglass, H. & E. Kaplan (1983). *Boston Diagnostic Aphasia Exam*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Helm-Estabrooks, N. y M.L. Albert (1991). *Manual de Terapia de la Afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- Hernández Sacristán, C. (2003). *Lingüística cognitiva y patología verbal*. València: Universitat.
- Hernández Sacristán, C. (e.p.). *Símbolo y proceso inhibitorio. A propósito del déficit sintáctico en afasias*. València: Universitat.
- Hernández Sacristán, C. y E. Serra Alegre (coords.) (2002). *Estudios de Lingüística Clínica*. València: Universitat/Nau Llibres.
- Hernández Sacristán, C., E. Serra Alegre y M. Veyrat Rigat (2005). “Antónimos conversos y teoría de la mente”. En Serra Alegre y Veyrat Rigat (eds.), p. 39-53.
- Hernández Sacristán, C., M. Veyrat Rigat y E. Serra Alegre (e.p.). *Afasias mixtas*. Vol. 4 del corpus *PerLA*. València: Universitat.
- Holland, A.L. (1991). “Pragmatic aspects of intervention in Aphasia”, *Journal of Neurolinguistics*, 6,2, p. 197-211.
- Serra Alegre, E. y M. Veyrat Rigat (eds.) (2005). *Estudios de lingüística clínica. Volumen 4: Problemas de eficacia comunicativa*. València: Universitat.
- Veyrat Rigat, M. y B. Gallardo Paúls (eds.) (2004). *Estudios de lingüística clínica. Volumen 3: Aspectos evolutivos*. València: Universitat.

Veyrat Rigat, M. y E. Serra Alegre (2002). “Una perspectiva lingüística para el estudio de las estereotipias en el discurso afásico”. En Hernández Sacristán y Serra Alegre (coords.), p. 71-84.

Veyrat Rigat, M. y E. Serra Alegre (2005a). “La perceptibilidad como variable lingüística en protocolos de intervención logopédica”, *Xornadas sobre eficacia comunicativa e avaliación da fala infantil e afásica*. Santiago de Compostela (inédito).

Veyrat Rigat, M. y E. Serra Alegre (2005b). “Lingüística clínica: acotaciones epistemológicas”. En Serra Alegre y Veyrat Rigat (eds.), p. 5-19.

Vygotsky, L. (1934). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade, 1977.

Whitworth, A., L. Perkins & R. Lesser (1997): *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*. London: Whurr.