

Análisis Discursivo en un Caso de Traumatismo Craneoencefálico

Mónica Herrera Guevara
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
monica.herrerague@uaem.edu.mx

Resumen

Se realiza un análisis discursivo en una prueba de un paciente con traumatismo craneoencefálico, cuyos objetivos han sido poner en evidencia los elementos discursivos relacionados con dicha patología del lenguaje, es decir, (según el tipo de afasia del paciente) de qué forma repercute en su lenguaje; y saber cómo es que, gracias a la transcripción, este discurso puede verse (o no) comprendido, aun con la deficiencia gramatical y pragmática que el paciente refleja en su producción. En cuanto al tipo de afasia que presenta el paciente, cabe decir que, según las deficiencias lingüísticas que presenta, solo se especula al respecto.

Palabras clave: Traumatismo craneoencefálico, afasias, análisis discursivo, pragmática.

El análisis parte de una transcripción de una de las grabaciones dedicadas al señor J. Cárdenas, en la que se le ha pedido que haga una narración. El señor Cárdenas es un paciente de 50 años, cuya escolaridad ronda entre los 17 años de maestría en educación, y quien había ejercido como político y líder sindical antes de sufrir un traumatismo craneoencefálico (un mes antes de la evaluación). El señor Cárdenas estuvo 7 días en coma, 7 días en estado confusional y se le encontró un edema que oprimía el hemisferio derecho, el cual le produjo dificultades ambulatorias y defectos visuales (diplopía).

En los estudios realizados por Broca y Wernicke sobre el análisis de las alteraciones del lenguaje, se habían arrojado datos respecto a que en el hemisferio izquierdo radicaba la producción del lenguaje, por lo cual se identificó una estrecha relación del lenguaje con el hemisferio izquierdo, y por lo cual se creía que el hemisferio derecho (en adelante sólo HD) simplemente estaba subordinado al otro. Paul Broca:

localiza un área en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo (HI), que sería responsable del control del habla, sin equivalencia en el hemisferio derecho (HD) [más adelante, aportaciones como la de Carl Wernicke] completan el cuadro de la dominancia cerebral izquierda para el control del lenguaje. Mientras tanto, el hemisferio derecho permanece prácticamente inexplorado, siendo considerado como el hemisferio subordinado (Barroso y Antonieta, 286).

Sin embargo, a partir de los análisis realizados en personas que sufrieron lesiones en el HD, fue que se vio al lenguaje como una facultad que se realizaba en más zonas del cerebro. Gracias a las hemisferectomías en pacientes con graves lesiones se llegó a la conclusión de que el HD asumía las competencias lingüísticas que el HI (hemisferio izquierdo) no podía. Más recientemente, Love y Webb (1998), a la luz de los estudios del cerebro dividido (split

brain), indican la escasa relevancia del hemisferio derecho, pues este solo participa en menor medida en el procesamiento del lenguaje y en la comprensión de oraciones en un nivel muy básico; de tal modo que distingue categorías de sustantivos y verbos, pero no procesa sintaxis del mismo modo que lo hace el HI. Y aunque el HD participa en menor medida, el HI actualmente no se contempla como el único responsable del procesamiento verbal.

Según Karen Bryan (1994), en la presentación de su Batería del *Hemisferio Derecho*, existen pruebas de la participación del hemisferio derecho en tareas como las siguientes:

- Procesamiento léxico-semántico de palabras concretas
- Déficits selectivos en la comprensión de connotaciones
- Lenguaje metafórico (preferencia por la interpretación literal, que supone a su vez dificultades para entender las implicaciones e intenciones, y para utilizar la información contextual)
- Humor
- Estructuras narrativas (dificultad para integrar sus partes)
- Integración de información lingüística compleja (oraciones abstractas, razonamientos lógicos, y secuencias argumentativas complejas)
- Dificultades generalizadas con la indirección
- Prosodia y acento (pérdida de los aspectos afectivos de la prosodia).

Lo cual rescata la importancia del HD en la actividad verbal que además realiza una actividad interhemisférica con el HI para el procesamiento léxico-semántico y la relación lenguaje-contexto;

pero a pesar de la evidencia acerca del HD en las funciones del lenguaje en pacientes adultos y niños, no se ha aclarado de qué manera interactúa con el hemisferio izquierdo. Si bien, en lesiones del HD existe una “tendencia a producir un discurso incoherente, expresado mediante referencias anafóricas erróneas o ausentes, la tendencia a la digresión o al cambio tangencial de tópico y la ausencia de progresión temática son parte del perfil típico del lesionado cerebral derecho” (Joanette, et. al, 483), cuyo déficit también se presenta en el manejo de las categorías pragmáticas receptivas como el dominio de la toma de turno, el cambio y mantenimiento del tópico, así como las aperturas y los cierres de turno conversacionales.

A partir de lo anterior, es necesario destacar la importancia y la función del lenguaje como la facultad del ser humano para comunicarse con signos doblemente articulados (fonemas y morfemas) que facilita la producción de este (ya sea oral o escrito), la cual antecede a su intención comunicativa:

que tras planificar el mensaje que desea transmitir, selecciona la estructura sintáctica más adecuada, escoge las palabras que mejor encajan en la estructura sintáctica prevista, y finalmente ejecuta los programas motores destinados a producir fonemas o grafemas correspondientes a las palabras, siempre atento a la retroalimentación que el sistema de comprensión lleva a cabo sobre la producción (Vega y Cuetos, 1999).

Es pues el lenguaje, la facultad a través de la cual el hablante regula y organiza su memoria para comunicarse y expresar emociones, por lo que su afectación dificulta (o impide) estas funciones y altera la unidad entre lenguaje y pensamiento. Esta importancia radica en que “el lenguaje surge y se localiza de manera sistémica y dinámica en el cerebro, como sistema funcional complejo, el cual está integrado por varios eslabones operacionales [factores neuropsicológicos], cuyo trabajo común permite realizar las acciones verbales complejas” (Quintanar, 67).

Entonces, una vez presentadas las habilidades para cada uno de los hemisferios y dada la importancia de la facultad del lenguaje, comenzaré a tratar el tema de las alteraciones del lenguaje causadas por lesiones cerebrales, en otras palabras, lo que es la afasia:

La afasia es un trastorno de la producción y la comprensión del lenguaje causado por una disfunción en zonas específicas del cerebro de una persona con lenguaje previamente adquirido, que provoca una desconexión entre los pensamientos y el lenguaje. Los individuos con este tipo de lesiones experimentarán dificultades en la traducción de sus representaciones mentales de secuencia no-verbales en los símbolos que constituyen el lenguaje, y/o viceversa (Leiva Madueño y Julia Vázquez).

Es pues, la afasia, la alteración adquirida del lenguaje seguida de una lesión cerebral. Estas afasias causadas por lesiones cerebrales en el hemisferio izquierdo (típicamente el dominante para el lenguaje) pueden afectar la producción y la interpretación del lenguaje a nivel léxico, morfológico, sintáctico, discursivo, etc. Según Leiva Madueño y Julia Vázquez (2017), existen diversos trastornos del lenguaje causados por lesiones cerebrales tales como accidentes vasculares cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, procesos tumorales, procesos infecciosos y algunas enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, en el caso de los traumatismos craneoencefálicos en el hemisferio derecho:

las habilidades pragmáticas están especialmente implicadas en la producción e interpretación de distintas formas de lenguaje figurativo (actos de habla indirectos, ironía, sarcasmo, humor, metáforas, etc.) en las que el contenido explícito o literal del mensaje no coincide con la intención comunicativa. Uno de los rasgos característicos de los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho es la alteración de los aspectos pragmáticos de la comunicación (Abusamra, 307).

Mas adelante, veremos cómo es que en nuestro paciente estas habilidades están alteradas y en qué sentido, no coinciden con la intención comunicativa.

Según los trastornos de lenguaje que presente un individuo, las afasias pueden categorizarse en dos tipos: afasias de Broca y afasias de Wernicke. Las primeras tienen que ver con un defecto en la producción, las segundas, con un defecto en la comprensión. Entre las afasias de producción (afasias de Broca) encontramos: las parafasias (parafasias verbales, fonémicas, fonéticas, fonológicas); las jergas (jerga fonémica, neologística, semántica, etc); conducta de aproximación; agramatismo; disintaxia. Entre las afasias de comprensión (afasias de Wernicke) encontramos: la agrafía; alexia; anomia; automatismos; estereotipia y la ecolalia. En este sentido, las alteraciones producidas por una lesión afectan la comprensión y/o la producción del lenguaje, en el caso de un accidente cerebro vascular, las alteraciones se producen en la comprensión lingüística.

METODOLOGÍA

Tratamiento de los datos

A partir de las afectaciones del paciente con daño cerebral y el contexto en el que se produce su discurso, el análisis se realiza bajo un enfoque de carácter pragmático en el que se analiza la pragmática del paciente (actos de habla, máximas, componentes lingüísticos, etc). El primer paso para el análisis discursivo, y el tratamiento de los datos, consiste en una propuesta de transcripción de la muestra discursiva, para la cual se utilizó la transcripción que se muestra a continuación, extraída de Tusón, Amparo. El análisis de la conversación. Ariel: Barcelona, 1995. pp. 100-101.

1. Numerar las líneas a la izquierda.

2. Usar las grafías normales, salvo cuando se quiere señalar algún aspecto fonético de interés para el análisis; entonces usar los símbolos del alfabeto fonético.

Ej.: o nasalización

abertura

h aspiración

etcétera

3. Símbolos prosódicos:

¿? Entonación interrogativa

¡! Entonación exclamativa

/ Tono ascendente

\ Tono descendente

...- corte abrupto en medio de una palabra

| pausa breve

|| pausa mediana

<...> pausa larga, también <pausa> o <9>, indicando segundos

┌ tono agudo

└ tono grave

ac ritmo acelerado

le ritmo lento

subr énfasis

MAYÚS mayor énfasis

□ alargamiento de un sonido

p piano (dicho en voz baja)

pp pianissimo (dicho en voz muy baja)

f forte (dicho en voz más alta)

ff fortissimo (dicho en voz muy alta)

4. Símbolos relativos a los turnos de palabra:

= = al principio de un turno para indicar que no habido pausa después del turno anterior

=...= solapamiento en dos turnos:

H – Vale <pausa> =Pero es que me molestarían las piedras=

M – [mirando a L]= Bueno | oye | y el pan ¿qué? ¿Tengo que = ir yo?

Para señalar que B interviene aprovechando un pequeño silencio en la intervención de A:

A – ¡Ojalá venga pronto! | Tengo unas ganas de verla!

B – ¡Ay, sí!

Otros símbolos:

[] fenómenos no léxicos, tanto vocales como no vocales, p. ej. [risas]

[mirando a B]

{ } para marcar las fronteras en las que se produce algún fenómeno no léxico que se quiere señalar, por ejemplo:

A – {[riendo] no me lo puedo creer] pero será eso {[pp] pásame el lápiz | por fa }

(???) palabra ininteligible o dudosa

a la izquierda de la línea para señalar algo de interés especial para el análisis.

Luego, dado que estos aspectos implican un análisis del discurso narrativo similar al

conversacional, de un paciente con patología (TCE), utilizaré El Perfil de Análisis Conversacional para Personas con Afasia (CAPPA: Conversational Analysis Profile for People with Aphasia) de las inglesas Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser (1997) que está enfocado en los interlocutores, tanto del interlocutor afásico, como del interlocutor clave. De este perfil, solo me interesa el cuestionario enfocado al interlocutor clave, quien funciona como agente fundamental en la rehabilitación del paciente al informar las deficiencias comunicativas según su interacción con el afásico. Es necesario enfatizar en que este trabajo ofrece un análisis a nivel discursivo, digamos, desde un contexto lejano, dado que no se cuenta con los datos obtenidos por el interlocutor clave. De este modo, esta propuesta consiste en analizar desde la transcripción con el ánimo de proporcionar nuevos datos al campo de la lingüística y no al de la rehabilitación. Esta prueba, cabe mencionar que solo funciona como índice complementario al análisis propiamente discursivo, pues la evaluación pragmática no puede realizarse exclusivamente mediante test al uso, ya que no incorporaría todas las condiciones enunciativas del contexto verbal ni calificaría la efectividad comunicativa.

El perfil consta del siguiente cuestionario donde se señala si la conducta en cuestión ocurre frecuentemente (F), ocasionalmente (O) o nunca-casi nunca (N):

Área tratada	Pregunta	F	O	N
Sección 1: Capacidades lingüísticas				
Fallos en encontrar las palabras	1. ¿Le cuesta encontrar la palabra adecuada cuando habla, y tiene que darse por vencido?		X	
Producción de circunloquios y rodeos	2. Si no encuentra la palabra adecuada, ¿usa descripciones y recurre a maneras más largas de decir lo que quiere decir?	X		

Producción de parafasias semánticas incorrectas	3. ¿Usa las palabras equivocadas sin corregirse él mismo después?	X		
Producción de parafasias fonémicas	4. ¿Confunde los sonidos en las palabras, aunque Ud. Entienda lo que quiere decir?	X		
Producción de errores apráxicos	5. ¿A veces tiene que esforzarse para pronunciar los sonidos de una palabra?		X	
Abuso de pronombres y proformas	6.- ¿Usa palabras como “él, ella”, “aquí, ahí”, “eso”, “así” ... sin que Ud. Sepa a qué se refiere?			X
Dificultad para indicar con seguridad SÍ y NO	7. ¿A veces dice “sí” en vez de “no” o al revés?			X
Producción de lenguaje agramatical	8. ¿A veces pierde palabras en las frases, y suena como si fuera un telegrama?		X	
Producción de neologismos	9. ¿A veces habla diciendo palabras que no tienen ningún significado para Ud.?		X	
Producción de jergas	10. ¿A veces pronuncia frases largas que no tienen sentido completo, aunque las palabras aisladas sí están claras?		X	
Fallos de comprensión	11. ¿A veces tiene dificultades para entender lo que Ud. Le dice?		X	
Sección 2: Rectificaciones				
Capacidad para iniciar rectificaciones al turno del interlocutor	12. ¿Es capaz de indicarle cuándo no entiende lo que Ud. Le dice?			X
Capacidad para comenzar la autorrectificación	13. ¿Capta los errores de sus frases y trata de corregirlos por sí mismo			X
Capacidad para corregir los errores sin ayuda después de iniciar la autorrectificación	14. Cuando se da cuenta de que se ha equivocado y trata de corregir lo que ha dicho ¿lo consigue sin ayuda?			X
Capacidad para rectificar cuando el interlocutor inicia la corrección	15. Cuando Ud. No le entiende, ¿es capaz de especificar más su lenguaje y expresarse mejor?			X
Sección 3: Inicio y Toma de Turno				
Capacidad para iniciar la conversación	16. ¿Inicia conversaciones con Ud?			X

Fallo para responder cuando se le selecciona como hablante	17. ¿Falla en responder cuando le toca hablar?			X
Retraso para responder cuando se le selecciona como hablante	18. ¿Deja pasar largas pausas antes de responderle a Ud?		X	
Producción de silencios largos durante el turno	19. ¿Se para a mitad de un turno de hablar y deja silencios largos antes de seguir?			X
Violación de los turnos del interlocutor	20. Cuando están conversando, ¿le interrumpe a Ud?		X	
Fallo en la proporción conversacional	21. ¿Sus contribuciones a la conversación resultan excesivamente largas?	X		
Dependencia de toques mínimos	22. ¿Limita sus intervenciones a mínimos reconocimientos?			X
Sección 4: Dominio Temático				
Capacidad de empezar temas nuevos	23. ¿Introduce temas nuevos durante la conversación?	X		
Fallo en orientar al interlocutor hacia los temas nuevos	24. Cuando introduce un nuevo tema, ¿entiende Ud. Dónde encaja con el tema previo?	X		
Capacidad de mantener los temas	25. ¿Puede mantener un mismo tema de conversación con Ud. Durante un rato?			X
Insistencia en temas favoritos recurrentes	26. ¿Tiene temas favoritos que repite con insistencia?			X

Fuente: Whitworth, Anne; Perkins, Lisa; y Lesser, Ruth. Conversational Analysis Profile for People with Aphasia, Whurr Publ; London, 1997.

Transcripción de la narración de un mercado

Se utilizan los códigos “E” para entrevistador y “P” para paciente.

[E]: Le voy a pedir que me haga una narración, haga de cuenta que soy un turista. Quiero que me diga qué es un mercado, qué venden en los mercados, qué frutas y verduras, qué tipos de mercados hay, qué gente va a los mercados y qué importancia tienen los mercados. Ese es el guion, yo quiero que me haga una narración.

[P]: ac Soy medio rollero... □ me quiero dedicar a la narración, por cierto... h □ Bien, hay dos tipos de mercados... | *lo que sí es que □ hasta encontrar que tengo problemas de que se me traba la quijada... h A veces yo siento dar vergüenza porque | h desde que me dio pesarlo... | parece lógico es el... | trabar quijada, | y eso... creí yo que era gente de parecer que les hacía mala jeta... h pero mala jeta, h se me intrinca la quijada. r h Hay dos tipos de mercados. | Mercados formales y mercados informales. h El mercado formal es un mercado que está acomodado por unos puestos h ubicados

simétricamente h donde, por un área es el área de verduras y legumbres, otra es el área de carnes... h subr ac el área de carnes está separado de las carnes de aves, la carne de peces, h □ la carne de... las carnes rojas. h Otra es el área de servicios, subr larea de servicios donde están los de... h / eh, plomería, cerrajería, etc.

h Entonces, esos son los mercados... □ este... □ eh.... Formales. h ac *Hay algunos autores que han hablado que, h nuestros mercados es fácil distinguirlos a través de aromas h ac y de formas y colores. h / Si tu entras a un mercado formal, h □ cierra los ojos y empieza a oler...

ac a través de sus olores vas a darte cuenta cómo va cambiando la variedad h de cada una de las áreas del mercado. h Si tu empiezas por el área de □ frutas sus olores te van a dar... (???) (ininteligible)... □ el color de la fruta... h si son frutas tropicales, si son frutas norteanas, h | si son frutas de equis región... h | y éste... a través de los colores tu vas a ver los colores... | ac la viveza de los colores porque las regiones tropicales tienen unos colores más vivos h y las regiones de zonas semiáridas tienen h {} □ ac unos colores más opacos. Los colores tienen que ver muchas veces por las formas tropicales en las que existen cada una de ellas, por ejemplo, en las regiones más áridas muchas de las frutas van a estar cubiertas de espinas... h las espinas están hechas para poder... h las cactáceas principalmente... h ac están cubiertas de espinas subr h y esas espinas le impiden que las aves de rapiña ataquen a nuestras frutas y a través de ellas puedan absorber agua y gran parte de las frutas tienen... □ h son... frutas que están llenas de agua...

[E]: ¿De qué estamos hablando?

[P]: L *Estamos hablando de los mercados. Pero yo tengo que describirle...

[risas]

[E]: Le hago ver que quiero que me diga qué es un mercado siguiendo el guion que le di previamente

[P]: □ *Sabes qué...el asunto del mercado es que para que el turista, / □ ¡! ¡Ojo! Hay una

gran diferencia... los que estudiamos en algún momento entre turista y viajero... h □ es que no queremos ser turistas, queremos ser viajeros...

[risas]

h ac *porque el viajero es un investigador que va a través de sus sentidos a describirte la cultura, la historia... h todo a través de los diferentes fenómenos y que te diga: / ese cabrón me dijo que era la historia de su país a través de una simbología... h / ¡! ¡Ojo! La historia se escribe a través de símbolos... □ ¡! ¡el mercado es un símbolo!

ANÁLISIS DISCURSIVO

El enfoque de este análisis incorpora una perspectiva pragmática relacionada con los elementos típicos del análisis conversacional: lenguaje, contexto y transcripción (en lenguaje oral). Si bien, es cierto que el lenguaje oral es natural, que depende de la fisiología y anatomía del hablante, en cuya producción se refleja un nivel de formalidad diferente. En el lenguaje oral verbal puede identificarse un nivel tónico (rimas, ritmos), un nivel morfosintáctico (orden de las palabras), y un nivel léxico: más limitado, repetitivo, muletillas. Por otro lado, en el lenguaje oral no verbal se identifican elementos cinésicos (funcionamiento corporal), proxémicos (uso del espacio) y elementos paraverbales (énfasis, tono de voz, entonación).

Realizar un análisis discursivo de una muestra de lenguaje implica tomar en cuenta el contexto, el cual está formado por: el tema, el canal, el marco, el código, la forma del mensaje, las características de los participantes y por el discurso mismo. Sin embargo, no se cuentan con los datos necesarios para puntualizar en cada aspecto, por lo que resultaría necesario saber quién emite el discurso y quién lo recibe, para poder identificar elementos que sean de utilidad para el análisis. Así pues, en este análisis se busca presentar, a la luz de los datos, qué

intenciones atiende el emisor, cuáles quiere dar y cómo se interpretan estas intenciones.

Según los datos obtenidos en el CAPPA, la conducta verbal del paciente refleja la ocurrencia de ciertos actos de habla en la narración. Tiende a una preferencia por las contribuciones descriptivas largas, utiliza palabras equivocadas sin corregirse, hay una producción de sonidos ininteligibles (errores apráxicos que pueden tener su origen en la dificultad para articular), violación de los turnos del interlocutor, pausas (o silencios) frecuentes, lenguaje agramatical (a veces sin artículos) y pérdida del tópico, pues introduce nuevos temas en su narración; sin embargo, gracias a la transcripción puede entenderse cómo el tema nuevo encaja de algún modo en la narración. A partir de estos datos, se hace una correlación de estos con los datos que nos ofrece la transcripción.

Durante el discurso, según las pausas (marcadas con puntos suspensivos) detectadas en la transcripción, el paciente frecuentemente se olvida de lo que va a decir, pero luego retoma el discurso a partir de la palabra anterior, presentando de este modo una frecuencia en la repetición de tipo ecolálico, y anomalías de la fluidez como logorrea y anomia (falta de palabras).

Entre las alteraciones del lenguaje oral, encontramos las alteraciones perseverativas cuya característica principal “implica la producción repetitiva inadecuada de un estímulo, debido a alteraciones en los procesos de inhibición” (Leiva Madueño y Julia Vázquez). Una de ellas es la ecolalia, la cual se ha definido como la tendencia involuntaria a la repetición de emisiones producidas por otro hablante sin ningún objeto comunicativo. Desde el enfoque de las afasias, producidas por lesiones cerebrales tales como el traumatismo craneoencefálico, tras un accidente vascular cerebral en zonas frontales, “es frecuente la aparición del mutismo seguido de la presencia de la ecolalia; que, a diferencia de las enfermedades neurodegenerativas, primero se presenta la ecolalia y en fases más avanzadas, el mutismo” (Leiva Madueño y Julia Vázquez).

Generalmente, en la neuropsicología contemporánea se ha considerado a la afasia como una alteración del lenguaje independiente de la memoria, la atención, las emociones, (Quintanar, 2002). Así, vemos pues, cómo es que la memoria permite al paciente continuar con su discurso a pesar del fallo en sus habilidades pragmáticas, pues la repetición de palabras implica atención y memoria operativa audio-verbal a corto plazo (zonas cerebrales temporales inferiores del hemisferio izquierdo). Según Vendrell en su artículo titulado “Las afasias: semiología y tipos clínicos” la ecolalia es un:

Fenómeno de iteración verbal por el cual el paciente con lesión cerebral repite con carácter automático -y aparentemente pasivo- la frase o las últimas palabras que le acaba de dirigir su interlocutor. En ocasiones, el enfermo logra cambiar el pronombre de la frase o introducir alguna otra modificación. Este fenómeno puede considerarse como la consecuencia de un vacío en la estructura del lenguaje interior como un fallo concomitante del mecanismo autorregulador de la emisión verbal, de lo cual resulta la incorporación automática de la estructura que le proporciona el interlocutor (1985).

Según el lugar en el discurso en que esta repetición aparezca, podemos distinguir entre una ecolalia inmediata: producida justo cuando la emisión del hablante ha sido finalizada (o incluso antes de que esta haya acabado); y la ecolalia retrasada o suspendida: cuando la repetición se produce tiempo después de que la emisión que sirve para la repetición fuese producida (Leiva Madueño y Julia Vázquez), en nuestro paciente ocurre la segunda, presentada seguido de pausas medianas.

Luego, a partir de esta palabra retomada comienza a desviar su discurso del tema principal (pérdida del tópico). La siguiente tabla muestra las veces en que el paciente atiende al tema tratado y el porcentaje de proposiciones utilizadas para la narración:

Temas propuestos para la narración	Tema Tratado	% de Proporciones Empleadas
¿Qué es un mercado?	No	0%
¿Qué frutas y verduras venden?	No	0%
¿Qué otras cosas venden?	Sí	6(45= 13%)
¿Qué otra gente va los mercados?	No	0%
Tipos de mercados	Parcialmente	3(45= 7%)
Importancia de los mercados	No	0%

Tabla 1. Porcentaje de proporciones empleadas para describir los seis temas propuestos para describir un mercado. De Miguel Ángel Villa

Como se puede observar, la solicitud de narración que el interlocutor (entrevistador) le ha hecho al paciente solo atiende en una ocasión a lo que se ha pedido, lo cual responde a la pregunta de qué otras cosas venden en los mercados, con un mayor número de proposiciones empleadas (13%), para lo demás, no responde a lo esperado. En el caso de la pregunta de qué frutas y verduras venden, el tema tratado no se ha logrado en su totalidad, puesto que solo se dedica a describir ampliamente la apariencia de las frutas.

Según estos datos, la alteración se identifica con “las afasias no fluentes [las cuales] suponen un déficit en la emisión de actos proposicionales (con valor referencial/semántico), lo que explica la riqueza en actos locutivos desprovistos de fuerza proposicional pero cargados de valor interactivo y contextual (fuerza ilocutiva)” (Gallardo y Verónica Moreno, 27). Más adelante veremos de qué forma esa fuerza ilocutiva, es producida y cómo la alteración también se identifica con las afasias fluentes.

Tomando en cuenta las características del discurso oral (el uso de los órganos del sistema respiratorio, aparato fonador y la lengua) y siguiendo las convenciones utilizadas para la transcripción de la muestra, ¿cómo se estructura el discurso? es decir, ¿qué tipo de unidades lo conforman? Por una parte, la transcripción nos

muestra una producción narrativa de repetidas aspiraciones, tonos ascendentes y descendentes, entonación exclamativa, pausas breves y medianas, tonos graves y agudos, ritmo acelerado, énfasis, risas y palabras ininteligibles. Por otra parte, el orden de los hablantes, la duración de los turnos y el contenido de los turnos no están predeterminados; los mecanismos de cambio de turno de los interlocutores son alternados: dialogada y monologada. El receptor o entrevistador se autoselecciona: primero espera a que el emisor proporcione datos sobre lo que se le pide y cuando este se sale de tema, interviene.

Así, ante la limitación para construir enunciados con contenido proposicional, el hablante utiliza todos sus recursos para comunicar mediante actos ilocutivos que reflejan su intención. Debido a sus condiciones fisiológicas, el paciente no puede dominar la gramática correctamente ni comprenderla en su totalidad, por lo que no comprende en su totalidad actos ilocutivos²⁸, sin embargo, es capaz de comunicar actos intencionales (indicador de fuerza ilocutiva)²⁹, aunque no relevantes en el contexto discursivo, lo que lleva en un primer momento a decir que no hay una total complicidad entre el emisor y el receptor; pues las interpretaciones por parte del receptor no atienden a las intenciones por parte del emisor y viceversa. La intención por parte del receptor es que el

emisor realice una narración, en este caso se le pide que haga la narración de un mercado. Las intenciones del emisor son las de responder a la petición y ofrecer información relevante que no se le ha solicitado, cuya relevancia está asociada a unas palabras específicas en su discurso.

Por su parte, las interpretaciones por parte del receptor inmediato y el receptor lejano (nosotros) indican que el paciente con TCE atiende a la petición (en un caso: qué otras cosas venden en los mercados), pero de un modo específico que tiene que ver con su condición fisiológica y patológica, cuyo proceso de interpretación implica un mayor esfuerzo tanto cognitivo como articulatorio. Por tanto, las interpretaciones que le da el emisor a la petición no atienden en orden al guion que se le ofrece, por lo que su discurso no es aceptable en tanto no es relevante a la situación en la que aparece ni a lo que se espera. En este sentido, la comunicación no es efectiva. Empero, gracias a la transcripción del lenguaje oral al lenguaje escrito, se destacan las intervenciones en las que el paciente aparentemente no ha sido relevante (marcadas con un asterisco [las marcas son mías]), pero que en realidad sí es relevante en tanto que el lenguaje utilizado en el discurso crea conexiones relevantes para otras cosas a las que se le quiere atribuir relevancia; pues proporciona datos nuevos sobre sí mismo, y que pueden ser de utilidad a la hora de la terapia. Así, de este modo, se reconoce que el análisis del discurso (resultado de factores biológicos y culturales) aporta información sobre los hablantes. La siguiente información indica datos nuevos que el paciente afásico nos comparte:

- Se quiere dedicar a la narración
- Tiene problemas con su quijada
- Siente dar vergüenza

A continuación, propongo unas preguntas con una visión panorámica del discurso para ampliar el análisis.

¿De qué forma el discurso emitido refleja la formación del paciente? El conocimiento del mundo y el conocimiento del lenguaje se reflejan en el discurso del paciente, pues ambos grados de formalidad en su discurso, coloquiales y cultos, tienen que ver con el conocimiento enciclopédico del paciente, su bagaje cognitivo y sociocultural coherente con su anterior entorno: máster en educación y líder sindical. Ejemplo de ello, pueden ser más significativas aquellas frases que dicen: “hay algunos autores...” o “los que estudiamos...”.

¿Por qué este fragmento del discurso es como es y no de otra forma? Una vez hecha la revisión bibliográfica sobre el estudio de las alteraciones del lenguaje y las lesiones en los hemisferios, fue previsible que en su discurso se presentaran las afectaciones lingüísticas y pragmáticas provocadas en el hemisferio derecho como resultado del traumatismo craneoencefálico, pues “las lesiones del hemisferio derecho pueden producir alteraciones de las habilidades comunicativas [...]. Estos trastornos [...] se caracterizan por afectar los componentes discursivos, léxico semántico, pragmático y prosódico de la comunicación” (Abusamra, 307). Al igual que una de las características del trastorno específico del lenguaje (TEL), el paciente coincide con un déficit semántico-pragmático, pues presenta:

Problemas severos de comprensión de significado de los mensajes verbales, ya que los suelen interpretar de una forma completamente literal. No responden adecuadamente a las preguntas, o lo hacen basándose sólo en alguna palabra que hayan comprendido, sin tener en cuenta el mensaje en su conjunto. Pueden presentar lenguaje ecolálico y perseveraciones (Mendoza 35).

²⁸ Los que se realizan al decir algo; por ejemplo, informar, solicitar, sugerir, etc., en este caso solicitar.

²⁹ “Muestra en qué sentido [o con qué intención] debe interpretarse la proposición, y en suma, cual es el acto ilocutivo que está realizando el hablante. Entre los indicadores de fuerza ilocutiva pueden señalarse la curva de entonación, el énfasis prosódico, el orden de las palabras” (Escandell 64).

De este modo, las alteraciones del procesamiento semántico comprometen tanto la comprensión como la producción, por lo que, de acuerdo con esta correlación, de ningún modo se esperaba que el discurso presentara las características formales y contextuales de un hablante sin patología. Además, se detectó una similitud en los datos de este paciente con el discurso de los individuos que padecen demencia tipo Alzheimer (DTA), pues la muestra discursiva refleja los problemas de repeticiones de unidades, pausas, alargamientos, incoherencia, pérdida del tópico, dificultades para entender el contexto y ajustarse a los cambios de turno (cuando el interlocutor interviene, el paciente sigue hablando) y fragmentación de ideas. En las DTA, “la persona que habla tiene dificultad para trasladar sus pensamientos al lenguaje, lo que lleva a una fragmentación de las ideas. Este hecho se evidencia concretamente en el uso y número de las pausas vacías y llenas en el discurso” (Rodríguez, et. al, 44) lo que indica que estas pausas funcionan como estrategia para que el hablante intente organizar su cadena de pensamientos.

¿Quién y para qué lo creó? Con el fin de realizar un análisis de la patología del paciente, presumiblemente, se cree que el neuropsicólogo Miguel Ángel Villa realiza el diagnóstico de la afasia para iniciar con el programa de rehabilitación neuropsicológica para incidir en la recuperación desde las fases iniciales del paciente.

¿Cómo es el lenguaje que constituye el discurso? en términos generales el discurso se presenta desorganizado, no atiende a las ideas principales y se desvía por ideas secundarias o de detalle.

¿Qué forma, si no es la esperada, adquiere el discurso a partir de las limitaciones del lenguaje? El discurso se forma a partir de la intención o propósito (expectativas del receptor), pero el discurso da forma a las posibles intenciones.

En pragmática un estímulo puede desencadenar distintos tipos de respuesta, y, según los casos, puede ocurrir que todas ellas sean correctas. Esta pluralidad de respuestas

posibles se adecua a unas reglas de encadenamiento de los turnos conversacionales que, a la vez, permiten la planificación previa y la predictibilidad de las emisiones. [...] Después de cierta petición, el hablante puede construir su respuesta de mil formas distintas que, en términos no patológicos, construirá una respuesta negativa (Gallardo, 31).

En efecto, el estímulo de la petición desencadena la forma del discurso y las respuestas que el afásico produce. Si bien “se ha comprobado que los sujetos con lesión en el hemisferio derecho (LHD) preservan el esquema del discurso, produciendo narraciones bien estructuradas a pesar de una reducción selectiva del material” (Labos et. al, 97). Así, en términos patológicos, el paciente construye una respuesta negativa en tanto que de esta narración se espera que el paciente realice una narración de un mercado atendiendo al guión (en orden) que el entrevistador le da en un principio por lo que, de este modo, el discurso da forma a las posibles intenciones, de tal manera que hace un intento por narrar siguiendo el guión, pero como el niño con TEL, mencionado apenas hace unas líneas, no responde adecuadamente a las preguntas de la petición y solo se basa en ciertas palabras comprendidas, pero sin tomar en cuenta el mensaje en su conjunto.

Entonces, a partir de la pregunta anterior, ¿cómo debe interpretarse este discurso? Dicho discurso debe interpretarse, entonces, como un intento de narración lo más cercana a las expectativas pues, aunque no responde a estas, con todo y sus limitaciones, pueden interpretarse las intenciones discursivas del emisor, que son las de responder a lo que se le ha pedido y aportar datos personales relevantes en su discurso.

¿Para qué obtener datos? Los datos obtenidos en el análisis serán un aporte al análisis del discurso en pacientes afásicos, como una forma de responder a la pregunta de qué se esperaría de la afasia, según los datos bibliográficos, y que datos reales se encontraron; así como presentar la relación entre discursividad y

patología, y comprender el discurso en apariencia irrelevante.

La competencia gramatical del hablante en esta etapa es aun buena (aunque con sus variaciones), pero su competencia comunicativa (pragmática) en contexto no es apropiada, puesto que no responde a lo que se le pregunta ni comprende el mensaje en su conjunto. Los resultados del análisis discursivo arrojaron datos sobre la relevancia que el emisor intentaba ofrecer al receptor con su discurso.

Para complementar el análisis pragmático se tomó como modelo de base el Análisis pragmático propuesto por Grice, que propone el cumplimiento de reglas implícitas en un intercambio verbal que requiere de habilidades pragmáticas y discursivas que permiten la transmisión de información de un locutor a otro bajo la forma narrativa, de conversación o procedimientos (instrucciones), así como tener en cuenta el contexto y la intención del interlocutor.

En “Lo dicho y lo implicado: el modelo de Grice” (1995), de Graciela Reyes, se define el principio de cooperación como un acuerdo previo de colaboración entre hablantes que regula (guía) la conversación y permite interpretar información añadida por medio de un principio común que permite a todos llegar a las mismas implicaturas; y se presenta del siguiente modo:

Principio de cooperación:

- **Máxima de cantidad:** sólo la información necesaria, no más
- **Máxima de calidad:** sólo afirmar lo que sea verdadero
- **Máxima de relación:** decir lo que sea pertinente, relevante

- **Máxima de manera:** ser claro, breve y conciso

Estas máximas pueden oponerse entre sí.

Debido a la transgresión de la mayoría de las máximas conversacionales, la lesión en el hemisferio derecho del paciente apunta una incidencia pragmática que evidentemente afecta la coherencia de la narración. Tomando en cuenta sus limitaciones fisiológicas, como era de esperarse, no obedece todas las máximas. Viola la máxima de cantidad en tanto que hay una tendencia por la descripción larga; viola la máxima de calidad al afirmar que “el mercado es un símbolo”; viola la máxima de manera al no ser claro, breve ni conciso. Aunque hay una ambivalencia entre lo que podría y no ser relevante (máxima de relación).

Siguiendo a Grice:

Lo que se dice es el *contenido proposicional del enunciado* qué venden en los mercados (13%) y tipos de mercados (7%).

Lo que se comunica es el contenido implícito, a partir del cual se da paso a la *Implicatura*, en este caso dirigida al receptor, y es todo lo dicho diferente del contenido proposicional:

- “Soy medio rollero...” +> hablaré mucho.
- “tengo problemas de que se me traba la quijada... h A veces yo siento dar vergüenza” +> no puedo narrar bien.

El discurso en apariencia es irrelevante, pero el receptor debe saber que la comunicación es ostensiva y esto depende, en parte, de la capacidad inferencial del interlocutor (y en este caso de nosotros como receptores). Aunque no responde a lo que se pregunta, y no es en apariencia relevante, sí proporciona información relevante en tanto ofrece información no conocida y produce

efectos contextuales. Sin embargo, el estímulo no es abordado de la mejor manera, por lo que el mensaje no resulta efectivo.

Conclusiones

El lenguaje fluente (lesión posterior), según Laura López Piñero en La afasia: caracterización lingüística y tipológica, se caracteriza por tener un flujo del habla que se considera normal y, a veces, desmesurado, donde es hay un exceso de la expresión verbal, aunque la prosodia y la longitud de las fases empleadas se consideran acertadas y apropiadas, por lo que estos rasgos se encuentran dentro de un nivel normal (16). Si bien, aunque nuestro paciente presenta características de este tipo de afasia fluente, como son el exceso de expresión verbal y un flujo del habla más o menos normal, también presenta características del lenguaje no fluente, caracterizadas por lesiones anteriores, tales como el agramatismo, en cuyo rasgo cualitativo “el habla proposicional se encuentra afectada al verse formada básicamente por palabras de contenido, como pueden ser los nombres y verbos principales, e insuficientes palabras de función” (López, 10), lo cual bien se presenta en la tabla de contenido proposicional hace unas líneas arriba.

De estas mismas características del lenguaje no fluente, el paciente presenta alteraciones de la prosodia (en especial de la entonación), ritmo del habla y repetición afectada (del tipo ecolálico), aunque moderada, de estructuras gramaticales distintivos de un problema de articulación propios del lenguaje no fluente (afasia de Broca). Esta acción de la repetición cabe señalar que no puede ser localizada en una sola región cerebral porque se relaciona con otros cuadros afásicos, por eso sería un error afirmar que el paciente tiene una u otra afasia en función de este aspecto. Lo que sí podemos concluir gracias al análisis, es que nuestro paciente presenta ligeros defectos de producción y además de comprensión (Afasia de Broca y Afasia de Wernicke) del lenguaje oral, pues como proceso psicológico, ambas habilidades pragmáticas se encuentran alteradas, a decir que el contenido literal del mensaje no coincide con

la intención comunicativa, ya que el interlocutor ofrece al paciente actos de habla directos explicitados por la forma lingüística en sí (explicaturas): una orden, petición que pretende que el destinatario lleve a cabo; sin utilizar actos indirectos que pudiesen dificultar la comprensión del hablante. Sin embargo, la interpretación del paciente es totalmente literal, acompañada por una dificultad para integrar estructuras narrativas.

Aunque si bien puede notarse una inclinación más hacia la afasia de Wernicke (defecto en la comprensión) aun más que de producción, debido a que de la primera depende la segunda, todo se debe a que en:

los procesos que se llevan a cabo en el HD tienen un papel decisivo en la coherencia discursiva y la capacidad de integrar unidades complejas de información lingüística. Los pacientes con lesiones derechas presentan dificultades en integrar los componentes de un esquema narrativo y de apreciar las distintas formas narrativas [...] los pacientes con daño en HD presentan déficit en la producción y comprensión del discurso, específicamente en el nivel de procesamiento del texto. El procesamiento esencialmente lógico, intencional y semántico que predomina en las funciones del HI, se complementaría con el procesamiento de información, que, sobre un modelo previo de internalización del mundo, procesaría el HD (Labos et. al, 97).

Podemos concluir de este modo, que el paciente presenta alteración de unas funciones y la conservación de otras (como la memoria a corto plazo gracias a la cual puede repetir). Los datos muestran que la alteración también se debe a las dificultades articulatorias, y debido a las complicaciones en la quijada, a la imposibilidad de encontrar el punto y modo correspondientes. Los resultados muestran alteraciones intelectuales que se caracterizan por la imposibilidad de realizar tareas en plano

verbal (textos) y previsiblemente, también en el plano de las imágenes (cuadros temáticos), puesto que el paciente solo señala detalles aislados de información sin tomar todos los elementos en conjunto.

La alteración se detectó en más de un componente (léxico-semántico, discursivo, prosódico y pragmático), pues presenta dificultades para realizar tareas de comprensión y producción lingüística (dimensión pragmática: interacción comunicativa (entrevista)) y procesamiento discursivo (narración de un mercado); procesamiento léxico-semántico (evocación léxica de sustantivos); procesamiento gramatical y dimensión prosódica (con cambios de entonación)).

La relación interhemisférica puede entonces observarse a partir de la asimetría cerebral de las lesiones y sus alteraciones. Como bien se observa, los lesionados derechos como nuestro paciente tienen serias dificultades para establecer la relación lenguaje-contexto, pues como se ha dicho con anterioridad “uno de los rasgos característicos de los pacientes con lesiones en el hemisferio derecho es la alteración de los aspectos pragmáticos de la comunicación” (Abusamra, 307), siendo la afasia una ventana a la organización funcional del cerebro que en este caso presenta problemas relacionados con la organización narrativa.

Bibliografía

- Abusamra, Valeria (2008). “Alteraciones pragmáticas en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho”. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Barroso, José y Antonieta Nieto. “Asimetría cerebral: Hemisferio derecho y lenguaje”. Psicología conductual. Universidad de la Laguna: España, 1996. Vol. 4, nº 3, pp 285-305.
- Bryan, Karen. The right Hemisphere Battery, Whurr Publ, London, 1994.
- Diéguez-Vide, Faustino y Jordi Peña-Casanova. Cerebro y lenguaje: sintomatología neurolingüística. Médica Panamericana: Buenos Aires, 2011.
- Escandell Vidal, M. Victoria. Introducción a la pragmática. Ariel: Barcelona, 1999.
- Gallardo Paúls, Beatriz y Verónica Moreno Campos. “Pragmática enunciativa en lesionados de hemisferio derecho: estudio contrastivo respecto a hablantes afásicos”. Revista de Investigación lingüística. Universidad de Murcia, 2011, nº 14, pp. 23-34.
- Gallardo Paúls, Beatriz. “Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje” en Hernández Sacristán, C. y Serra Alegre, E. (Coords.): Estudios de lingüística clínica, Valencia: Nau Llibres, 2002, pp. 129-174.
- Joannette, Yvez; Ansaldo, Ana et. al. “Impacto de las lesiones del hemisferio derecho sobre las habilidades lingüísticas: perspectivas teórica y clínica”. Revista de neurología, 2008, Vol. 46, nº 8, pp. 481-488.

- Labos, Edith; Zabala, Karina; Atlasovich, Carolina; Pavón, Hernán y Jorge Ferreiro. "Evaluación de funciones lingüísticas y comunicativas en pacientes con lesión de hemisferio derecho". Revista Neurológica Argentina. n° 28, 2003, pp. 96-103.
- Leiva Madueño, Isabel y Julia Vázquez de Sebastián. Manual práctico de patología del lenguaje. Evaluación e intervención en adultos y niños. Editorial UOC: Barcelona, 2017.
- López Piñero, Laura. La afasia: caracterización lingüística y tipológica. Universidad de Cádiz, 2015.
- Love, R. J. y Webb, W. G. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Trad. de J. M. Rodríguez Santos. Editorial Médico Panamericana; Madrid, 1998.
- Mendoza, Elvira. "Concepto y clasificaciones". Trastorno específico del lenguaje...
- Quintanar Rojas, Luis y Yulia Solovieva. "Análisis neuropsicológico de las alteraciones del lenguaje". Revista de psicología general y aplicada. Vol. 55, n° 1, 2002, pp, 67-87.
- Reyes, Graciela. "Lo dicho y lo implicado: el modelo de Grice". El abecé de la pragmática. Arco libros, 1995, pp, 38-52.
- Rodríguez, Jhennifer, Hernán Martínez y Beatriz Valles. "Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos". Revista de investigación en Logopedia, vol. 5, n° 1, 2015, pp. 40-59. Editorial Universidad de Castilla-La Mancha, España.
- Vega, M. y Cuetos F. Psicolingüística del español. Valladolid: Editorial Trotta, 1999.
- Vendrell, J. M. "Las afasias: semiología y tipos clínicos". Revista de Neurología. España, 2001, núm 32, vol. 10.
- Whitworth, Anne; Perkins, Lisa; y Lesser, Ruth. Conversational Analysis Profile for People with Aphasia, Whurr Publ; London, 1997.