

XIII Jornadas de Lingüística



Miguel Casas Gómez (dir.)
Marta Sánchez-Saus Laserna (ed.)



UCA

Universidad
de Cádiz

Servicio de Publicaciones

XIII Jornadas de Lingüística

MIGUEL CASAS GÓMEZ (Dir.)
MARTA SÁNCHEZ-SAUS LASERNA (Ed.)

Primera Edición: Noviembre 2012

Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz
C/ Doctor Marañón, 3 -- 11002 Cádiz (España)
www.uca.es/publicaciones
publicaciones@uca.es

© Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz
© Los autores

ISBN 978-84-9828-397-6
Depósito Legal: CA 446-2012

Impresión: Publigrades Mod. 64900

"Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopias o escanear cualquier fragmento de esta obra".

Impreso en papel



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Índice

	Páginas
Presentación.....	9
Faustino Diéguez Vide Tres variables olvidadas –o poco atendidas– en el diagnóstico afasiológico.....	15
M. Carme Junyent Quien no sabe nada de las lenguas extranjeras, no sabe nada de la propia	37
Óscar Loureda La historicidad del texto y la gramaticalización de las partículas discursivas.....	45
José Luis Mendivil Giró Lingüística histórica y teoría de la evolución: semejanzas, diferencias e implicaciones	55
Enric Serra Alegre, Carlos Hernández Sacristán y Montserrat Veyrat Rigat Una orientación semiológica-comunicativa en lingüística clínica.....	103

Una orientación semiológica-comunicativa en lingüística clínica

Enric Serra Alegre
Carlos Hernández Sacristán
Montserrat Veyrat Rigat
Universitat de València

1. OBJETIVO DE UN ENFOQUE SEMIOLÓGICO-COMUNICATIVO EN LINGÜÍSTICA CLÍNICA¹

La perspectiva semiológico-comunicativa adoptada por el Grupo de Investigación en Neurolingüística y Lingüística Clínica de la Universitat de València tiene como objetivo básico someter a estudio capacidades lingüísticas a través de las cuales se manifiestan, constituyen o desarrollan propiedades de la función simbólica del lenguaje.

Tales propiedades son interpretables como rasgos de diseño que caracterizan transversalmente la actividad verbal humana. Su carácter transversal explica que se vean afectadas en mayor o menor grado en una patología del lenguaje².

Por eso entendemos que los referidos rasgos deberían ser considerados en la intervención logopédica, tanto en el proceso evaluativo, como en el rehabilitador.

Conviene advertir que esta orientación semiológico-comunicativa no se propone como alternativa, sino como complementaria respecto a otra centrada en el análisis de fases de procesamiento del lenguaje.

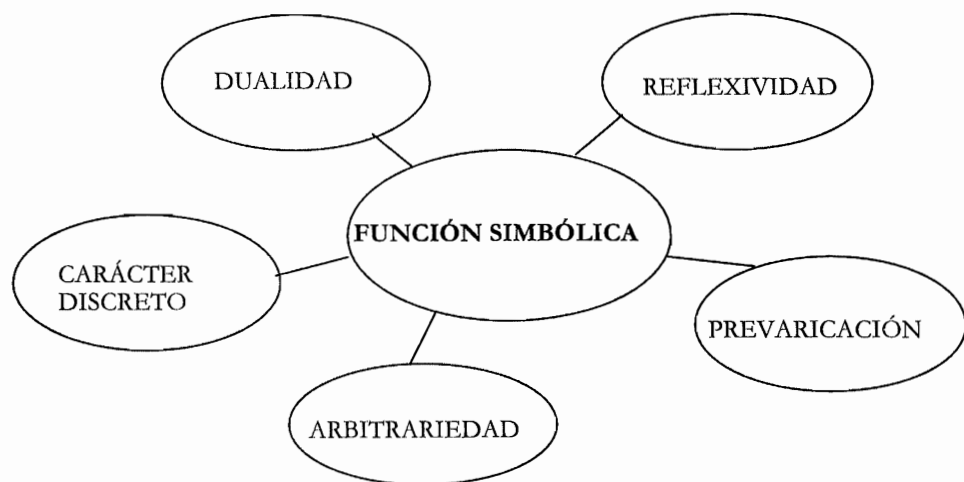
1 Para nuestros intereses en este trabajo nos basta una caracterización de la lingüística clínica como disciplina aplicada dentro del campo de la lingüística que trata de la descripción y modelación lingüística de los trastornos del lenguaje en adultos y niños. Adopta un enfoque interdisciplinar; desde una perspectiva teórica, su metodología se acerca a la de la psicología (psicolingüística) y tiene en cuenta premisas y categorías lingüísticas, así como implicaciones e influencias de la neurología; la idea es conseguir el desarrollo de mejores programas de tratamiento de los trastornos centrales del lenguaje teniendo en cuenta las ciencias de la terapia y de la rehabilitación del lenguaje (http://ca.wikipedia.org/wiki/Lingü%C3%ADstica_cl%C3%ADnica).

2 Centramos aquí la atención en las afasias que, como se sabe, afectan la capacidad de producir y/o comprender lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas tareas.

También conviene tener presente que las propiedades transversales aludidas no pueden ser entendidas como atributos de un objeto dado al margen de los sujetos que lo constituyen experiencialmente.

1.1. LA FUNCIÓN SIMBÓLICA DEL LENGUAJE

Es una función habilitada a partir de la convergencia e interrelación de ciertas propiedades y capacidades asociadas a un medio expresivo (Hernández Sacristán 2006). La tradición lingüística se ha referido a dichas propiedades –en particular a partir de Hockett (1960)–, como rasgos de diseño del tipo reflexividad, dualidad, prevaricación, carácter discreto y convencional de los signos:



De este modo, símbolo es todo signo dotado del conjunto de las referidas propiedades y capacidades. Señal, por el contrario, sería un signo para el que esto no sucede.

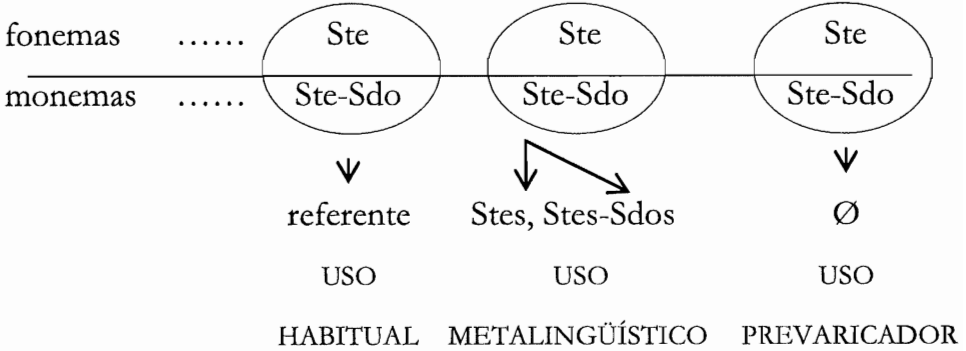
1.2. PROPIEDADES DEL LENGUAJE HUMANO

Charles F. Hockett (1958, 1960) intenta establecer en términos semiológicos los rasgos característicos del lenguaje humano en comparación con el de otras especies animales (abeja, pez espinoso, gaviota, gibón). De esta comparación se infiere que las propiedades exclusivas del lenguaje natural humano son básicamente tres³: la *dualidad*, la *reflexividad* y la *prevaricación*.

3 Según Hockett (1958: 553), la arbitrariedad y el carácter discreto también estarían presentes, por ejemplo, en los gritos del gibón.

- La *dualidad* remite a la noción de *dobles articulación* que permite a André Martinet (1949) distinguir dos tipos de unidades en el lenguaje, monemas y fonemas:
 1ª articulación: unidades mínimas significativas *monemas* Ste + Sdo
 2ª articulación: unidades mínimas formales *fonemas* Ste
- La *reflexividad* consiste en que es posible comunicarse en una lengua acerca de la comunicación misma; el lenguaje humano es capaz de hablar de sí mismo (metalenguaje).
- La *prevaricación* se refiere a la posibilidad de expresar voluntariamente enunciados no verdaderos.

Las tres propiedades están relacionadas entre sí (cf. López García 1988: 23). La dualidad es el fundamento de la reflexividad, ya que para poder hablar no sólo del referente externo, sino también de sí mismo, el lenguaje ha de poder aplicar sus significados a otros significantes, y por tanto es necesario que los significantes tengan existencia autónoma respecto a los significados que habitualmente evocan. La reflexividad a su vez es el fundamento de la prevaricación, ya que si el significado de los signos lingüísticos puede aplicarse a dominios distintos del de su referente, también podrá aplicarse a cualquier mundo posible o a ninguno, que es lo que sucede en la prevaricación.



2. EL ENFOQUE SEMIOLÓGICO-COMUNICATIVO EN LINGÜÍSTICA CLÍNICA

Para situar lo que expondremos a continuación conviene responder primero a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la manera más frecuente de actuar en el campo de las patologías del lenguaje?
- ¿En qué consiste el enfoque semiológico-comunicativo que adoptamos en este trabajo?

2.1. LA MANERA HABITUAL DE ABORDAR LA TERAPIA DEL LENGUAJE

El terapeuta suele plantear la evaluación y la rehabilitación de un paciente con alguna patología del lenguaje⁴ centrándose en:

- identificar los factores implicados en el déficit lingüístico y
- establecer de qué manera y hasta qué punto resultan éstos decisivos para la realización de determinadas tareas verbales (tareas que cualquier hablante con la facultad lingüística intacta llevaría a cabo sin ninguna dificultad).

Las sesiones de trabajo tienen lugar en la clínica donde al paciente se le realiza una entrevista para evaluar su lenguaje, y se le presentan los ejercicios que debe llevar a cabo, según los tests que existen en el mercado.

¿Qué se intenta solucionar con este modo de proceder y cómo se considera al paciente? Esta manera de abordar las tareas evaluadora y rehabilitadora intenta solucionar los daños que el sistema lingüístico del paciente presenta en alguno de sus componentes, fases o procesos.

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.

2.2. LA PERSPECTIVA SEMIOLÓGICO-COMUNICATIVA

En nuestro grupo de investigación adoptamos una perspectiva diferente, pero complementaria de la anterior. El acercamiento semiológico-comunicativo asume los enfoques de la Pragmática Clínica y la Lingüística Interaccional (*cf.* Veyrat Rigat y Serra Alegre 2005), y considera que las habilidades lingüísticas y comunicativas están estrechamente relacionadas. En este sentido, entendemos que la evaluación de la conducta verbal alterada en pacientes con afasia requiere, en efecto, 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. Esta perspectiva semiológica global permite explicar el grado en que las habilidades comunicativas son o pueden ser activadas para, eventualmente, contribuir a la mejora tanto de la producción como de la comprensión del lenguaje.

La forma que proponemos de considerar los hechos tiene un importante efecto tanto sobre el modo en que es percibido el paciente y su lenguaje, como sobre el planteamiento de su evaluación y la organización de las sesiones de rehabilitación.

4 En el campo de las patologías del lenguaje son habituales palabras como *déficit*, *deterioro*, *disfunción*, etc., todas ellas con connotaciones negativas; tal vez esta carga negativa de los términos utilizados tenga que ver con la casi exclusiva concentración del terapeuta en la merma o privación de los aspectos de la facultad verbal que se han visto afectados.

En cuanto al modo en que es percibido el paciente y su lenguaje, se trata de considerar cada una de las manifestaciones verbales del hablante afásico 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.

Respecto al planteamiento de la evaluación y la rehabilitación, 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.

Intentaremos mostrar que 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.

¿Qué repercusiones tiene la conducta verbal deficitaria? En el marco de la interacción *conversacional*, el déficit lingüístico del sujeto hablante altera la situación comunicativa en su conjunto: la patología verbal trasciende al sujeto que propiamente la padece y acaba involucrando y afectando muy notablemente a sus interlocutores.

El déficit se manifiesta también en situaciones de naturaleza *monológica* en las que el lenguaje cobra funciones básicamente autorreguladoras (piénsese, p.e., en las verbalizaciones del lenguaje interior que acompañan la resolución de determinadas tareas prácticas). Estas funciones autorreguladoras no aparecen en el lenguaje del afásico.

2.3. LA PRAGMÁTICA CLÍNICA COMO APROXIMACIÓN SEMIOLÓGICA GENERAL A LA CONDUCTA VERBAL

Las observaciones anteriores permiten entender la pragmática clínica en términos de aproximación semiológica general a la conducta verbal.

Desde este enfoque semiológico-comunicativo, una conducta verbal patológica 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 2006).

Que el signo esté dotado de capacidad estratégica implica otorgar al signo un potencial para adecuarse a las necesidades del sujeto hablante tanto para la interacción con otros sujetos como para la intracomunicación, que caracteriza las relaciones entre pensamiento y lenguaje.

3. APLICACIÓN A DOS CASOS CLÍNICOS

Se trata de JRP y JChT, dos casos diagnosticados como *afasia de producción* (o *afasia de Broca*) severa. El Test de Boston (*cf.* Goodglass & Kaplan 1983; García-Albea *et alii* 1986) establece una escala de severidad para el diagnóstico del habla conversacional y expositiva que va desde la ausencia absoluta de habla o comprensión auditiva hasta la mínima dificultad por parte del paciente. La evolución normal desde el grado más severo de esta escala lleva al sujeto a un segundo nivel en el que la comunicación se realiza mediante expresiones incompletas que suelen consistir en vocalizaciones estereotipadas o usos monorremáticos muy limitados en número y situaciones comunicativas. Nuestros casos se sitúan en este segundo nivel⁵.

En el primero, las muestras de habla de JRP⁶ están plagadas de estereotipias, y el entorno o contexto inductor en el que se recogieron fue la clínica privada del logopeda, durante una sesión de rehabilitación en la que el paciente debe realizar los ejercicios propuestos por el terapeuta:

Transcripción 1 de JRP

- 030 L: dame↑ las *cejas* // dame/ (DA DOS PALMADAS) dame/ dame las *cejas*
- 031 I: (DA UNA TARJETA A L)
- 032 L: eso no son las *cejas* (*niega con la cabeza*) / las *cejas* / Pepe↑ (SE PASA LOS DEDOS POR LA CABEZA)
- 033 I: (SE PASA LOS DEDOS POR LAS CEJAS) nooo↑ [nooo↑=]
- 034 L: [mira (MUESTRA UNA TARJETA A I) /
esta no]
- I: =nooo→ noo/ nooo → (ASIENTE)
- 035 L: (SE PASA LOS DEDOS POR LAS CEJAS) esta sí/ esta sí (SIGUE ENSEÑÁNDOLE UNA TARJETA)§

5 Las muestras de habla afásica que siguen forman parte del *Corpus PerLA*. Para las referencias de los volúmenes publicados de este corpus, véase el apartado de Bibliografía. En las transcripciones, las cifras de la primera columna remiten al número de orden del turno; los participantes se identifican en la segunda columna del siguiente modo:

I: informante afásico (JRP o JChT, según corresponda)

L: logopeda

M: esposa (es la interlocutora-clave *-key conversational partner-* de JChT)

E1: entrevistador/a 1

E2: entrevistador/a 2

Para las convenciones de transcripción, *cf.*, p.e., Hernández y Serra (2008: 131-132).

6 El diagnóstico médico del paciente señalaba un Ictus isquémico silviano izquierdo con perfil embólico.

- 036 I: §nooooo↑
- 037 L: bueno/ Pepe/ ¿esta cuál es? (SEÑALA UNA TARJETA)
- 038 I: (DIBUJA CÍRCULOS ANTE SÍ) nenenenene
- 039 L: *pecho* (SE LLEVA LA MANO AL PECHO)
- 040 I: (()) (DIBUJA CÍRCULOS ANTE SÍ Y SE LLEVA LA MANO A LA BARBILLA)
- 041 L: *pecho* (se lleva la mano al pecho)/ la cabeza no↑ *pecho* (TOCA EL PECHO DE I)/ *pecho* (SE TOCA EL PECHO)
- 042 I: (SE LLEVA LA MANO AL PECHO Y ESPIRA LARGAMENTE)
- 043 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)
- 044 I: (MIRA DE CERCA LA TARJETA)
- 045 L: ¿qué es?
- 046 I: nenenené (TOCANDO LA TARJETA)
- 047 L: *nene* no/ ¿qué es eso?/ ¿dónde lo tienes?
- 048 I: (SE LLEVA UN DEDO DE LA MANO DERECHA A LA CARA)
- 049 L: ¿aquí? (SE TOCA LA CARA CON UN DEDO)
- 050 I: (TOCA LA TARJETA)
- 051 L: ¿qué es?
- 052 I: nenenené↑ (SEÑALA LA TARJETA)
- 053 L: la nariz/ ¿dónde está la [nariz?]
- 054 I: [((xxx))]
- 055 L: ¿dónde está la nariz?/ ¿dónde tienes la nariz Pepe?/ ¿dónde está?
- 056 I: (LE MUESTRA LA TARJETA)
- 057 L: ahí/ ¿y en tu cara dónde está la nariz?
- 058 I: nene (ASIENTE)
- 059 L: tú— tú// *nariz*↑ (SE TOCA LA NARIZ)
- 060 I: (SE LLEVA LA MANO A LA NARIZ)
- 061 L: la nariz (SE TOCA LA NARIZ)/ vale/ ahí sí/ muy bien Pepe/ ¿y esto qué es?
(SEÑALA UNA TARJETA)
- 062 I: nonononono
- 063 L: ¿qué son?

- 064 I: nonononoo
- 065 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 MIENTRAS VOCALIZA)
- 066 I: (SE LLEVA LA MANO DERECHA A LA BOCA)
- 067 L: no/ la boca no/ las manos (ABRE Y CIERRA LA MANO)
- 068 I: nng (SE LLEVA LA MANO DERECHA A LA BOCA)
- 069 L: no/ la boca no (NIEGA CON EL DEDO Y LA CABEZA)
- 070 I: nooo

En el segundo caso tenemos a JChT⁷, junto a su esposa que actúa en calidad de interlocutor-clave⁸. Su habla se reduce también a estereotipias con alguna mínima irrupción de lenguaje espontáneo (tacos, expresiones habituales de la situación pre-mórbida y poco más). La grabación está realizada en el domicilio particular:

Transcripción 1 de JChT

- 111 E2: sí que le hablaba de esas cosas→ deportes también→ °(bien)°/// (3.0)
bueno/ ahora esto es muy interesante porque aquí ya vamos a las
capacidades lingüísticas// a ver usted/ qué me dice/ ¿le cuesta encontrar
bueno claro es que habla poco/ pero si él– si dice algo le cuesta encontrar
la palabra adecuada cuando habla?
- 112 M: pues sí/// es que a lo mejor por ejemplo cuando fuimos→// cuando le
dieron el alta del Clínico/ de rehabilitación/ el médico dijo que– que le–
que sí que contestara al 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*→
- 113 I: (SE LEVANTA) di di di no no no (SE TOCA LA INGLE)
- 114 M: (SE LEVANTA) ¿vas al vâter?

7 Su caso fue diagnosticado médicamente como infarto cerebral media izquierda con hemiplejía.

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

- 115₉ I: noo↓ no↓ no↓ noo
- 116 M: ¿entonces pa'què t'alces?
- 117₁₀ I: di di di di di
- 118 M: ¿te'n vas a pixar?
- 119₁₁ I: NOOO
- 120 M: °(vale)° jo no sé lo que me dius
- 121₁₂ I: a di di di di
- 122 M: a vore on vas→
- 123 I: a di di di di (SE TOCA LA INGLE^R)/ a di di di (SE TOCA LA INGLE^R)
- 124 M: la pierna
- 125₁₃ I: di di di
- 126 E1: ¡ah!/ ¿que té mal en la cama?
- 127 I: sí (SE TOCA LA INGLE^R)
- 128 E1: ya
- 129₁₄ I: a di di di
- 130 M: ¿però pa' què t'alces?
- 131 E2: porque habrá querido decirnos [algo]
- 132 M: [algo]
- 133 I: no no no no
- 134 E2: ¿que no puede escribir con la mano derecha?
- 135 I: ah no no no no
- 136 M: ni con la derecha ni con la izquierda/ [(RISAS) no escribe nada]
- 137 I: [(RISAS) no no no no]

A partir de las muestras vistas bien poco puede decirse sobre el lenguaje usado por los sujetos. El acercamiento semiológico-comunicativo es quizá el único método viable en tales casos.

9 "¿entonces para qué te levantas?"

10 "¿vas a mear?"

11 "°(vale)° yo no sé lo que me dices"

12 "a ver dónde vas→"

13 "¡ah!/ ¿que le duele la pierna?"

14 "¿pero para qué te levantas?"

Incluso en esta situación extrema de ausencia de lenguaje, se puede comprobar que el sujeto no pierde el sentido propio de una acción comunicativa. Las vocalizaciones remanentes o estereotipadas cumplen al menos la función correspondiente a un turno de habla en situaciones interactivas.

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., las tarjetas con dibujos de objetos, la gestualidad fónica, kinésica o proxémica, etc.

Un peligro relacionado con esta capacidad comunicativa preservada es que el interés del paciente por mantener la conversación –por satisfacer los requerimientos de un turno de habla– puede inducir un refuerzo de conductas estereotipadas. También el interlocutor puede producir el refuerzo de estas repeticiones indeseables. Así se observa en la siguiente muestra:

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: *nc*

4. VARIABLES SEMIOLÓGICO-COMUNICATIVAS

A continuación, sometemos a valoración las siguientes variables:

- La versatilidad adaptativa del sistema lingüístico
- La gestualidad y la corporalidad
- La perceptibilidad del lenguaje
- La consideración del hablante afásico por parte del interlocutor

4.1. LA VERSATILIDAD ADAPTATIVA DEL SISTEMA LINGÜÍSTICO

La capacidad de seleccionar una de entre varias opciones está en la base de la relación entre lenguaje y percepción. El sistema sensorial nos permite interiorizar datos procedentes de diversos ámbitos perceptivos, datos que podemos transponer de un ámbito sensorial a otro; p.e., desde una experiencia auditiva (el sonido de la caída del agua) a una experiencia visual (la imagen de una cascada). Pasar de un ámbito sensorial a otro permite adaptarnos a las circunstancias de cada experiencia, o lo que es lo mismo, proporciona *flexibilidad* a nuestras acciones.

En los casos que comentamos nos encontramos con un sistema lingüístico *esclerotizado*, es decir, sin posibilidades de seleccionar entre diversas opciones, por lo que ha perdido flexibilidad para adecuarse a diferentes situaciones de vivencias experienciales.

La introducción de cierta variabilidad en el uso vocálico preservado constituye un objetivo del trabajo rehabilitador. Se trata de reponer un mínimo grado de opcionalidad entre diversas formas de manifestación lingüística.

El intento de introducir cierta 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 JChT'

- 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– *nm*– 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/ AAA/ AAA/ AAA
- 316 I: aaahe
- 317 L: eso es una a (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA) AAA
- 318 I: aaa
- 319 L: muy bien/ quiero que te mires al espejo/ Pepe/ AAA
- 320 I: eee
- 321 L: no/ baja la lengua (COLOCA EL DEPRESOR EN LA LENGUA) AAA
- 322 I: eee
- 323 L: ves/ eso es una e/ mírame a mí Pepe/ AAA (I ABRE LA BOCA) (COLOCA EL
DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA)
- 324 I: eee
- 325 L: con la lengua abajo ¿eh? (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA)
AAAA
- 326 I: eee
- 327 L: ¡eh! / fíjate ¿eh? (⇒E) como– como coloca→
- 328 I: eee
- 329 L: no/ AAA (COLOCA EL DEPRESOR OTRA VEZ EN LA LENGUA DE I) AAA
- 330 I: eeee[eee]

En el segundo caso, se plantea la eliminación de la estereotipia a partir del protocolo llamado “Control voluntario de producciones involuntarias” (Helm-Estabrooks y Albert 1991) que consiste, básicamente, en el silenciamiento total del lenguaje estereotipado¹⁵ y su sustitución por un sistema gestual de comunicación para los primeros momentos de rehabilitación:

15 Veyrat Rigat y Serra Alegre (2004) plantea una perspectiva lingüística para el estudio de las estereotipias en el discurso afásico.

Transcripción 2 de JChT

- 220 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?
- 221 I: sí
- 222 E2: dígame/ ¿usted qué echa de menos?// pero no hable/// ¿qué echa de menos en su vida?
- 223 I: a di di di
- 224 E2: gesticule
- 225 I: a di di di (LLEVA LA MANO A LA BOCA Y LA RETIRA, ASIENTE CON LA CABEZA)
- 226 E2: hágalo usted
- 227 I: a di di di a di
- 228¹⁶ M: ((gesticula)) más/ lo que t(e)'estan diguent
- 229 I: a di di a lo lo

4.2. LENGUAJE, GESTUALIDAD Y CORPORALIDAD

En estos ejemplos podemos observar 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.

Esto nos lleva a la segunda capacidad genérica asociada al uso del lenguaje: la relación del lenguaje con la *gestualidad* y la *corporalidad* del sujeto hablante.

Los déficits en el control corporal son síntomas asociados a multitud de patologías verbales. Pero las técnicas deícticas mostrativas requieren un control de los mecanismos de mostración gestual. Estos movimientos corporales están dotados de intencionalidad comunicativa, aunque su producción puede no ser consciente.

En el ejemplo siguiente la actividad gestual del paciente no es espontánea, por lo que no podemos valorar su capacidad kinésica para realizar gestos comunicativos reseñables. No obstante, observamos una dificultad en el control de la percepción de su corporalidad que le lleva a realizar varios de los gestos aprendidos hasta dar con el que espera el logopeda:

16 “((gesticula)) más/ lo que te están diciendo”.

Transcripción 4 de JRP

- 141 L: fíjate 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)

En el otro ejemplo estamos ante una mínima producción de gestos, una incapacidad para representar gestualmente, en este caso, el contenido de *hablar, pasear, ...*, que podrían haber sido respuestas a la demanda del entrevistador. Esta kinésica mínima es señalada incluso por el interlocutor-clave, que anima al paciente a gestualizar con mayor intensidad:

Transcripción 3 de JChT

- 224 E2: gesticule
- 225 I: a di di di (LLEVA LA MANO A LA BOCA Y LA RETIRA, ASIENTE CON LA CABEZA)
- 226 E2: hágalo usted
- 227 I: a di di di a di

- 228 M: ((gesticula)) más/ lo que t(e)'estan diguent
- 229 I: a di di a lo lo
- 230 E2: de verdad/ yo creo que si se le proporcionara un sistema alternativo de poderse comunicar→ este hombre necesita comunicarse
- 231 M: (ASIENTE CON LA CABEZA)
- 232 E2: ¿a usted le gustaría?
- 233 I: sí
- 234 E2: ¿aunque fuera con gestos?
- 235¹⁷ I: *(ho(m)e)* di di di di
- 236 E2: en un principio
- 237 I: *((cl)aro (qu)e (s)í)*
- 238 E2: ¿eh?/ y luego poco a poco ir quitando ese– esa estereotipia[↑] pero usted tiene que tapar esa estereotipia y no tiene que salir// esa estereotipia– eso es una estereotipia *di di di di di di/* eso es una estereotipia/ entonces eso hay que eliminarlo
- 239 I: °(di di di di)° (LE DA LAS GAFAS A M PARA QUE LAS LIMPIE Y SE SECA LOS OJOS CON LA MANO IZQUIERDA) *(cague (en) la puta mare)*
- 240 M: ¿eh?/ no le digo yo
- 241 E2: claro es que es la rabia que tiene[↑]/// ¿eh?/// (2.0) ¿usted sabe lo que llevará aguantando?/ ¿lleva mucho aguantando/ verdad?
- 242 I: sí/ di di

4.3. LA PERCEPTIBILIDAD DEL LENGUAJE

La conciencia sobre el propio cuerpo nos conduce al siguiente aspecto que deseamos analizar: la *perceptibilidad* del lenguaje. Gracias a ella el lenguaje se nos hace evidente y accesible a la experiencia. El hecho de que podamos vivir experiencialmente el lenguaje nos proporciona la capacidad de contribuir a la generación de la situación comunicativa que hace coherente su uso. La percepción del lenguaje como una experiencia es requisito imprescindible para constituir un lenguaje simbólico, ya que las condiciones en que se nos hace visible constituyen parte de su sentido.

La dificultad para activar esta capacidad genérica de reconocer la vivencia del lenguaje conduce a una situación bien conocida en buena parte de las patologías lingüísticas, concretamente a la *anosognosia*.

17 “*(ho(mbr)e)* di di di di”

Es interesante observar la diferente manifestación de la percepción del lenguaje en ambos pacientes:

- El primero (vid. transcripciones de JRP) no tiene la posibilidad de experimentar y sufre de anosognosia, como demuestra la inconsciencia de su estereotipia; no obstante, su deseo de colaborar le lleva a intentar participar en todas las actividades que se le proponen (aunque su contribución se reduzca a la estereotipia), manifestándose muy vivamente la conservación de la capacidad de interactuar, como se ve en el mantenimiento de los turnos conversacionales.
- El segundo (vid. transcripciones de JChT) 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. Asiste casi como mero espectador al intercambio entre el interlocutor-clave y los entrevistadores.

4.4. LA CONSIDERACIÓN DEL HABLANTE AFÁSICO POR PARTE DEL INTERLOCUTOR

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. Está presente físicamente, pero ausente de la situación comunicativa que se está configurando a su alrededor y que le tiene a él como tema, perdiendo así su condición de interlocutor válido. Habría dos maneras de interpretar esta objetualización del hablante afásico.

En el *contexto clínico*, el interés por el sujeto hablante y su conducta verbal queda reducido a su código lingüístico. Diríamos que, en cierto modo, se desatiende la participación del sujeto en la creación del objeto de estudio:

Transcripción 5 de JRP

- 199 L: venga/ sopla/ sssh→
- 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/ [sɪ]
- 216 I: [(xxx)]
- 217 L: ((saca la i))/ sí
- 218 I: (xxx)
- 219 L: Sí
- 220 I: ((sssi))
- 221 L: no te oigo
- 222 I: eeeh
- 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/ [sɪ]
- 230 I: [((ssi))]
- 231 L: muy bien/ otra vez/ [sɪ]
- 232 I: [((sssi))]
- 233 L: bien/ ahora/ otra vez sí
- 234 I: sí

En la *conversación natural*, el hablante afásico experimenta una objetualización semejante cuando el interlocutor-clave le arrebató, sin intencionalidad alguna, su condición de interlocutor válido. Los problemas de habla del sujeto afásico pueden ser malinterpretados por los interlocutores como déficit intelectual o, en cualquier caso, como incapacidad para comunicarse:

Transcripción 4 de JChT

- 076 E2: ¿él- él antes llamaba mucho por teléfono? ¿le gustaba hablar por teléfono?
- 077 M: noo (⇒I)
- 078 I: noo
- 079 M: no mucho/ llamaba a algún amigo ((y eso))/ pero no/ no demasia(d)o
- 080 E2: °(bien)°// ¿asistían a algunas reuniones o a§
- 081 M: §noo§
- 082 E2: §algún grupo de→// ni antes
ni ahora/ un club social→ ¿y en los autobuses?/ nada/ ¿no? tampoco solía
ir a→
- 083 M: autobús/ subía poco él
- 084 E2: ¿juega a algún juego de mesa/ a algún-a las cartas→?
- 085 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=]
- 086 E2: [tu familia]
- M: =yernos/ y no- y le gusta mirar y les- y les dice lo que tienen que hacer→
- 087 E2: uh um
- 088 M: o sea que sí que comprende lo que están haciendo→
- 089 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?
- 090 M: pues a lo mejor del trabajo/ de la televisión/ del fútbol/ de las- de las bicicletas//de cosas de esas→
- 091 E2: ¿noticias de actualidad?/ ¿política?
- 092 M: no
- 093 E2: ¿y- y de sus propias ideas?/ ¿él/ le gustaba→?
- 094 M: (⇒I) no sé/ aquí en casa no
- 095 I: (NIEGA CON LA CABEZA)
- 096 E2: ¿de planes para el futuro?
- 097 M: bueno/ a veces sí/ pero poca cosa§
- 098 E2: §cuando tenía alguno/ ¿verdad?

- 099 M: claro
- 100 E2: política tampoco
- 101 M: no/ política
- 102 E2: ¿religión?
- 103 M: *religión (GESTO DE INDIFERENCIA)// nü// ni entraba ni salía/ o sea que
noo
- 104 E2: ¿familia? ¿hablaba de la familia y los problemas de educación de los hijos?
- 105 M: sí/ sí eso sí/// lo que pasa es que [(ir a hablar con)=]
- 106 E2: [los amigos→]
M: =con médicos uy con maestros y eso sí
- 107 E2: los amigos→ ¿tema de conversación eran los amigos?
- 108 M: sí/ sí y a lo mejor de la familia también/ de los hermanos y de esas cosas→

5. CONCLUSIONES

El tipo de variables comentadas, que derivan de capacidades genéricas propias del uso del lenguaje, debe ser atendido en la valoración de la capacidad comunicativa del hablante afásico. La perceptibilidad del lenguaje, el acceso al lenguaje interior, la capacidad reflexiva o la capacidad prevaricadora son parámetros útiles para dar cuenta del potencial comunicativo preservado o con posibilidades de rehabilitar.

A título de ejemplo, apuntamos a continuación algunos ejercicios para pruebas evaluadoras que estamos elaborando en nuestro grupo de investigación.

En relación con la perceptibilidad del lenguaje:

- La monitorización de segmentos fónicos. P.e., se le pediría al paciente que contara y dijera, con una pausa de 10 segundos, cuántas sílabas tienen determinadas palabras. La pausa responde a la intención 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:

- Un ejercicio podría ser 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.

- Otro ejercicio consistiría en comprobar la capacidad para construir la antonimia conversiva, es decir, la relación entre nociones inversas del tipo *subir/bajar, hablar/escuchar, comprar/vender, padre/hijo, profesor/alumno, ...*
En cuanto a la reflexividad:
- Actividades orientadas a la capacidad parafrástica para valorar hasta qué punto puede el paciente decir lo mismo con otras palabras, ejercicios de autocorrección, etc.

En el *Protocolo de Evaluación de Capacidades Lingüístico-Simbólicas en Afasias (As-lap)* que el grupo está desarrollando existen ya, en esta línea, diversas propuestas de ejercicios para evaluar y rehabilitar estas variables pragmáticas en el lenguaje del hablante afásico.

Las pruebas tratan de someter a análisis la conducta verbal del paciente junto a un metalenguaje natural, esto es, un decir natural no especializado acerca del lenguaje. Este enfoque 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 aportadas por el interlocutor-clave y por el terapeuta.

Porque consideramos, en definitiva, que el lenguaje no es, en sentido estricto, un producto o un proceso dados al margen de la experiencia de los hablantes.

BIBLIOGRAFÍA

- GALLARDO PAÚLS, B. (2005): *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. València: Tirant lo Blanch.
- GALLARDO PAÚLS, B. (2007): *Pragmática para logopedas*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- GALLARDO PAÚLS, B. (2009a): "Criterios lingüísticos en la consideración del déficit verbal", *Verba* 36, 327-352.
- GALLARDO PAÚLS, B. (2009b): "Valoración del componente pragmático a partir de datos orales", *Revista de Neurología* 42/2, 57-61.
- GALLARDO PAÚLS, B., SANMARTÍN SÁEZ, J. y MORENO CAMPOS, V. (2005): *Afasia fuente. Materiales para su estudio*. València: Universitat, vol. 1 del *Corpus PerLA*.
- GALLARDO PAÚLS, B., SANMARTÍN SÁEZ, J. y MORENO CAMPOS, V. (2005): *Afasia no fuente. Materiales y análisis pragmático*. València: Universitat, vol. 2 del *Corpus PerLA*.
- GALLARDO PAÚLS, B. y MORENO CAMPOS, V. (eds.) (2010): *Aplicaciones clínicas*. València: Universitat, *Estudios de Lingüística Clínica*, vol. 5.
- GARAYZÁBAL, E. (ed.) (2006): *Lingüística clínica y logopedia*. Madrid: Antonio Machado.
- GARCÍA-ALBEA, J. E., SÁNCHEZ BERNARDOS, M^a L. y VISO PABÓN, S. del (1986): *Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia. Adaptación en español*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- GIL, R. (1999): *Manual de neuropsicología*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007, 4ª ed.
- GOODGLASS, H. y KAPLAN, E. (1983): *Boston Diagnostic Aphasia Exam*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- HELM-ESTABROOKS, N. y ALBERT, M. L. (1991): *Manual de Terapia de la Afasia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2006): *Inhibición y lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2009): "Agramatismo e infradeterminación sintáctica en afasias", en V. Marrero e I. Pineda (eds.), *La lingüística ante el reto de la aplicación clínica. Actas del II Congreso Internacional de Lingüística Clínica*. Madrid: Euphonia Ediciones-UNED, 468-473.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. y SERRA ALEGRE, E. (2008): "Construcciones suspendidas y gestión del turno conversacional en la evaluación de la afasia". *Pragmalingüística* 15-16 (2007-08), 112-132.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C., SERRA ALEGRE, E. y VEYRAT RIGAT, M. (2005): "Antónimos conversos y teoría de la mente", en E. Serra Alegre y M. Veyrat Rigat (eds.), *Problemas de eficacia comunicativa. Descripción, detección, rehabilitación*. València: Universitat, *Estudios de Lingüística Clínica*, vol. 4, 39-53.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C., SERRA ALEGRE, E. y VEYRAT RIGAT, M. (2007): *Afasia: Corpus mixto de lenguaje conversacional*. València: Universitat, vol. 4 del *Corpus PerLA*.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. y ROSELL CLARI, V. (2009): "Syntax and conversation in aphasia. A strategic restrictive use of Spanish and Catalan connector QUE by aphasic speakers", *Clinical Linguistics and Phonetics*, 23 (10), 717-741.
- HOCKETT, Ch. F. (1958): *Curso de lingüística moderna*. Buenos Aires: Eudeba, 1971.
- HOCKETT, Ch. F. (1960): "The origin of speech", *Scientific American* 203, 88-111.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. (1988): *Psicolingüística*. Madrid: Síntesis.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. (2007): *The Neural Basis of Language*. Muenchen: Lincom Europa.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. (2008): *Estudios sobre Neurolingüística y Traducción*. València: Universitat, *LynX. Documentos de Trabajo*, vol. 38.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. y GALLARDO PAÚLS, B. (eds.) (2005): *Conocimiento y lenguaje*. València: Universitat.
- LURIA, A. R. (1975): *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Antonio Machado, 1995.
- MARTINET, A. (1949): "La double articulation linguistique", *Travaux du Cercle Linguistique de Copenhague*, V, 30-37.
- MORENO CAMPOS, V. (2010): *L'avaluació pragmàtica en afàsia*. València: Universitat, *Estudis de Lingüística Clínica*, Monogràfic.
- ORTIZ ALONSO, T. (1995): *Neuropsicología del lenguaje*. Madrid: CEPE.
- RABAZO, M^a J. et alii (2003): *Diccionario de audición y lenguaje. Una revisión terminológica*. Salamanca: Amarú.

- SERRA ALEGRE, E. (ed.) (2007): *La incidencia del contexto en los discursos*. València: Universitat, *LynX*, Annexa 14.
- SERRA ALEGRE, E. y VEYRAT RIGAT, M. (eds.) (2005): *Problemas de eficacia comunicativa. Descripción, detección, rehabilitación*. València: Universitat, *Estudios de Lingüística Clínica*, vol. 4.
- SERRA ALEGRE, E., VEYRAT RIGAT, M. y HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2007): “Contextos y variables comunicativas en el habla afásica”, en E. Serra Alegre (ed.), *La incidencia del contexto en los discursos*. València: Universitat, *LynX*, Annexa 14, 81-96.
- VEYRAT RIGAT, M., GALLARDO PAÚLS, B. y SERRA ALEGRE, E. (2009): “Gestualidad compensatoria y afasia”, en M. Veyrat Rigat y E. Serra Alegre (eds.), *La Lingüística como reto epistemológico y como acción social. Estudios dedicados al Profesor Ángel López García con ocasión de su sexagésimo aniversario*. Madrid: Arco/Libros, vol. II, 1133-1152.
- VEYRAT RIGAT, M. y SERRA ALEGRE, E. (2004): “Estudio de las estereotipias en el lenguaje patológico: perspectiva lingüística”, en M. Villayandre Llamazares (ed.), *Actas del V Congreso de Lingüística General*, Madrid: Arco/Libros, vol. III, 2725-2735.
- VEYRAT RIGAT, M. y SERRA ALEGRE, E. (2005): “Lingüística clínica: acotaciones epistemológicas”, en Enric Serra Alegre y Montserrat Veyrat Rigat (eds.), *Problemas de eficacia comunicativa. Descripción, detección, rehabilitación*. València: Universitat, *Estudios de Lingüística Clínica*, vol. 4, 5-19.
- VEYRAT RIGAT, M. y SERRA ALEGRE, E. (eds.) (2009): *La Lingüística como reto epistemológico y como acción social. Estudios dedicados al Profesor Ángel López García con ocasión de su sexagésimo aniversario*. 2 volúmenes, Madrid: Arco/Libros.
- WHITWORTH, A., PERKINS, L. y LESSER, R. (1997): *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*. London: Whurr.



XIII JORNADAS DE LINGÜÍSTICA

JCA | Universidad
de Cadiz
Servicio de Publicaciones



9788498128397