



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**COLEGIO DE LETRAS HISPÁNICAS**

**“ ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LOS  
COMPONENTES DE LA LENGUA  
EN LA TERAPIA DEL LENGUAJE”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN LENGUA Y LITERATURAS**

**HISPÁNICAS**

**PRESENTA**

**MÓNICA NELLY TERÁN MÉNDEZ**

**ASESOR DE TESIS**

**ALEJANDRO JOSÉ DE LA MORA OCHOA**



**MEXICO, D.F.**

**2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mi hermana Paloma,*

*con todo mi amor*

## AGRADECIMIENTOS

A mi *alma mater*, la Universidad Nacional Autónoma de México, y a la Facultad de Filosofía y Letras, por convertirme en UNA Mejor profesionista, además de brindarme educación de calidad. ¡Goya, Goya..!

A mi maestro, asesor y amigo, Alejandro De la Mora, porque sin su guía y sus valiosos comentarios esta tesis no sería posible. ¡Gracias por ser esa luz en el túnel, colega!

A mis sinodales, Margarita Palacios, Gloria Báez, Erasto Antúnez y Javier Cuétara, por tomarse el tiempo para leer este trabajo y por sus observaciones.

A los lingüistas que me han transmitido su amor y pasión por el lenguaje, sin duda son mi ejemplo a seguir: Norohella Huerta, Axel Hernández, Jeanette Reynoso, Elizabeth Luna, Sergio Ibáñez, Gloria Báez, Margarita Palacios, Erasto Antúnez, Javier Cuétara, Ana María Maqueo y, por supuesto, Alejandro De la Mora.

A las terapeutas de lenguaje Alma Acuña y Miriam Osorio, por abrirme las puertas del consultorio TELyA. También agradezco a las terapeutas Viri, Tony y Ludi. Vivir de cerca los diferentes problemas del lenguaje me mostró una perspectiva diferente de estudio. ¡Gracias por la confianza y el aprendizaje a su lado!

Al motor de mi vida, mi hermosa familia: Edith Méndez, por dejarme soñar, quererme y apoyarme en la realización de mis sueños; Adán Terán, por enseñarme a luchar por lo que quiero; Paloma, por guiar mi camino, seguirás en mi corazón siempre; Alondra, por tu apoyo incondicional; Adán, por protegerme a tu manera; Sofía, Monse y Luis, por iluminarme cada día con sus sonrisas; tía Rosy, tío Félix y tía Odi, por creer en mí. ¡Los amo!

A un tesoro invaluable que he encontrado en el camino, mis amigos: Ana Lidia, por estar conmigo en las buenas y las malas, hasta que la muerte nos separe; Rafael, por darme aliento siempre que lo necesito, además de la asistencia técnica; Yoli, por escucharme y apoyarme, a pesar de la distancia; Carmen, por estar al pendiente de mí; Judith, por las historias compartidas, tan cerca a lo lejos. ¡Los adoro, gracias chicos!

Al pilar que me sostiene, mi amor Rogelio, por llegar en el momento exacto a mi vida, cada segundo contigo ha sido una experiencia maravillosa, tú sabes lo que significas para mí. ¡Te quiero!

Y también a todos los amigos que se han preocupado por mí y por este trabajo: Diana, Francisco, Azeneth, Alejandrina, Olivia, Nancy, miss Lulú, David. ¡Gracias por su interés!

# ÍNDICE

<b>1 Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2 Visión panorámica de la terapia del lenguaje</b>	<b>7</b>
2.1 Sobre el concepto de terapia	7
2.2 Algunos modelos de tratamiento	16
2.3 Componentes básicos de la terapia	24
<b>3 Niveles fonológico y morfosintáctico</b>	<b>33</b>
3.1 Componente Fonológico	33
3.1.1 Fonema, rasgos distintivos, acento y entonación	33
3.1.2 Dificultades en la planeación y producción de los fonemas	36
3.1.3 Tratamiento de las dificultades fonético-fonológicas	39
3.1.3.1 Intervención desde el modelo lingüístico	39
3.1.3.2 Intervención desde el modelo cognitivo	44
3.2 Componente morfosintáctico	51
3.2.1 Morfema, palabra y otras estructuras lingüísticas	51
3.2.2 Agramatismo y otras alteraciones gramaticales	57
3.2.3 Tratamiento de las dificultades morfosintácticas	59
3.2.3.1 Intervención desde el modelo cognitivo	59
3.2.3.2 Intervención desde el modelo naturalista	62
3.2.3.3 Intervención desde el modelo lingüístico	64
<b>4 Niveles semántico y pragmático</b>	<b>67</b>
4.1 Componente semántico	67
4.1.1 Significado y su organización	67
4.1.2 Anomia, agnosia semántica y otros	72
4.1.3 Tratamiento de las dificultades semánticas	75
4.1.3.1 Intervención desde el modelo naturalista	75
4.1.3.2 Intervención desde el modelo cognitivo	77
4.1.3.3 Intervención desde el modelo lingüístico	79
4.2 Componente pragmático	82
4.2.1 Actos de habla y discurso	83
4.2.2 Dificultades pragmáticas	86

4.2.3 Tratamientos de las dificultades discursivas	90
4.2.3.1 Intervención desde el modelo naturalista	90
4.2.3.2 Intervención desde el modelo cognitivo	92
<b>5 Conclusiones</b>	<b>97</b>
<b>6 Bibliografía</b>	<b>101</b>

## Introducción

El lenguaje es una facultad única del ser humano que le permite no sólo estructurar el pensamiento y dar cuenta de la realidad, sino también comunicarse con sus pares e integrarse en la sociedad. Cuando por diversas causas este artefacto cultural no se desarrolla adecuadamente, o se altera tras haber sido adquirido, la vida de las personas se ve afectada en diferentes áreas (social, familiar, psicológica, educativa, laboral).

Desde disciplinas como la neurología, la psicología y la lingüística se han realizado contribuciones importantes en el análisis tanto del lenguaje, como de las diferentes patologías lingüísticas y su abordaje terapéutico. Sin embargo, aún no se han logrado explicar satisfactoriamente muchos de los enigmas que encierran su funcionamiento y alteraciones, lo cual repercute significativamente en el ámbito terapéutico.

En este contexto se inserta el presente trabajo, cuyo fin es dar cuenta de cómo se están abordando los problemas del lenguaje en la terapia creada para tal fin, y qué aspectos hace falta reforzar en la misma para lograr que el individuo sea capaz de tener una comunicación eficaz con los demás, y así desarrollarse adecuadamente en su vida. Además, se pretende examinar el papel que juega la lingüística en este ámbito, pues a mí parecer, desde nuestra disciplina no se ha puesto énfasis suficiente en las patologías de este tipo y su tratamiento. Una mayor investigación al respecto podría ayudar a mejorar aspectos que no han sido contemplados desde otras ciencias.

Para alcanzar los objetivos planteados, he partido de la división del trabajo en tres partes, que corresponden al número de capítulos que lo integran: “Visión panorámica de la terapia del lenguaje”, “Niveles fonético-fonológico y morfosintáctico” y “Niveles semántico y pragmático”. En el primero de ellos, como su nombre lo indica, se hace una revisión del propósito y los elementos que integran una terapia de este tipo, con el fin de proporcionar el contexto en el que se manejan las dificultades del lenguaje.

En el siguiente capítulo se analizan las dificultades o problemas que se presentan en los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico de la lengua, a partir de la comprensión de las unidades básicas de estos niveles (fonema, morfema, palabra). En el tercer capítulo se analiza el tratamiento de las



dificultades en los niveles semántico y pragmático, también con base en los conceptos de significado y actos de habla, respectivamente. Por último, los resultados obtenidos en cada capítulo se sintetizan en el apartado de conclusiones generales, el cual incluye, además, propuestas de investigación a futuro que se desprenden de esta tesis.

De acuerdo con los propósitos mencionados, uno de los hallazgos más destacados del análisis es la vigencia del estructuralismo en torno al significado y su organización en la terapia, lo que, consideramos, limita el trabajo terapéutico, pues los planteamientos estructuralistas no son suficientes para explicar, por ejemplo, aquellas palabras que no necesariamente tienen una representación visual. Asimismo, en el nivel pragmático encontramos que, a pesar de la existencia de programas dirigidos al tratamiento de la conversación afásica, éstos no contemplan las dificultades específicas de las personas con lesión en el hemisferio derecho, ya que no proponen estrategias para tratar problemas en aspectos como el tono plano o el doble sentido derivados de ese tipo de lesión.

## Visión panorámica de la terapia de lenguaje

Para adentrarse a la aplicación de la lingüística en la terapia del lenguaje, considero pertinente conocer el marco referencial, es decir, las características generales de una terapia de este tipo. Describir sus objetivos, qué aspectos trata, qué componentes la integran y qué metodología se emplea son los principales propósitos que se buscan en este primer capítulo, lo cual brindará un panorama de la terapia de lenguaje y el contexto en el que se maneja la lingüística.

El propósito no es ofrecer un análisis minucioso, porque el tratamiento puede variar de paciente en paciente, conforme a las diferentes variables que especifican la terapia. Más bien se pretende describir los componentes básicos que brinden una visión global de la manera de proceder en este tipo de terapia.

### 2.1 Sobre el concepto de *terapia de lenguaje*

Al tener un primer acercamiento en la vida cotidiana con el término *terapia*, éste parece relacionarse con el tratamiento de algún problema de índole psicológico; se concibe así generalmente por el auge de las denominadas “psicoterapias” en la actualidad; aunque en realidad existen diversos tipos de terapia: terapia de conducta, terapia familiar, terapia física, terapia ocupacional, terapia cognitiva, terapia de lenguaje, etcétera.

En un diccionario general como el de la Real Academia, se señala que *terapia* proviene de la palabra griega *θεραπεία* y significa ‘tratamiento’, no se menciona otra definición más concisa, pero nos remite a otra entrada léxica: *terapéutica*, también de origen griego (*θεραπευτικός*), que es definida como “parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades” (2001). En una fuente más especializada se considera que la terapia es el conjunto de medios para curar a un enfermo afectado por cierta patología, de la que, se pueden conocer o no sus causas (Ruíz *et al.*, 1998). Esto quiere decir que, en principio, dentro de cualquier terapia encontramos tres elementos en juego: la persona afectada, el tipo de patología que presenta y la serie de técnicas instauradas para su cura. De tal manera que esta noción se vuelve más específica según la afectación del paciente, la clase de

“enfermedad”<sup>1</sup> o “problema” a tratar, ya que puede ser de tipo físico (discapacidad de alguna parte del cuerpo), neurológico o psíquico, entre otros, y el conjunto de técnicas empleadas.

En el caso de la *terapia de lenguaje*, es importante señalar que no hay literatura abundante en torno al concepto como tal<sup>2</sup>, en contraste con la bibliografía existente sobre los métodos empleados, los problemas de lenguaje que trata y su práctica en casos clínicos específicos. Sin embargo, me parece que es necesario tener una idea básica de dicho término para entender su finalidad, su(s) forma(s) de operar y, más adelante, conocer la aplicación de la lingüística en ella. Por lo tanto, partiré de las definiciones que brindan los diccionarios especializados, así como en otras fuentes de investigación, para determinar cómo se entenderá y manejará dicho concepto en el presente trabajo.

A grandes rasgos, terapia (o terapéutica) de lenguaje es la “utilización de técnicas especiales para corregir anomalías del lenguaje” (Weller, 1997: 787). Aquí se especifica un objetivo, pero si se trata de técnicas puestas en marcha para “corregir” las anomalías presentadas, habría que conocer en qué sentido y con qué fin se realizaría esa “corrección”; además, sería útil cuestionarse si todo problema en el lenguaje puede considerarse una “anomalía” o qué se entiende por tal.

Desde otro punto de vista, se considera que este tipo de terapia está integrada por los siguientes aspectos:

Se funda en los datos del desarrollo lingüístico, de la anamnesis médica y psicológica y del diagnóstico médico y neuropsicológico (formación de hipótesis progresivas). Utiliza aparatos ópticos y acústicos (por ej., tablas, cinta sonora, metrónomo, reforzadores, retroacción lingüística retardada, representación óptica de señales acústicas, caudal de palabras por minuto)

---

<sup>1</sup> Al respecto cabría preguntarse qué se entiende por ‘enfermedad’; dentro del ámbito médico ésta se considera como una “alteración en el normal estado fisiológico de alguna parte del organismo o de su totalidad; de etiología no siempre conocida se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos característicos siendo su evolución más o menos previsible” (Joven *et al.*, 2006). Se resalta que una enfermedad tiene una base orgánica, se expresa mediante señales en el cuerpo, sus causas no se conocen en todos los casos y hasta cierto punto, puede predecirse su desarrollo. Comúnmente, este término se relaciona con una de las diversas denominaciones que se dan a los problemas lingüísticos: alteración del lenguaje, lo que supondría el hecho de aceptar que el lenguaje tiene una localización fisiológica específica.

<sup>2</sup> La falta de profundidad en un concepto tan relevante da cuenta de la complejidad del mismo y, en un principio, es un indicio de que existe una diversidad en cuanto a los enfoques metodológicos; si bien la terapia mantiene un esquema general, se vuelve más específica conforme a múltiples variables.

y métodos de pedagogía terapéutica, logopedia y psicología profunda, junto a las técnicas de >terapéutica de la conducta (Dorsch, 1994).

Si bien se señalan elementos en los que se basa este tipo de terapia, como los conocimientos del desarrollo lingüístico (adquisición del lenguaje, proceso normal de su desarrollo, estado psicológico de los pacientes, entre otros), la evaluación clínica, algunos instrumentos y métodos que se utilizan, e incluso, ciertas disciplinas que intervienen en el proceso, no se aclara el objetivo o razón de ser de la misma, lo cual es necesario conocer para comprender su naturaleza.

Otra definición que delimita de manera más clara el propósito central que se persigue en la terapia de lenguaje, es la que ofrece a continuación:

*Speech-language therapy is the treatment for most kids with speech and/or language disorders. A speech disorder refers to a problem with the actual production of sounds, whereas a language disorder refers to a difficulty understanding or putting words together to communicate ideas” (Nemours Foundation).*

Considero necesario analizar diversos puntos que toca este concepto: uno de ellos es que se mantiene la idea de terapia como “tratamiento” (lo que aparecía en su origen etimológico), referido a un conjunto de medios para curar una alteración. Igualmente, el término *disorder* resulta relevante, pues en su traslación al español puede emplearse como “desorden” y “trastorno”, los dos aplicables en el ámbito médico. Sin embargo, dentro de la terminología terapéutica no son las únicas formas utilizadas para referirse a algún problema del lenguaje; también se habla de alteraciones (Zorzi, 2002; Azcoaga *et al.*, 1990; Puyuelo *et al.*, 2002), problemas (Rhea, 2000), trastornos (Narbona y Chevie-Muller, 2001; Juárez y Monfort, 2001) y dificultades (Acosta y Moreno, 1999).

Un tercer aspecto que llama la atención es la diferencia realizada entre lenguaje y habla; el lenguaje podría ser la capacidad cognitiva de la comunicación, en tanto que el habla sería la capacidad fisiológica para ello. Esto recuerda a la dicotomía planteada por Saussure (1988) de *langue-parole*, donde ambos son aspectos esenciales del lenguaje<sup>3</sup>. Desde una

---

<sup>3</sup> Cabe recordar que Saussure consideraba que el lenguaje tenía dos aspectos: uno social (lengua) y otro individual (habla). Se refería a la lengua como un sistema homogéneo de signos para expresar una idea, y al habla como la serie de combinaciones y mecanismos psico-físicos para externar cierta idea (1988: 40-41).

perspectiva fonoaudiológica (terapéutica), se considera que el lenguaje engloba la capacidad pragmática (uso) y gramatical (contenido), mientras que el habla es su realización motora (Zorzi, 2002: 70), lo cual no quiere decir que esté fuera del lenguaje, más bien que es uno de los dominios que lo integran. Aun así, la distinción entre estos dos aspectos sirve como base para algunas clasificaciones de las patologías lingüísticas, puesto que las dificultades del lenguaje se pueden catalogar según el aspecto afectado, ya sea como un problema en el habla, por ejemplo, las dislalias, errores en los puntos de articulación, o en el lenguaje, como el caso de las afasias (Gallardo y Gallego, 1995)<sup>4</sup>.

Parecería que esta forma de diferenciar y clasificar los problemas lingüísticos, y por ende, tratarlos, sugiere que son aspectos aislados, es decir, que sólo podría ser afectado un componente, pero quizá no los dos al mismo tiempo o en diferente grado. Para evitar esto, dentro de otras instituciones especializadas se maneja que la *terapia de lenguaje* consiste en evaluar, diagnosticar y ayudar a personas con problemas de comunicación: *“Communication difficulties include problems with speech, with understanding and using language, fluency, voice and with the social uses of language”* (Faculty of Education). Esta definición tiene un carácter más global, pues alude al tratamiento de cualquier dificultad del lenguaje y habla que afecte la comunicación<sup>5</sup>. Resulta interesante que de las definiciones revisadas hasta el momento, en ninguna se haya mencionado este aspecto tan importante, pues es claro que el lenguaje es la base de la comunicación humana, mediante él es posible establecer un vínculo con los demás y, al ser afectado, se daña nuestra interacción con los otros, por ello se enfatiza su uso social.

En relación con esta cualidad de comunicación, Peña (1994) señala que el objetivo primordial de la terapia es “la mejoría de la capacidad comunicativa del paciente a través de la generalización de los esquemas aprendidos” (:15). Es decir, puede haber cierta falla en uno u varios aspectos (comprensión,

---

<sup>4</sup> Incluso se suelen añadir problemas relacionados sólo con la voz, como es el caso de las disfonías (Gallardo y Gallego, 1995), o cuando el individuo se somete a una operación donde se haya afectado esta parte. Para un ejemplo de esquema de clasificación, véase Cervera e Ygual (2006).

<sup>5</sup> Juárez y Monfort (2001) afirman que más que “terapia de lenguaje”, sería mejor hablar de “terapia de comunicación”, pues el propósito general se centra precisamente en el valor comunicativo del lenguaje.

expresión, léxico), pero lo que se busca con el tratamiento es que el individuo logre llegar a la adecuada funcionalidad de cada uno para integrarlo en el uso.

Por otra parte, al explicar el tratamiento del lenguaje, diversos autores lo señalan no propiamente con el término *terapia*, sino con otros nombres como “rehabilitación”, “reeducación” e “intervención” o, de manera más específica, como “terapia de la afasia” (Helm-Estabrooks y Albert, 1994) o “terapia académica del lenguaje” (*Academic Language Therapy Association*). Esto no significa que sean equivalentes; cada uno tiene características que varían de acuerdo con los objetivos planteados, el material de trabajo, el entorno donde se llevan a cabo, y sobre todo, la manera de abordar los problemas del lenguaje.

Un intento de clasificar y explicar la razón de esta diferenciación es el realizado por Marc Monfort (1988), quien sostiene que dentro de la “intervención logopédica” (término con el que engloba las distintas maneras de abordar el tratamiento) existen tres metodologías:

Una, pedagógica, más volcada hacia la enseñanza del lenguaje y del habla en niños que no pueden aprender normalmente (*la reeducación logopédica*), otra enfocada al restablecimiento de funciones lingüísticas deterioradas (*la rehabilitación logopédica*) y, por fin, una tercera que trata de corregir conductas o aprendizajes inadecuados o incompletos (*la terapia logopédica*). Para elegir un caso típico en la aplicación de estas metodologías podríamos citar, siguiendo el mismo orden, el niño sordo, el adulto afásico y el tartamudo (:19-20).

Como se observa, la naturaleza de los tres es distinta en cada caso, pues mientras en la “reeducación” la enseñanza es una herramienta para adquirir el lenguaje que aún no se tenía, en la “rehabilitación” se parte de que éste ya se había adquirido y por una razón se deterioró, por lo que es necesario volver a habilitar en lo posible dicha función; en cambio, la “terapia logopédica” se refiere a una manera de “estabilización”, en el sentido de que sí existe lenguaje, pero por alguna circunstancia psicológica o fisiológica, su expresión no es la adecuada.

Aunque estas delimitaciones no son absolutas, e incluso, pueden complementarse en un determinado caso (Juárez y Monfort, 2001), considero necesario ahondar un poco más en cada tipo de intervención, con el fin de identificar qué aspectos comparten en común, en cuáles difieren y, sobre todo, analizar si podrían tener cabida en el concepto de *terapia de lenguaje*.

En el caso del concepto de “rehabilitación”, Azcoaga *et al.* (1990) lo define, especialmente en niños, como el

... conjunto de actividades mediante las cuales se procura la adaptación o readaptación del niño discapacitado en todos sus aspectos. En términos concretos, significa brindar al niño discapacitado los servicios médicos, reeducativos, psicológicos y socioeconómicos que lleven a su integración a la sociedad en las mejores condiciones físicas, intelectuales, psicológicas y sociales. De este modo, la rehabilitación se fija diferentes objetivos de acuerdo con el periodo en que deba actuar (:193).

Aquí se expresa implícitamente cuál es el impacto de los problemas del lenguaje en la vida de las personas que los padecen; no sólo hay una repercusión a nivel funcional del mismo, sino que afecta otros ámbitos como el social, intelectual y psicológico<sup>6</sup>. Además, se menciona que los objetivos pueden variar y dependen tanto del tiempo, como del grado de afectación, aunque el propósito general es “el logro del máximo de capacidad lingüística en el individuo afectado con el objetivo de lograr su adecuada inserción en el medio social y, específicamente, en el medio escolar” (:194). La prioridad en este tipo de tratamiento es que el paciente se reintegre a su entorno de la mejor manera posible, y que alcance, tal vez no el funcionamiento “normal” del lenguaje, pero sí una mejoría significativa. Para ello, Azcoaga (1985) y Peña (1994) recomiendan que en el proceso de rehabilitación no sólo intervenga el terapeuta del lenguaje o logopeda, sino un equipo multidisciplinario que trate cada uno de los aspectos de la vida del paciente.

En la rehabilitación, es posible encontrar otros términos relacionados con problemas del lenguaje específicos como las afasias, ámbito donde existe una discusión teórica en torno a la conceptualización, clasificación y técnicas empleadas, pues se ha discutido que el conocimiento sobre la localización específica de la lesión no implica que se tenga el tratamiento adecuado y particular para el daño ejercido en cierta zona (Peña y Pérez, 1995: 114). Aun así, se han establecido algunos principios generales para la rehabilitación de la afasia:

El objetivo general del tratamiento de la afasia es conseguir mejorar, en el mayor grado posible, las capacidades comunicativas del paciente y posibilitar su óptima adaptación psicológica, emocional, familiar y social.

---

<sup>6</sup> Por ello, Azcoaga *et al.*(1990) califican como “discapacitado” al paciente con problemas de lenguaje, pues consideran que la(s) alteración(ones) de tipo anatómico o funcional que presente incide(n) de manera directa en sus actividades físicas, intelectuales, afectivo-emocionales, sociales, e incluso económicas (:187).

La rehabilitación va más allá del concepto de ejercitación o recuperación cognitiva, ya que el objetivo de la rehabilitación es alcanzar la mejor adaptación posible del paciente a la vida cotidiana. Se trata de rehabilitar personas, no de rehabilitar solamente capacidades particulares como el lenguaje. Los aspectos psicosociales no deben considerarse nunca como secundarios, ya que pueden ser centrales en un caso determinado (:113).

De igual manera, se busca la reintegración del paciente a su vida cotidiana e incluso, se hace un énfasis en la importancia de rehabilitar en diversos aspectos psicosociales<sup>7</sup>. Por lo tanto, no se puede afirmar que exista un programa general de tratamiento para todos los individuos, puesto que cada uno tiene características y necesidades particulares, de tal manera que un programa específico se diseña tomando en cuenta estos factores.

En cuanto a lo que se ha denominado “reeducación”, se trata de un término dirigido particularmente a las estimulación del lenguaje cuando no se puede aprender de manera normal, por ejemplo, en la parálisis cerebral infantil, el síndrome de Down o la sordera. Su objetivo principal, al igual que en la rehabilitación, es la integración de la persona afectada a la sociedad (Borel-Massony y Clement, 1975: 117). Otros autores consideran que la reeducación funciona sólo como un medio para alcanzar la rehabilitación, por lo que estaría integrado en ésta (Azcoaga *et al.*, 1990); no obstante, se emplea con mayor frecuencia en los casos señalados.

Por ejemplo, se ha mencionado que en la parálisis cerebral, la reeducación “se dedica, según la afectación del niño, a trastornos muy complejos, diversos y diferentes. Ello comporta técnicas extremadamente diversas y que no todas pueden aplicarse a la vez al mismo niño” (Busto, 1994: 37). Incluso si se trata del mismo padecimiento, sus efectos en el habla y lenguaje (también aquí se hace esta distinción) no son iguales en todos los casos, por lo que es necesario el uso de estrategias distintas<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Peña (1994) insiste en que se trata a pacientes con toda su “realidad biográfica, familiar, laboral y social” (:16), por lo que el concepto de rehabilitación es más amplio que el de terapia de lenguaje.

<sup>8</sup> Muestra de ello es el método Bobath, descrito por Busto (1994), el cual está organizado en tres niveles de tratamiento relacionados entre sí: “la reeducación de los trastornos de los órganos orofaciales, la reeducación de los trastornos motóricos del habla y la reeducación del vocablo y de la semántica” (:102). A diferencia de la rehabilitación, la característica principal de la reeducación es que parte de la enseñanza de los movimientos que sirven de base para producir el habla (masticación, deglución), y cuando ya se ha logrado esto, se enfoca en la articulación (habla), y por último en el contenido, el lenguaje. Esto no quiere decir que éste se pueda trabajar sólo hasta el final, pues durante el tratamiento la interacción de la persona afectada con el terapeuta, y sobre todo, la que tiene en su entorno familiar, brindan elementos del mismo.



Otro de los términos cercanos al de terapia es el de la *terapia académica del lenguaje*, cuyo objetivo es desarrollar un aspecto señalado como “lenguaje secundario” y la comunicación escrita mediante la lectura y escritura. Aunque no se especifica qué se entiende por “lenguaje secundario”, probablemente se base en que el “lenguaje primario” es el que se adquiere de forma natural en los primeros años de vida, en consecuencia, el “secundario” sería el que se aprende en el ámbito escolar, refiriéndose a la lengua escrita (de carácter “artificial”)<sup>9</sup>. Es posible deducir esto por los problemas particulares en los que se centra:

*Individual academic language therapy programs are designed to meet the needs of those who have been diagnosed with specific dyslexia, dysgraphia, developmental reading disorder, disorders of written language, and language learning disability as well as other related learning problems.*

*Academic language therapy offers a variety of specialized services including: phonology and decoding skills, handwriting, composition, reading fluency and comprehension, writing mechanics and spelling, learning strategies and study skills (Academic Language Therapy Association).*

Además se basa en los procesos que subyacen a la lectura y escritura, pero no en las repercusiones que tienen en un panorama global, sólo en las dificultades que se tratarán a nivel académico, porque en este ámbito comúnmente se detectan los problemas de lenguaje, principalmente en los niños. Tampoco se menciona la relación o el vínculo de alguna dificultad en el lenguaje escrito con la comunicación; en otras palabras, la mejoría en los aspectos de lectura y escritura no incluye el fortalecimiento de la capacidad comunicativa de la persona. Aunque en apariencia este término es cercano al de *terapia de lenguaje*, deja de lado el elemento comunicativo, por lo que no puede considerarse como tal en el presente trabajo.

Por otro lado, durante la revisión de las distintas formas en que se concibe la terapia de lenguaje, se advierte que, además del conjunto de las técnicas empleadas para tratar cualquier problema lingüístico pueden incluirse en algunos casos terapias complementarias de acuerdo con dificultades

---

<sup>9</sup> Por “artificial” me refiero a un sistema de convenciones y signos gráficos que han sido determinados por el hombre, pero que no son parte de la naturaleza de la lengua oral, es decir, que han sido institucionalizados a tal grado que su aprendizaje se ha vuelto un requerimiento obligatorio (véase Caplan, 1992).

específicas. Por ejemplo, la denominada “terapia miofuncional”<sup>10</sup> se aplica en alteraciones funcionales del habla como la dislalia y las fisuras labiopalatinas (Silva, 15/01/2008). En el caso de la tartamudez, al considerarse que alguna de sus causas puede ser de tipo psicológico, se emplea en algunos casos la psicoterapia (Le Huche, 2000: 183).

Después de explorar las diversas formas en que se concibe la terapia de lenguaje, quiero destacar algunos elementos de las definiciones revisadas que me parecen imprescindibles en ella y que, en consecuencia, formarán parte de lo que manejaré por este concepto. Por un lado, es importante la visión de esta terapia como la evaluación, el diagnóstico y tratamiento de personas con problemas de comunicación (*Faculty of Education*), pues no hace referencia al tratamiento de funciones dañadas de manera aislada (como alguna dificultad en la comprensión o sólo la articulación), sino al proceso global de comunicación, que es donde se ve la repercusión de los problemas específicos (aun si se clasifican como afectaciones del habla o del lenguaje), lo cual constituye el objetivo general de la terapia: lograr, en la medida de lo posible, la mejoría de la capacidad comunicativa del individuo (Peña, 1994; Puyuelo *et al.*, 2002) Además, los tres aspectos señalados forman parte (junto con otros más que se precisarán en 1.3) del procedimiento terapéutico general que se puede seguir: primero evaluar el estado de las funciones lingüísticas de la persona afectada, después de obtener estos datos, realizar un diagnóstico, que permitirá el planteamiento de objetivos particulares, los cuales marcarán la pauta para el diseño de un tratamiento individual.

Asimismo, cabe destacar un elemento señalado por Azcoaga *et al.* cuando se emplea el término de “rehabilitación”; la cuestión de que no se trata de rehabilitar funciones lingüísticas dañadas, sino de rehabilitar personas (1990: 113), en el sentido de que algún problema en el lenguaje puede tener repercusiones en los ámbitos afectivo, social y cognitivo. Si bien estos aspectos conforman la identidad de la persona afectada, como bien se señala, y se consideran un componente importante dentro del esquema de

---

<sup>10</sup> “La terapia miofuncional consiste en la utilización del conocimiento sobre el crecimiento facial y su interacción con tejidos blandos como lengua, labios y musculatura orofacial para lograr un equilibrio musculo-esquelético que de funcionalidad adecuada al habla” (Silva, 15/01/2008). Para ello, se considera que el habla es la conjugación de cuatro elementos del movimiento muscular: conciencia muscular, punto de articulación, fuerza y memoria muscular y producción (TELyA).

rehabilitación, en la *terapia de lenguaje* es posible promover el fortalecimiento de algunos de estos aspectos, como la familia, pues ésta tiene una influencia significativa en él y su colaboración en la terapia es imprescindible, pero no es la parte sustancial, es decir, no es el eje central de la misma.

En síntesis, después de la revisión de diferentes conceptos, en este trabajo se considerará que la *terapia de lenguaje* se refiere a la evaluación, el diagnóstico y tratamiento de las personas con problemas de lenguaje, y su objetivo central es que el paciente logre comunicarse lo mejor posible con los demás, es decir, parte de la visión del lenguaje como un sistema con un uso comunicativo.

## **2.2 Algunos modelos de tratamiento**

Dentro del tratamiento de los problemas del lenguaje, existe una diversidad de métodos y programas; aunque cada uno de ellos parezca ser muy específico, resulta muy amplio por las diferentes características interindividuales que se presentan (Cervera e Ygual, 2006: 426), así como por las particularidades de los problemas en el lenguaje<sup>11</sup>. No obstante, cada método o programa se basa en un determinado *modelo* de trabajo, que a su vez está sustentado en fundamentos teóricos de investigaciones sobre la adquisición o el procesamiento del lenguaje; por consiguiente, varía según la perspectiva adoptada al momento de indagar alrededor de estas cuestiones. Creo conveniente explicar los modelos propuestos y utilizados en este ámbito, puesto que es un aspecto esencial para los fines de este trabajo.

De manera general, un modelo de intervención en el lenguaje consiste en:

*A body of knowledge organized in ways that allow it to be applied to varying types and levels of problems in a given area is a model for the activities of that professional. Because the requirements for a model in language intervention are so demanding, the process for developing that model is a crucial one. [...]*

*An intervention model is the design for the application of a theory (or group of theories) about the behavioral domain in which the targeted problems exist (Bernstein y Tiegerman, 1989: 209).*

---

<sup>11</sup> De acuerdo con estos autores, la “especificidad del tratamiento logopédico” se determina por tres tipos de variables: “las intrínsecas al sujeto, las propias del trastorno del lenguaje y las condiciones sociales del sujeto y del marco de la intervención” (:427). Las variables del primer tipo comprenden las condiciones físicas y psicológicas de los individuos, la segunda todas las características del trastorno y sus repercusiones en el lenguaje, y la última el entorno donde se mueve la persona afectada, esto es, el tipo de contexto en que tiene lugar la terapia.

Conforme a esta explicación, se puede afirmar que un modelo es la base principal de la actividad terapéutica, pues a partir de él se diseñan actividades y estrategias necesarias en cada dificultad del lenguaje. Dado que en este primer capítulo se pretende mostrar un panorama general de la terapia de lenguaje, sólo señalaré algunos de los modelos que existen, dentro de los cuales se enmarcan diversos programas terapéuticos, porque, como señalan Gallardo y Gallego (1995: 138), no existe un modelo único de intervención aplicable en todos los casos.

Los autores citados describen cuatro de los modelos más recurrentes en la práctica logopédica: “conductual”, “cognitivo”, “clínico” y “lingüístico”. En el primero de ellos se concibe el lenguaje como conducta, por lo que se aplican los principios de la “Psicología del comportamiento” (:140)<sup>12</sup>. Un tratamiento que sigue este modelo conjuga una serie de elementos o pasos para el adecuado “entrenamiento”<sup>13</sup> del lenguaje:

- 1) *Identificación* de una conducta-meta (qué es lo que se quiere evaluar e intervenir).
- 2) *Evaluación*. Toma de decisiones: si posee la conducta meta se elige otra y si no, se pasa al entrenamiento.
- 3) *Requisitos de entrada* (condiciones previas). La obtención de la conducta meta y los objetivos con ella asociados son los requisitos de entrada para las fases posteriores del entrenamiento.
- 4) *Secuencia del entrenamiento*: supone cambiar al niño o a la niña de “donde está” a “donde se quiere que esté”.
- 5) *Sistema de distribución*: realización de “mini programas”. Determina las combinaciones estímulo-respuesta-esfuerzo, el registro y esquematización de los datos, el mantenimiento de las conductas metas y su generalización (:141).

Resultaría necesario reflexionar sobre algunos puntos al respecto: primero, cómo se concibe esta “conducta-meta” y cuál es su repercusión o alcance en el lenguaje; segundo, sería importante saber cuáles son los parámetros establecidos para evaluar la “conducta-meta” y el tipo de requisitos previos al llamado “entrenamiento”. En cuanto a éste también hay que precisar cómo se lleva a cabo y su eficacia en el tratamiento del lenguaje.

---

<sup>12</sup> Uno de los principios es la concepción del lenguaje como un proceso de estímulo-respuesta, planteado por Skinner, y criticado por Chomsky (1977) al observar que los experimentos de éste para demostrar tal principio tenían severas limitaciones, así como existían ambigüedades en los conceptos empleados (estímulo, respuesta, reforzamiento).

<sup>13</sup> Cabría preguntarse en qué consistiría específicamente que el lenguaje fuera entrenado, si como una serie de repeticiones mecánicas hasta alcanzar la automatización de la respuesta deseada, o a los diferentes estímulos ofrecidos para llegar a ella.

Por otra parte, el “modelo cognitivo” se basa en las aportaciones de la psicología cognitiva, por lo que “analiza los procesos implicados en la comprensión y la producción oral y escrita del lenguaje, ofreciéndonos factores psicolingüísticos a la hora de plantear la intervención: procesadores de las dimensiones del lenguaje, rutas de procesamiento, percepción, memoria a corto y a largo plazo, almacenamiento de datos, asociación, etc.” (:141). En otras palabras, se parte de la relación intrínseca lenguaje-pensamiento, por lo que desde este modelo se diseñan programas que integran ambas áreas. Se considera que el papel de procesos cognitivos, como la percepción y la memoria, es fundamental para el adecuado desempeño del lenguaje.

Del “modelo clínico” se explica muy poco; sólo se menciona que se basa en la sintomatología y la etiología de las alteraciones lingüísticas, para establecer terapias de carácter psicoanalítico, con el fin de “corregir” las deficiencias en las relaciones de la persona afectada con su familia, donde podría estar el origen de las alteraciones (:141). Para ello, se apoya en los estudios sobre el carácter anatómico y psicológico del lenguaje, y considera el psicoanálisis como el tratamiento idóneo. Además, se afirma que este modelo sirve de base para los demás.

En el “modelo lingüístico”, un problema en el lenguaje es una afectación independiente, por lo que tanto su evaluación como su tratamiento deben llevarse a cabo dentro de un marco meramente lingüístico. Esta postura se fundamenta con las siguientes premisas:

- 1º) El conocimiento que poseemos sobre el funcionamiento cognitivo es mucho menos seguro que el de la estructura y uso lingüístico.
- 2º) Aunque en las primeras edades puede ser difícil la disociación de las deficiencias lingüísticas de las no lingüísticas, según el niño/a crece, la distinción cada vez está más clara. Y ponen como ejemplos [Crystal, Fletcher y Garman, 1984] las reglas de concordancia, de localización, el orden de las palabras (inversión en las interrogaciones) que poco tienen que ver con lo cognitivo (:139).

Es posible observar que en este modelo se entiende el lenguaje como un proceso esquemático independiente de otros procesos cognitivos y, de cierta forma, más fácil de conceptualizar, pues, como se señala en el primer argumento, hay un conocimiento más sólido sobre él. Esta concepción al parecer se mantiene dentro de la visión generativista, en la que se considera la mente como un sistema modular, donde “el conocimiento lingüístico parece

desarrollarse a su propio ritmo y no en conjunción con otros sistemas de conocimiento y, lo que es más, parece implicar principios que no tienen contrapartida en otros sistemas” (Carston, 1992: 60). El desarrollo de diferentes estructuras lingüísticas guarda, dentro de esta perspectiva, una autonomía con respecto a otras formas de procesamiento mental, por ello una terapia de lenguaje basada en este modelo se centra en que se modifiquen tales estructuras.

Otros modelos establecidos en el ambiente logopédico, aunque enfocados a contextos escolares, son el “modelo de intervención naturalista” y el “modelo colaborativo”. De acuerdo con Acosta y Moreno (1990), el primero prioriza las situaciones donde se cuenta con la participación de las personas que conviven con la persona afectada, con el fin de “lograr la comunicación entre todos los interlocutores que actúan en una situación de interacción lingüística y comunicativa, hecho que beneficiará a otros aspectos más formales del lenguaje” (:30), esto significa que se centra en los actos de habla, en el uso “natural” del lenguaje, para mejorar la comunicación de los individuos con problemas de lenguaje. Los diferentes tipos de intervención naturalista se diferencian entre sí por los elementos en los que se enfocan; así, uno exalta la formación adecuada de los participantes de la comunicación, otro se centra en los diferentes ámbitos donde se usa el lenguaje, en tanto que un tercero busca trasladar las situaciones naturales de interacción a un ámbito más clínico (:31).

De cierta manera, este modelo se enfoca en aspectos pragmáticos como los que enfatiza Bruner (2007) acerca de la adquisición del lenguaje, pues recordemos que, en principio, este autor destaca su uso social, mediante el cual “los seres humanos crean, constituyen o estipulan un mundo (social) que pueden compartir” (:187). Los diferentes elementos que incluyen los actos de habla (intenciones, mensajes, contextos) proporcionan las bases no sólo para la interacción social, sino para la creación de la realidad por medio del lenguaje (:194).

En cuanto al “modelo colaborativo”, denominado así porque se caracteriza por el trabajo conjunto de los maestros y los logopedas o terapeutas del lenguaje, con el fin de lograr el éxito escolar<sup>14</sup>. Por lo tanto, se

---

<sup>14</sup> Se trata de un modelo centrado sobre todo en los problemas del lenguaje que afectan el rendimiento escolar de los niños.

busca que la intervención se lleve a cabo en los centros educativos que dotan de “contextos de interacción naturales” fundamentales para que el niño generalice sus aprendizajes (Acosta y Moreno, 1999:33-35). Esta postura además subraya la importancia del *input* lingüístico, lo que se conoce como el tipo de lenguaje emitido que se dirige a los niños, el *output*, las demandas cognitivas, socioemocionales y el estilo de facilitación (:39). Para ello, las diferentes estrategias utilizadas en dicho modelo consisten tanto en la adaptabilidad del lenguaje adulto dentro de la interacción con el niño, pues “condiciona el lenguaje de los niños, de tal manera que el profesional ha de estar atento a cómo formula sus peticiones, mandatos o preguntas, con la intención de no ir mucho más allá de las posibilidades reales del individuo” (:40), como en la adecuación cognitiva de las actividades a realizar, en el aspecto de la motivación, y en sistemas de facilitación directos e indirectos del lenguaje.

De los diferentes modelos descritos, el “modelo lingüístico” (Juárez y Monfort, 2001), así como el “modelo cognitivo” (Cuetos, 1998; Helm-Estabrooks y Albert, 2005) son en los que se suelen basar los programas terapéuticos; así lo refleja la literatura que existe sobre la intervención del lenguaje. Del primer modelo mencionado se han propuesto varios enfoques para tratar los problemas del lenguaje. Algunos autores, cuando la terapia se dirige a los niños, se apoyan en el “enfoque clínico directo” y en el “enfoques centrados en el niño” (Puyuelo *et al.*, 2002; Rhea, 2000).

En el “enfoque clínico directo”, el terapeuta (o logopeda) “busca potenciar los estímulos lingüísticos relevantes y reducir o eliminar los estímulos irrelevantes” (Puyuelo *et al.*, 2002: 12), para tal propósito se implementan ejercicios muy sistemáticos y alejados del contexto natural del uso del lenguaje. Por ejemplo, en algunos de ellos se busca lograr en el paciente determinada respuesta, por medio de una serie de estímulos y, una vez que se ha entrenado la respuesta correcta, elidir la ayuda para que llegue a hacerlo solo (“formato de instrucción”). Otra clase de ejercicio es la “imitación provocada”, mediante el cual se pretende que el niño imite determinadas estructuras lingüísticas empleadas por el terapeuta, ya sea mediante la observación o por turnos de observación. Se ha señalado que este tipo de actividades funcionan con eficacia cuando se enseñan nuevas formas de la lengua que el individuo no es

capaz de producir de manera natural (Rhea, 2000: 68); sin embargo, la desventaja que conlleva es que, al tratarse de ejercicios “artificiales”, es difícil generalizarlos y emplear las formas aprendidas en un contexto comunicativo natural. Aun así, esto no demerita la efectividad que puede llegar a tener este enfoque en el tratamiento de ciertas dificultades en el lenguaje.

Cuando los pacientes no responden a los estímulos dados por el terapeuta, es posible implementar las actividades desde los “enfoques centrados en el niño”, en los que se estimula indirectamente el lenguaje, y se da prioridad a los aspectos pragmáticos (Puyuelo *et al.*, 2002: 14). Estos enfoques se subdividen en varias vertientes metodológicas, las más conocidas son la “estimulación indirecta” o “facilitación por medio del juego” y “enseñanza en el entorno natural”. En la primera de ellas se busca la obtención de respuestas por medio del juego, ya que éste proporciona diversas situaciones a las que el paciente se tiene que enfrentar y en las cuales tendrá que emplear el lenguaje. Alrededor de un juego, el terapeuta puede describir sus acciones y modelar con ellas el lenguaje del niño (“habla paralela”); asimismo, realiza en este escenario “ampliaciones” de los enunciados que el sujeto realice, además de que busca “imitaciones” del habla adulta y “extensiones” (adición de información semántica a la que proporciona el paciente), entre otras estrategias. En el caso de la “enseñanza en el entorno natural”<sup>15</sup>, intenta crear un ambiente natural a partir del juego; las producciones realizadas por el paciente se aprovechan para suministrarle material lingüístico y así, promover la producción de enunciados de manera espontánea (:15).

La estimulación del lenguaje por medio del juego favorece su producción, y de cierta manera, su uso es significativo para el paciente, ya que, como bien señalan Cervera e Ygual (2006) al referirse a un enfoque comunicativo de intervención (semejante a los enfoques antes mencionados) en las dificultades pragmáticas y, de manera general, en las dificultades del lenguaje:

Sólo los adultos hablan por hablar. Los niños lo hacen cuando tienen algo que decir [...]  
Los niños hablan cuando tiene algo que decir, y entonces, es difícil hacerlos callar. Ese (sic) es la primera tarea de un logopeda cuando

---

<sup>15</sup> Sus bases se asemejan a las del “modelo de intervención naturalista” señalado por Acosta y Moreno (1999).



trabaja desde el enfoque comunicativo: poner al paciente en disposición de <<querer decir>>. Crear situaciones para que el niño, o adulto, sientan la necesidad de contar, explicar, preguntar, discutir, demandar o argumentar [...]

En las situaciones de juego comunicativo no fingimos, creamos realidad. Creamos una necesidad sincera de comunicarse en una situación real (:439).

De esta forma, es posible trabajar aspectos pragmáticos que con el “enfoque clínico directo” no se podrían lograr; no obstante, tiene cierta desventaja de empleo en algunas patologías del lenguaje. Por ejemplo, resulta un poco difícil aplicarlo en pacientes autistas, pues tienen dificultades para participar en una interacción social, lo cual les impide lograr un intercambio comunicativo debido a la falta de “atención conjunta” y de interpretación del pensamiento del otro (Alessandri *et al.*, 2005; Artigas, 1999).

Los dos enfoques señalados se asemejan a otra forma de clasificación metodológica dentro del modelo de intervención lingüística: “enfoque formal” y “enfoque funcional” (Juárez y Monfort, 2001: 61), respectivamente. La principal diferencia entre ambos radica en la situación de aprendizaje y el papel tanto del paciente como del terapeuta en ella (:62). En los métodos que se apegan al “enfoque formal” se establecen las estructuras lingüísticas, las actividades son dirigidas y las estrategias empleadas se encaminan hacia el establecimiento o la modificación de estas estructuras. Los objetivos centrales son que el paciente asimile determinados contenidos o estructuras, modifique aquellos que produce de forma incompleta o errónea, e incorpore las nuevas expresiones a su lenguaje para generalizarlas en un contexto comunicativo (Gallardo y Gallego, 1995; Juárez y Monfort, 2001).

Hasta cierto grado, este procedimiento parece seguir los planteamientos de la gramática universal, en los cuales se presupone que los niños no sólo tienen una facultad del lenguaje para activar estas estructuras internas, sino que las estrategias utilizadas se diseñan, teniendo como parámetro el lenguaje adulto, estado al cual se debe llegar por medio de diversos mecanismos, si se toma en cuenta el planteamiento de una “continuidad estructural entre la gramática infantil y la adulta” (Radford, 2000). Además, se ha propuesto en este enfoque una serie de etapas o procesos para lograr el aprendizaje de una estructura lingüística: “discriminación, comprensión, imitación, expresión controlada y generalización al lenguaje espontáneo; para este último aspecto

se suele pedir la ayuda de la familia e incluso se le encarga su responsabilidad” (Juárez y Monfort, 2001: 62).

En contraste, el “enfoque funcional” no es tan sistemático como el formal, más bien pone énfasis en la preparación de las sesiones (selección de material, organización de situaciones comunicativas que hagan surgir interacciones reales, pero controladas), con el fin de que salgan a flote diferentes funciones lingüísticas, es decir, el uso comunicativo dará la pauta para el tratamiento de los diferentes problemas (Gallardo y Gallego, 1995: 140). En la interacción, el paciente intenta solucionar problemas comunicativos planteados por el terapeuta, quien ajusta sus respuestas a los intentos del sujeto y toma nota de las estructuras empleadas espontáneamente por él para programar otras actividades cuya finalidad consiste en hacer más eficaz la interacción comunicativa (Juárez y Monfort, 2001).

Ambos enfoques presentan limitaciones importantes: el “enfoque formal” resulta más artificial y forzado, ya que se llevan a cabo actividades cerradas en las que se repite o imita una estructura lingüística determinada, además es difícil su generalización en una situación comunicativa cotidiana; por su parte, el “enfoque funcional”, aunque es más dinámico y “natural” conlleva problemas al momento de evaluar avances, pues no sigue un proceso tan esquemático como el formal. Por tales razones, se ha optado por combinarlos en el tratamiento de los diferentes problemas de lenguaje que pueda tener el paciente: “ciertos contenidos seleccionados a través de actividades funcionales requieren a continuación un tratamiento formal para el perfeccionamiento de algunos aspectos específicos” (:63). Es posible complementarlos y así lograr avances más generales en la persona afectada que si se implementaran de manera aislada.

Como se ha visto, en la intervención del lenguaje hay diversos modelos que sirven de base para el diseño de métodos o programas específicos. De los modelos señalados, quizá en la terapia de lenguaje se parte principalmente de los modelos “cognitivo” y “lingüístico”. El primero porque se enfoca en los procesos cognitivos subyacentes a la comprensión y producción lingüísticas, lo cual brinda pautas para establecer estrategias terapéuticas. Esto significa que se concibe el lenguaje en relación con otros procesos mentales, y no como un módulo independiente de ellos (Carston, 1992). Por ejemplo, el “enfoque

centrado en el proceso” empleado en personas afásicas, se basa, como su nombre lo indica, en el análisis de las estrategias del paciente y conductas compensatorias, sus puntos débiles y fuertes para diseñar programas de tratamiento adecuados (Helm-Estabrooks y Albert, 1994: 127).

Asimismo, se toma en cuenta el “modelo lingüístico” porque se delimitan aspectos del lenguaje que, en cierta medida pueden ser “aislados”<sup>16</sup> para su tratamiento. Dentro de este modelo, se combinan en la práctica los enfoques formal y funcional, debido a la necesidad de establecer o modificar estructuras lingüísticas en el paciente que él no utilizaría de forma espontánea, la necesidad de reforzarlas con ejercicios sistemáticos (“enfoque formal”) y trasladarlas a un contexto comunicativo, además de estimular el uso del lenguaje en diversas situaciones (“enfoque formal”). Todo esto con el propósito central de que el individuo pueda llegar a subsanar sus diversas dificultades lingüísticas y las integre en un uso comunicativo con eficacia.

### **2.3 Componentes de la terapia**

Como se ha advertido en el apartado 1.1, la *terapia de lenguaje* tiene como objetivo general tratar las diversas dificultades en el lenguaje, con la finalidad de que el individuo afectado pueda mejorar su uso comunicativo. Para alcanzar este propósito, la terapia se suele configurar por una serie de elementos que sirven de base en el diseño de un programa individual, además de tomar en cuenta las variables que especifican este tipo de intervención (Cervera e Ygual, 2006; Gallardo y Gallego, 1995).

De esta manera, se ha planteado la existencia de tres componentes en dicho proceso: las metas u objetivos específicos, el modelo o enfoque desde el cual se realizarán las actividades y el ambiente o entorno en el que se llevará a cabo el tratamiento (Puyuelo *et al.*, 2002; Bernstein y Tiegerman, 1989). En cuanto al primer aspecto, si bien se busca que el niño o adulto logren desarrollar el lenguaje en uso, las necesidades individuales de cada uno determinan la implementación de distintos objetivos a corto y largo plazo, según el grado de afectación. Aunque, para precisar los objetivos en cualquier

---

<sup>16</sup> Con “aislados” no pretendemos afirmar que el lenguaje sea un módulo independiente de otros, sino que, para fines de un tratamiento las actividades se realizan alrededor de un aspecto específico; por ejemplo, los ejercicios de integración fonémica en las dificultades a nivel fonológico.

caso, Bernstein y Tiegerman (1989) señalan que se deben tener presentes tres dimensiones del lenguaje:

1. *Content*– it must transmit a speaker's propositions and meanings
2. *Function*– it is used to attain certain effects on people in the environment
3. *Form*– only certain types of arrangements of communicative behavior or language structures will adequately carry the content and attain the goals of a language acts (:212).

Esta forma de abordar los objetivos es holística, parece que no sólo se concibe el lenguaje como un sistema configurado por estructuras lingüísticas, sino como un conjunto de dominios que, al relacionarse entre sí, permiten la comunicación y la interacción social. Se encuentran implícitos en dicha organización los niveles semántico (contenido), morfosintáctico (forma) y pragmático (función), que han sido esbozados en la lingüística<sup>17</sup>.

Por otra parte, los objetivos de la terapia consideran las clasificaciones sintomatológicas que describen las dificultades específicas de los pacientes. Por ejemplo, cuando los niños tienen problemas en la articulación de determinados fonemas, se incluyen en las *dislalias*, cuando presentan problemas de fluidez, en la *disfemia*, o si tienen un desfase, su padecimiento se denomina como “retraso en el desarrollo del lenguaje” (Gallardo y Gallego, 1995; Narbona y Chevrie-Muller, 2001; Azcoaga, 1990). En el caso de los adultos, se ha propuesto que si presentan una incapacidad general del lenguaje se trata de “afasia global”, cuando son dificultades relacionados con la expresión, aunque la comprensión no sea afectada, se determina como “afasia de Broca” o si no logran encontrar las palabras que refieren a objetos, se afirma que es una “anomia” (Obler y Gjerlow, 2001); no obstante, esta clasificación depende también de la zona de la lesión<sup>18</sup>.

Al parecer, una clasificación es útil porque sirve de guía en la práctica clínica y la investigación (Narbona y Chevrie-Muller, 2001: 189), pero responde más a necesidades médicas, ya que se requiere de un diagnóstico preciso

---

<sup>17</sup> Claro que los límites entre cada nivel son ambiguos; para fines de análisis se considera esta división formal, pero en realidad el lenguaje es una sobreposición de todos ellos.

<sup>18</sup> Existen en el ámbito terapéutico diversas clasificaciones que varían de acuerdo con factores como el tipo de lesión, problemas orgánicos, la fluidez, dificultad funcional, etc. Para la revisión de algunas de ellas véase Azcoaga *et al.*, 1990, Gallardo y Gallego, 1995; Narbona y Chevrie-Muller, 2001; Soprano, 2003; Obler y Gjerlow, 2001. Esta variedad de clasificación refleja lo abstracto del lenguaje, pues se trata de un sistema complejo, difícil de determinar, y más aún, de “localizar” con precisión en el cerebro. Como bien señala Garayzábal (2006), se puede entender el lenguaje de diferentes formas, como un sistema de comunicación, como lengua, e incluso como manifestación individual dependiendo de la perspectiva de estudio que se tome (:50).

(Puyuelo *et al.*, 2002). No obstante, en algunos casos las dificultades encontradas englobadas en un mismo padecimiento no se presentan con homogeneidad (Joanette *et al.*, 2008; Lesser, 1978). Por lo tanto, podría ser más práctico abordar el tratamiento desde un esquema integral del lenguaje que desde una perspectiva fragmentaria, pues si bien puede haber falla en determinados aspectos, no hay que olvidar que el objetivo general es lograr que el paciente se comunique eficazmente. Por ejemplo, puede presentarse el caso de un paciente que no tenga problemas en cuanto al manejo de estructuras sintácticas, integración fonológica, o de semántica, pero cuando interactúa con los demás no es capaz de adecuar su discurso conforme al contexto, no comprende elementos con doble sentido o se da cuenta de la intencionalidad del otro (Obler y Gjerlow, 2001; Joanette *et al.*, 2008). O viceversa, habrá quienes logren una interacción adecuada, pero si presentan dificultades en aspectos gramaticales, esto afectará su comunicación con los demás.

Una vez considerado el punto de partida para el planteamiento general de los objetivos en la terapia, su especificación dependerá de la exploración o evaluación del individuo (Bernstein y Tiegerman, 1989). Sin embargo, un factor que no se debe olvidar en este punto es la edad del paciente, pues “la forma de establecer la ‘normalidad lingüística es diferente” (Garayzábal, 2006: 41) en un niño y un adulto. En el caso del primero, se evalúa conforme al desarrollo del lenguaje, es decir, con base en las habilidades comunicativas y lingüísticas que la mayoría de los niños realiza a cierta edad. En contraste, el adulto ya era capaz de manejar un código lingüístico antes de sufrir una lesión que le impidiera el uso adecuado del lenguaje, por lo que la evaluación se centra en las funciones alteradas, relacionadas con el tipo de lesión cerebral que tuvo y los procesos que subyacen a las mismas (:42)<sup>19</sup>.

No obstante, tanto en adultos como en niños, la evaluación incluye: entrevista con el paciente y su familia, historia clínica, aplicación de pruebas estandarizadas para valorar el lenguaje, observación de la lengua en uso (habla espontánea) y análisis de los datos resultantes en relación con el

---

<sup>19</sup> Sobre la evaluación también hay diferentes formas de proceder; de manera general se utilizan las pruebas estandarizadas y los contextos naturales para obtener muestras de lenguaje (Puyuelo *et al.*, 2002). Véase Cuetos, 1998; Helm-Estabrooks y Albert, 1994; Soprano, 2003.

entorno donde se desarrolla el individuo (Puyuelo *et al.*, 2002; Cuetos, 1998). Además de la evaluación inicial que marca el punto de partida para el diseño de un programa individual de terapia, suelen realizarse otras evaluaciones en el transcurso de la misma, con el propósito de observar si el individuo ha mejorado, muestra algún cambio significativo, o si se tiene que replantear y reestructurar el plan de terapia (Juárez y Monfort, 2001)<sup>20</sup>.

Otra cuestión fundamental en el momento de formular objetivos, es su jerarquización, determinar cuáles pueden alcanzarse a corto plazo y cuáles requerirán de mayor tiempo. Para organizarlos, Bernstein y Tiegerman (1989) han propuesto lo siguiente:

*Such long-term goals are not targeted in their entirety; rather, they are broken down into a series of realistic short-term objectives that cumulatively lead to the long-term goals. In the process of implementing a series of sequenced, short-term objectives, the long-term goals are gradually accomplished (:221).*

De acuerdo con este planteamiento, los objetivos a corto plazo conforman, como en una línea horizontal, aquellas metas que sólo se pueden alcanzar con más tiempo. Para fijar una meta a corto o largo plazo, se consideran, además, los datos obtenidos de la evaluación y el nivel de la persona en los tres dominios del lenguaje (forma, función y contenido)<sup>21</sup>. En este sentido, algunos autores señalan que deben plantearse objetivos reales, es decir, no comprometerse a lograr grandes avances en tan poco tiempo, con el fin de evitar tanto la frustración del paciente, como la del terapeuta a cargo (Juárez y Monfort, 2001; Bernstein y Tiegerman, 1989; Rhea, 2000).

Otro aspecto básico en la terapia de lenguaje, además de los objetivos, es el modelo o enfoque propuesto para configurar las actividades que serán implementadas. Al respecto, se han descrito en el apartado 1.2. algunos modelos (“lingüístico”, “clínico”, “conductual”, “cognitivo”) que suelen

---

<sup>20</sup> Al respecto existe una discusión en torno a si en realidad es posible evaluar la eficacia de la terapia, especialmente en las afasias, pues se habla de una “recuperación espontánea” de las funciones alteradas, lo que causa confusión en cuanto al origen de los avances, es decir, si éstos se deben a los ejercicios realizados en el tratamiento o a una “reorganización o una desinhibición del funcionamiento cerebral” (Serón, 1988). Aun así, se plantea que una evaluación continua debe centrarse en el avance de las tres dimensiones del lenguaje (Puyuelo *et al.*, 2002: 7).

<sup>21</sup> En el camino hacia el logro de metas a corto plazo, principalmente en la terapia dada a niños, se ha retomado un concepto importante: la “Zona de Desarrollo Próximo”, propuesta por Vigostky, que se refiere a la distancia entre el nivel actual del niño y lo que puede alcanzar con la ayuda del adulto. En la terapia se pretende ofrecer pequeñas ayudas para que en determinado momento el niño por sí solo emplee las formas, contenidos y usos que integran el lenguaje (Bernstein y Tiegerman, 1989; Weigl y Reddemann-Tschaikner, 2005; Rhea, 2000).

emplearse. Se puede elegir uno, o tomar elementos de varios, según las metas establecidas, aunque se recomiendan aquellos que den prioridad a los aspectos pragmáticos (Puyuelo *et al*, 2002: 11), debido a la importancia de trasladar las formas y contenidos aprendidos al uso cotidiano, con el propósito de construir una verdadera comunicación con los demás.

En la revisión de diferentes modelos, se hizo especial énfasis en el “modelo lingüístico”, ya que prioriza los elementos meramente lingüísticos; se centra en aspectos del lenguaje independientes de su relación con otros procesos cognitivos. Dentro de él existen varios enfoques, los más referidos, en el caso de los niños, son el “enfoque clínico directo” y los “enfoques centrados en el niño” (Rhea, 2000; Puyuelo *et al*, 2002), aunque también se utilizan otros que parecen corresponderse con estos dos y son más generales: “enfoque formal” y “enfoque funcional”. Se ha observado que la combinación de varios enfoques resulta más enriquecedora en la terapia, pues si, por ejemplo, se realizan actividades alternadas desde uno u otro enfoque, se logra que el paciente conozca y use expresiones lingüísticas que no puede producir por sí mismo, en un contexto estructurado, mediante repeticiones de ciertas formas (“enfoque formal”); y por otra parte, integre las expresiones aprendidas en un contexto interactivo de comunicación (“enfoque funcional”), donde se prioriza el uso más que la forma.

Sin embargo, aun cuando sea viable la opción de partir de diversos enfoques, es importante aclarar que no son lo únicos; pueden emplearse métodos muy específicos que mantienen un esquema de trabajo en concreto y se ciñen a determinados casos: por ejemplo, los métodos elaborados para el tratamiento de niños con parálisis cerebral (Busto, 1994), con disfemia (Le Huche, 2000), o los adultos afásicos (Helm-Estabrooks y Albert, 1994). Incluso, se siguen elaborando nuevos enfoques y modelos de tratamiento que respondan a las necesidades de los individuos, ya sea que integren elementos como la intervención en el aula escolar (de corte más pedagógico), o la realización de actividades en grupos reducidos para fomentar la interacción con los demás (Juárez y Monfort, 2001).

Un elemento relacionado con el modo de proceder en la terapia, es el tipo de materiales de apoyo que se suelen disponer en las actividades. Algunos autores han advertido que la selección de éstos se realice conforme a la edad

del paciente, pues sería una falta de respeto utilizar con personas adultas materiales para niños (juguetes, ilustraciones muy vistosas), y viceversa, para estos últimos resulta más motivador trabajar con figuras, tarjetas y gráficos atractivos (Gallardo y Gallego, 1995). Incluso se han diseñado en los últimos años programas de computación específicos con actividades para ejercitar determinadas habilidades lingüísticas (Iza, 2002), que presentan estímulos más dinámicos, especialmente para trabajar en nivel de la comprensión, más que de la producción (Rhea, 2000: 88). Claro que la herramienta más útil para una terapia de este tipo es el lenguaje en sí mismo y la interacción social (Monfort y Juárez, 2001: 58).

Por otra parte, también es fundamental en la terapia de lenguaje el ambiente donde se lleva a cabo; según el tipo de entorno, el tratamiento será diferente, dado que un ambiente incluye no sólo aspectos físicos, sino todas las personas y situaciones determinadas que “influyen en el cambio individual” (Puyuelo *et al.*, 2002: 17). Por consiguiente, Monfort (1988) ha distinguido dos tipos de ambiente generales:

...la tradicional relación terapeuta-paciente en gabinete que, a pesar de su comprobada eficacia, presenta también inconvenientes no desdeñables (es costosa en tiempo y dinero, es necesariamente limitada y rígida en el tiempo, es con frecuencia artificial y formal) y el entorno habitual del sujeto.

Entre estos dos polos extremos se sitúan algunas adaptaciones intermedias y cada vez se da mayor importancia a los programas dirigidos a los distintos entornos donde vive el niño (familia, escuela...) o el adulto (familia, lugar de trabajo...) (:18)

Esta distinción no es fortuita; el manejo de las actividades terapéuticas en determinado contexto produce resultados más o menos satisfactorios; si bien, como señala este autor, la terapia en gabinete o consultorio precisa de una interacción reducida entre el paciente y el terapeuta, de carácter más individual, y las actividades suelen ser más sistemáticas (aunque esto no significa que no se puedan implementar ejercicios con un enfoque funcional), se complementa con las recomendaciones y la orientación que el terapeuta realiza a la familia, pues ésta “es el principal y primer contexto de socialización y de aprendizaje para los seres humanos” (Puyuelo *et al.*, 2002: 21). En un contexto familiar es posible trasladar las estructuras lingüísticas aprendidas al acto comunicativo, apoyando el uso espontáneo del lenguaje; así, los enfoques de tipo naturalista consideran este ambiente como significativo, pues en él se da un proceso de



interacción entre padres e hijos desarrollada alrededor de eventos cotidianos en la vida del paciente (Acosta y Moreno, 1999: 46)

Asimismo, la escuela es otro entorno habitual donde el individuo puede relacionarse con sus pares y, sobre todo, en el caso de los niños, tiene un impacto semejante al de la familia en su desarrollo personal (:45). Algunos enfoques (por ejemplo, el modelo colaborativo) buscan la integración de la práctica terapéutica en el aula escolar<sup>22</sup>, precisamente por el papel que juega este entorno en la integración del individuo con los demás.

Hasta aquí hemos descrito tres componentes considerados como elementales en una terapia del lenguaje; no obstante, también se ha planteado otra forma de organizar ésta, con base en la respuesta a una serie de preguntas formuladas, principalmente para el tratamiento del lenguaje en los niños:

1. ¿Para qué vamos a intervenir el lenguaje del niño/a?
2. ¿Qué es lo que vamos a intervenir?
3. ¿Cómo vamos a intervenir?
4. ¿Con qué medios?
5. ¿Cuándo vamos a intervenir?
6. ¿Dónde intervenimos?
7. ¿Por dónde comenzar la intervención? ¿Por dónde seguir?
8. ¿Cuáles son las prioridades de la intervención? (Gallardo y Gallego, 1995: 136).

Algunas de estas preguntas se corresponden con los componentes señalados líneas arriba, sólo que en este modo de organización aparecen más desglosados. La primera pregunta se refiere a los objetivos que se vayan a formular, tanto de manera general como en particular, por lo tanto, implica también una toma de decisiones en cuanto a su prioridad y jerarquización. La siguiente pregunta está muy relacionada con la anterior, pues sugiere que la terapia se centre en las dimensiones del lenguaje (forma, uso y contenido), con base en la evaluación que se realice de las mismas, y además, de acuerdo con Gallardo y Gallego (1995), en otros puntos: bases funcionales (audición, aparato fonador), procesos del lenguaje (comprensión y producción) y desarrollo cognitivo (:137-138). En este sentido, destaca que no se toma en

---

<sup>22</sup> No obstante, no podríamos determinar aún que tan factible es, en nuestro país, integrar actividades terapéuticas en colaboración con la escuela, ya que en las fuentes consultadas (investigaciones en España, Estados Unidos) se ha visto que es una práctica cada vez más establecida, pero en México no hay fuentes que constaten esta colaboración entre terapeutas y profesores.

cuenta únicamente los tres dominios del lenguaje, sino otros aspectos de tipo anatómico y cognitivo.

De igual manera, las preguntas tres y cuatro implican en su respuesta el segundo componente en el primer esquema mencionado: los enfoques o modelos de intervención desde los cuales se partirá, las estrategias y los materiales que serán empleados. Aquí también se considera que hay múltiples modelos y no es posible aplicar uno solo a todos los sujetos, por sus características individuales (:138). En cuanto a la pregunta cinco, ésta podría abarcar los objetivos a corto y largo plazo, puesto que éstos conllevarían una determinada duración. Aun así, en la terapia de lenguaje se especifica la temporalidad conforme el grado de afectación, la edad del individuo y otras variables como el número de horas que se dedica a las sesiones en un consultorio o una clínica y el tiempo que sea apoyado por otros profesionales (:146), incluso la duración de los ejercicios realizados en casa.

La sexta pregunta tiene relación con el ambiente en el que se realiza la terapia; tanto en un espacio donde la atención de manera individual (consultorio) como en los entornos habituales del sujeto, por ejemplo, la escuela o el lugar de trabajo, y en un ambiente familiar<sup>23</sup>. En este sentido, Gallardo y Gallego defienden que la elección de un determinado entorno depende de los objetivos y el enfoque utilizado (:147); no obstante, aunque los objetivos varíen de un paciente a otro, en los diversos ambientes se encuentran estímulos que contribuyen al desarrollo del individuo (Puyuelo *et al.*, 2002; Acosta, 1999).

Las últimas preguntas (¿Por dónde comenzar? ¿Por dónde seguir? ¿Cuáles son las prioridades?) se relacionan con la evaluación tanto inicial como continua del programa de terapia y la jerarquización de los diferentes objetivos. Sin embargo, no tienen una respuesta concreta; es decir, no se mantienen fijas, más bien van cambiando durante la terapia (Gallardo y Gallego, 1995: 147-148) y conforme a los avances obtenidos, lo cual muestra su flexibilidad.

---

<sup>23</sup> Se han propuesto desde algunos modelos de terapia que, en cierta forma, dan un lugar importante a la familia para el tratamiento, ya que se ha observado que su colaboración en la realización de ejercicios con la persona afectada es importante (Puyuelo *et al.*, 2002). Esto no quiere decir que la familia realice por sí sola todo el trabajo terapéutico; más bien se trata de que reciban una orientación del terapeuta y éste les enseñe algunas estrategias para alcanzar objetivos muy precisos, de los cuales se busca su generalización (Acosta, 1999: 46).

Los diversos componentes o aspectos mencionados integran de manera general la terapia de lenguaje y sirven de guía básica para el diseño de un programa individual que se ajuste a las necesidades particulares de cada paciente. Una constante en varios de ellos es que no son fijos, es decir, pueden modificarse a lo largo del tratamiento, porque cada individuo presenta dificultades en diferentes dimensiones del lenguaje y avanza a su propio ritmo, aunque esto depende en gran medida de qué tanto los estímulos presentados y los ejercicios que realice influyan o no en su avance.

A lo largo de este primer capítulo se han revisado diferentes fuentes para tener una visión global de la terapia de lenguaje, y en consecuencia, el contexto en el que opera la lingüística. De esta manera, se ha obtenido, a partir de diversas conceptualizaciones, que este tipo de terapia trata las dificultades del lenguaje con el fin de mejorar la capacidad comunicativa de la persona (niño o adulto) afectada. Para ello, está conformada por tres componentes, básicos para el diseño de un programa individual: objetivos o metas, el modelo en el que se basa y el ambiente donde se lleva a cabo, los cuales a su vez se desglosan en diversos puntos más específicos.

Los diferentes modelos que sirven de guía para el diseño de métodos específicos de trabajo, son muestra de las diferentes perspectivas existentes alrededor de la conceptualización del lenguaje. Por un lado, se concibe como parte de los diferentes procesos cognitivos del ser humano, pero, por el otro, como un módulo independiente en la mente, que puede ser tratado con sus propias herramientas, es decir, mediante estructuras lingüísticas. Asimismo, se considera que está basado en la interacción social, y se necesita de este elemento para mejorar el uso comunicativo del lenguaje.

Como se observa, la *terapia de lenguaje* es compleja porque se centra en la herramienta comunicativa humana más difícil de analizar y abordar; y no es para menos, pues habilitar o rehabilitar funciones alteradas del lenguaje que se desarrollan de manera natural no es tarea fácil, por ello, el papel de la lingüística en el ámbito terapéutico es fundamental.

## Niveles fonético-fonológico y morfosintáctico

### 3.1 Componente fonológico

Antes de entrar directamente al análisis de las distintas formas de abordar las dificultades del lenguaje –en específico las que pueden considerarse como “fonéticas y fonológicas” –, creo conveniente precisar en qué nivel de la lengua se sitúan, y algunos conceptos básicos que deben tenerse en cuenta como punto de partida para el tratamiento de estas dificultades dentro de la terapia.

#### 3.1.1 Fonema, rasgos distintivos, acento y entonación

Una de las características del lenguaje es su particular forma de transmisión: la oralidad. Cuando hablamos, emitimos sonidos que, gracias al valor que les otorgamos, transmiten información a nuestros interlocutores. Los sonidos (o fonos) por sí solos son material sonoro con propiedades físicas cuantificables (frecuencia, intensidad y amplitud), que se producen en el aparato fonador, se propagan en el aire mediante vibraciones y se perciben por el sistema auditivo para su decodificación en el cerebro (Quilis y Hernández, 1990: 74)<sup>24</sup>. Aunque podría pensarse que los sonidos son equivalentes a los fonemas, en realidad hay una clara diferencia entre ambos, dado que los primeros están integrados por la sustancia fónica, mientras que los fonemas tienen un valor abstracto.

Mucho se ha discutido alrededor del concepto de *fonema*; por mencionar algunos ejemplos, Quilis (1999) lo definió como “la unidad lingüística más pequeña, desprovista de significado, formado por un haz simultáneo de rasgos distintivos” (:27). Si bien es cierto que, de acuerdo con la noción de lenguaje como sistema (Benveniste, 2001), el fonema es una de las unidades que lo conforman, este autor no considera su carácter abstracto, pues enfatiza que carece de significado, pero no aclara si este elemento sería la representación de la sustancia sonora, si mantiene una correspondencia con ella o si son dos aspectos de un mismo signo.

---

<sup>24</sup> Cabe recordar que la disciplina encargada de analizar los sonidos en cuanto a su producción, constitución y percepción es la fonética, subdividida en articulatoria, acústica y auditiva, las cuales se enfocan, respectivamente, en estos aspectos (Simone, 2001; Quilis y Hernández, 1990).

Desde otra perspectiva se ha concebido el fonema como una unidad bidimensional, a la manera del signo lingüístico propuesto por Saussure, en el que el fono o sonido corresponde al significante, y el significado, la serie de “oposiciones distintivas que mantiene con los demás fonemas” (Muljacic, citado por Cantero, 2002: 120). Esto se asemeja a la concepción de Hjelmslev (1971) en cuanto a la constitución de los signos que integran el sistema del lenguaje, donde el fono conformaría la *sustancia* y los rasgos distintivos la *forma* de esta unidad mínima. Se conjuga tanto la parte física (la materia fónica), como el aspecto de representación (rasgos), aunque parece que no se le da el peso necesario a este último. No obstante, Simone (2001) realiza una clara distinción entre estos dos planos cuando afirma que “los fonemas son entidades abstractas” (:96) y lo que se percibe son únicamente los sonidos, por lo que funcionan como una especie de nombre para éstos.

En el mismo sentido, Caplan (1992) señala que los fonemas son “representaciones abstractas de los segmentos sonoros relevantes para las palabras de una lengua” (:245), y los sonidos, al igual que los rasgos articulatorios (mas no los rasgos distintivos), son su proyección acústica. Muestra de la pertinencia de esta premisa es que, a pesar de la variedad de sonidos que todo ser humano puede realizar, no todos los fonemas están presentes en las diferentes lenguas. Cada cultura ha establecido una representación mental para cierto conjunto de sonidos que, en combinación, transmiten la información precisa. En otras palabras, no son los sonidos en sí mismos los que constituyen el lenguaje, sino su valor abstracto, su representación en fonemas.

Asimismo, la afirmación de Simone puede comprobarse en la organización fonológica que se lleva a cabo en la adquisición del lenguaje. En un estudio comparativo entre bebés que estaban adquiriendo lenguas diferentes (inglés y japonés) se observó que durante los primeros meses de vida, ellos emitían sonidos de manera arbitraria, los cuales se regulaban conforme a la maduración de los órganos articulatorio-fonatorios (Nakazima, 1982: 176). Parece ser que, gracias a la interacción con los padres, a partir del noveno mes<sup>25</sup> los bebés ya eran capaces de emitir sonidos con una clara

---

<sup>25</sup> Tomasello (2007) también destaca que a los 9 meses hay un cambio (‘revolución’ como él lo llama) en la cognición de los niños, lo cual les permitirá integrarse a la cultura que los rodea.

función comunicativa, discriminándolos de aquellos que podrían utilizarse para expresar emociones (:179); de manera gradual, se comenzaba a desarrollar la representación de los sonidos que les servían para comunicar verbalmente, lo cual se demostraba con la aparición constante de algunos de ellos que ya eran claramente identificados como fonemas (debido a sus rasgos articulatorios)<sup>26</sup>.

Como se ha visto hasta el momento, sonidos y fonemas no son equivalentes, por lo que en este trabajo se considerará a estos últimos como unidades abstractas que representan en la mente la materia fónica, conformados por un “conjunto de rasgos” (elementos articulatorios) que se producen de manera simultánea (Simone, 2001)<sup>27</sup>. Es necesario mencionar que los rasgos se definen como “distintivos” cuando marcan un contraste entre fonemas, es decir, que conlleven un cambio de significado en un segmento. Además, los fonemas no se encuentran aislados en la lengua; están integrados de forma consecutiva en *segmentos*, o lo que Simone denomina “fenómenos segmentales”. A diferencia de éstos, existen los “fenómenos suprasegmentales”, denominados así porque en la representación mental se sobreponen dos elementos: el acento y la entonación<sup>28</sup>. De acuerdo con el autor, el primero de ellos tiene una función distintiva en el nivel de palabra, en tanto que el segundo elemento marca la distinción de significado en los enunciados (:100).

Al igual que el fonema, acento y entonación se proyectan en una determinada realización fónica que es perceptible físicamente. En el caso de la entonación, se ha señalado que tiene dos aspectos básicos: la altura (o nivel) tonal de las distintas sílabas que conforman el segmento y la curva de entonación de todo el enunciado (:101). Cabe destacar que este elemento juega un papel importante, no sólo en el momento de realizar una diferencia significativa entre dos enunciados equivalentes, en cuanto a sustancia sonora,

---

<sup>26</sup> Aunque también ha sido evidente el temprano desarrollo de la entonación. En el mismo estudio (Nakazima, 1982) se menciona que aparece aproximadamente a los ocho meses, en tanto que Simone (2001) plantea que comienza a desarrollarse desde los primeros días de vida. A pesar de la diferencia cuantitativa, en ambos casos se propone que la entonación parece ir a la par de la “fonematización” de los sonidos verbales y no después como podría pensarse.

<sup>27</sup> La disciplina que estudia los aspectos relacionados con la función de los fonemas, su identificación abstracta, es la fonología (Quilis, 1990; Simone, 2001). Esta distinción será útil en el momento de describir las dificultades en este nivel.

<sup>28</sup> Al respecto, Caplan (1992) incluye en la “estructura fónica” tres elementos: fonemas, rasgos distintivos y contorno de entonación, incluso propone un modelo de procesamiento de subcomponentes de esta estructura.

sino también en el nivel discursivo, pues mediante él es posible enfatizar un punto que el hablante quiere resaltar o cierta entonación para marcar la ironía, o distinguir entre una afirmación y una interrogación.

Para sintetizar el planteamiento inicial, las dificultades que se referirán en el siguiente apartado están relacionadas con el primer nivel de la lengua (el fonema), es decir, tanto con la representación abstracta de los sonidos verbales, como con su transmisión, producción y percepción, además de su estructura combinatoria en segmentos y, aunque no se suele tomar en cuenta en los problemas de este tipo (como se verá más adelante), con los elementos suprasegmentales (acento y entonación).

### 3.1.2 Dificultades en la planeación y producción de los fonemas

En el ámbito de la terapia, Acosta y Moreno (1999) han propuesto que las dificultades fonológicas en los niños pueden entenderse de la siguiente manera:

...se concretan en problemas con el procesamiento auditivo, con la representación léxica y/o con la producción fonológica, o con la presencia de procesos de simplificación del habla que afectan a su inteligibilidad. Se trata de dificultades en la organización de los sonidos que no les permite establecer contrastes en el lenguaje, lo que conlleva problemas de carácter funcional o fonemáticos. Éstas se van a diferenciar de aquellas otras dificultades relacionadas con la articulación de los sonidos donde el problema es más de naturaleza fonética (:85)<sup>29</sup>.

En esta definición no existe una diferencia clara entre los fonemas y los fonos, pues, por un lado, estos autores señalan que las dificultades fonológicas conllevan problemas relacionados con la representación léxica, pero por otra se refieren a la inadecuada organización de los sonidos. Como se ha señalado líneas arriba, los fonemas son entidades abstractas que representan a los sonidos; en consecuencia, no podría concebirse una organización mental de los mismos.

A pesar de que emplean la palabra “sonido” como sinónimo de fonema, parece que se ha superado la época en que dichas dificultades eran consideradas como “trastornos articulatorios”. De acuerdo con Acosta *et al.*

---

<sup>29</sup> De esta manera, en el ámbito terapéutico se ha planteado la “fonología clínica” como la disciplina encargada del estudio de las alteraciones en este nivel, cuya base es la investigación y el análisis fonológico (Otero, 2006: 367).

(1998) y Cervera e Ygual (2003), en décadas anteriores se les confundía con defectos de pronunciación de origen motor, puesto que prevalecía en la terapia la influencia de la fonética articuladora, subárea de la fonética enfocada en el estudio de la producción de los sonidos (Quilis, 1999). Sin embargo, cuando se analizaron casos en donde no había alteraciones anatómicas, se observó que el origen estaba en una inadecuada organización fonológica o en su afectación.

Caplan (1992) plantea otra conceptualización más adecuada de las dificultades fonológicas y fonéticas, a las cuales clasifica en general como “perturbaciones fónicas”. Según su punto de vista existen dos clases de perturbaciones: aquellas que “implican un trastorno en la planificación del contenido fonémico de una palabra”, y las que se relacionan con una “anormalidad en la producción real de los segmentos fónicos” (:262). Es decir, mientras las primeras se refieren a alguna dificultad en el proceso de representación mental de los fonemas o su organización en el “repertorio” fonológico del hablante, las segundas están vinculadas con la realización motora y acústica de los fonos (fonética).

En los niños, se ha propuesto que los “trastornos fonológicos” tienen su origen en el proceso de adquisición, ya que pueden presentarse “problemas de aprendizaje y de elaboración del conjunto de reglas y unidades fonémicas” para utilizar, de forma automatizada, los sonidos del lenguaje (Cervera e Ygual, 2003). Para llegar a esta determinación, se parte de la idea de que los hablantes desarrollan un conjunto de “habilidades fonológicas” (:36) que ayudan en la decodificación y codificación de material fónico. Es decir, que en el proceso de representación abstracta de los diferentes sonidos verbales se produce una “falla” de diversa índole que produce una inadecuada organización mental de los fonemas. Aunque, desde diferentes posturas, la adquisición de estas habilidades puede obedecer a una capacidad innata del lenguaje, a la experiencia lingüística de los individuos o a un proceso natural de los seres humanos, entre otras hipótesis elaboradas como explicación a este fenómeno (Otero, 2006).

No obstante, en los adultos la causa de los problemas en este nivel es distinta, puesto que ya poseían las habilidades fonológicas necesarias para comprender y expresarse con el lenguaje. Más bien estas dificultades se presentan, aunadas a otras, después de una lesión cerebral, pero no en todos



los tipos de afasia, lo cual complica una clasificación más certera de los síntomas (Pérez-Pamies *et al.*, 2001); aunque en diversas investigaciones se ha observado que puede haber parafasias fonémicas en los afásicos tanto de Broca como de Wernicke (Lesser, 1978).

Tanto en niños como en adultos se debe realizar una clara distinción entre las dificultades “fonéticas” y “fonológicas”, puesto que ambas conllevan actividades terapéuticas diferentes. Mientras las primeras consisten en:

...la alteración y deformación de los fonemas, con evidentes dificultades para la pronunciación y búsqueda laboriosa del punto articulatorio: es el síndrome de desintegración fonética. [...]

El segundo trastorno supone la transformación de las palabras por sustitución, omisión o desplazamiento de los fonemas, aunque éstos son pronunciados y encadenados sin dificultades articulatorias. Falla la selección del fonema adecuado: el lenguaje del paciente se caracteriza por parafasias fonémicas (:391).

En otras palabras, se afirma que las alteraciones fonéticas están relacionadas con la manera en que los sonidos verbales se producen o transmiten, es decir, con la producción o percepción del material fónico (el plano de la ejecución, según Caplan, 1992). La diferenciación de los trastornos fonológicos es semejante a la de Acosta y Moreno, ya que se concibe a los fonemas como sonidos, y por ello se habla de su “deformación”, vinculada con la dificultad para articularlos. Como hemos señalado con anterioridad, los fonemas son su representación abstracta, y no estos mismos; puede darse el caso de que exista una adecuada organización fonológica, pero por problemas anatómicos de la lengua, o de los músculos orofaciales, los sonidos que representen no tengan una producción inteligible (Gallardo y Gallego, 1995; Puyuelo *et al.*, 2002). Precisamente en el segundo concepto referido a los trastornos fonológicos se resalta mejor el carácter abstracto de los fonemas, y esta diferenciación respecto a la realización sonora, e incluso se menciona el caso contrario, en que quizá no haya problemas de producción, pero sí en la organización de los mismos.

Cabe resaltar que en las diferentes conceptualizaciones de las dificultades fonéticas y fonológicas en ninguna se hayan marcado los aspectos suprasegmentales (acento y entonación) que se señalaba líneas arriba, ¿será que no resultan afectados, o se consideran parte del discurso, como elementos abstractos que sirven de apoyo fundamental en la diferenciación del

significado? En el caso del español estos elementos se consideran dentro de la pragmática, pero en lenguas tonales como el chino o el zapoteco, donde según el tono de la palabra se otorga determinado significado no podría situarse fuera de lo fonológico, sino como parte de la prosodia “lingüística”, en oposición a la prosodia emocional (Obler y Gjerlow, 2001; Joannette et al., 2008).

### 3.1.3 Tratamiento de las dificultades fonético-fonológicas

#### 3.1.3.1 Intervención desde el modelo lingüístico

Las dificultades fonéticas y fonológicas han sido abordadas en la práctica terapéutica desde diversas perspectivas, una de ellas parte del modelo lingüístico, pues se basa en el denominado “enfoque fonológico”. Según Acosta *et al.* (1998), la aparición de este enfoque a finales de los años setenta (propuesto por Stampe, 1969) no sólo produjo un cambio significativo en la comprensión de este tipo de dificultades –anteriormente conocidos como trastornos articulatorios–, sino que, por un lado, hizo énfasis en el *proceso fonológico natural*, entendido como “una estrategia de simplificación del habla que modifica una forma adulta convirtiéndola en otra más sencilla y manejable para el niño que adquiere el lenguaje” (:92).

La premisa anterior se apoya en la teoría acerca de la capacidad innata del lenguaje, en la cual se argumenta que el individuo nace con un “dispositivo” denominado en esa perspectiva *gramática universal*, serie de “principios, condiciones y reglas que constituyen elementos o propiedades de todas las lenguas naturales” (Chomsky, 1977: 42). Mediante este planteamiento se intenta explicar por qué los niños son capaces de entender y utilizar estructuras verbales tan complejas en tan poco tiempo.

Acosta y Moreno (1999) describen brevemente cuatro procesos principales, entre otros, que han sido observados en el desarrollo fonológico de los niños:

- Procesos de estructura de la sílaba*, en los que el grupo silábico de una palabra adulta se altera (p.ej., /bo/ por /bote/).
- Procesos de asimilación*, en los que un sonido es asimilado a otro dentro de una misma palabra (p.ej., /tata/ por /tapa/).
- Procesos de sustitución*, en los que una clase de sonidos es sustituida por otra (p.ej., /dogar/ por /rrogar/).

–*Procesos de sonoridad*, en los que cambia la característica de sonoridad (p.ej., /besa/ por /pesa/) (:88).

Según esta perspectiva, a cierta edad es común encontrar en funcionamiento un proceso o varios al mismo tiempo, pero se tienen que eliminar para alcanzar la organización fonológica adulta; en consecuencia, la persistencia de determinados procesos conllevaría un atraso significativo en el desarrollo normal del lenguaje.

No obstante, estos autores reconocen que el análisis de todos los procesos desfasados que pudieran presentarse en los niños implica problemas en cuanto al tiempo, pues el terapeuta debe analizar una muestra de habla del paciente y proporcionar los ejercicios adecuados para eliminar los procesos que no corresponden a su etapa de desarrollo<sup>30</sup>. Además, se espera que haya una generalización del aprendizaje de los fonemas tratados<sup>31</sup>, pues un proceso puede estar afectando varios fonemas a la vez, por lo que, en lugar de tratar uno por uno de manera aislada, con la supresión de un proceso se abarcaría un mayor número de fonemas.

Las bases que subyacen a los procesos fonológicos son cuestionables, ya que dejan de lado el papel de la interacción social en la adquisición de la representación fonológica, un elemento que se ha considerado como parte importante de este proceso (Nakazima, 1982; Tomasello, 2005, Bruner, 2007), en consecuencia, la representación fonológica se reduce a un producto de la eliminación de procesos predeterminados.

Otros elementos en los que se basa el tratamiento desde un enfoque lingüístico son la “representación subyacente”, el “inventario fonético y fonémico” y las “reglas fonológicas” (Acosta *et al.*, 1998). El primero de ellos vincula la representación fonológica que puede existir por medio de un concepto con la representación léxica:

---

<sup>30</sup> Incluso se han diseñado programas computarizados de análisis de datos fonológicos para el reconocimiento de los procesos donde ocurre un error de producción de fonemas (Rosso, 2002), pero aun así se trata de una tarea elaborada, pues conlleva la obtención de parámetros de comparación (muestras de habla estandarizadas). Para el español se han realizado pocos trabajos de este tipo, por ejemplo, el que ha sido elaborado recientemente por Ygual *et al.* (2008).

<sup>31</sup> De acuerdo con el concepto de *Conocimiento Fonológico Productivo*, que se explicará más adelante, se plantea que “la generalización del aprendizaje durante la intervención se producirá desde aquellos sonidos de los que el niño tiene menor conocimiento hacia aquellos de los que tiene mayor conocimiento” (Acosta y Moreno, 1999: 94).

La representación subyacente de un morfema comprende las propiedades de éste que son importantes, es decir, las propiedades que deben ser aprendidas directamente del lenguaje y que, por tanto, no deben deducirse de ninguna regla, ya que son diferentes de las realizaciones fonéticas. [...] La representación subyacente también incluye información desde la cual las reglas fonológicas pueden predecir distintas realizaciones de un morfema particular (106-107).

De acuerdo con esta propuesta, cada fonema no se adquiere de manera aislada, sino en contexto, es decir, dentro del conjunto de elementos fonemáticos que integran una palabra, así se deducen sus características fonológicas. Como ejemplo, Acosta *et al.* utilizan la palabra ‘perro’, cuya representación subyacente se conformaría por el significado “canino” (al cual ellos denominan *morfema*), representado fonológicamente como /péro/, por lo que la información acerca de las características de cada fonema estaría asociada a la representación subyacente.

Sin embargo, no resulta claro demostrar el que un sujeto no produzca un determinado fonema, se deba a que esté ausente en la representación subyacente de la palabra que emite. Al respecto, Caplan (1992) ofrece una explicación adecuada cuando afirma que no hay una correspondencia entre “las representaciones permanentes de la forma fónica que están almacenadas en el léxico mental” (en equivalencia con la representación subyacente) y la proyección real de los sonidos (:250). Aun si hubiera una correspondencia, el autor afirma que los rasgos de estos fonemas no estarían especificados por esta representación, sino por medio de reglas fonológicas.

En cuanto a los inventarios “fonético” y “fonémico”, Acosta y Moreno los describen como un conjunto de alófonos que ejecuta el hablante –la realización acústica y articuladora–, y una lista de los fonemas (representación mental de ellos), respectivamente (:89). El análisis de una muestra de habla del paciente permite detectar fenómenos como la realización de dos alófonos, en lugar de dos fonemas, lo cual indicaría la presencia de una dificultad importante en la organización fonológica. Ambos inventarios se interrelacionan mediante “reglas alofónicas”, las cuales funcionan automáticamente y convierten un fonema en un alófono, insertándolo en el contexto adecuado. Estos autores no señalan si se ha observado una afectación o “falla” en la disposición de este tipo de reglas que tuviera, en consecuencia, una inadecuada organización fonémica, o repercuta únicamente en el plano fonético.

Además, Acosta y Moreno refieren otras reglas para la descripción y tratamiento de los problemas fonológicos: las de neutralización, cuya función es eliminar un contraste fonológico en un contexto concreto, y las restricciones fonotácticas, que especifican la posible forma en que los sonidos pueden combinarse dentro de un segmento en una lengua determinada, pues como bien señala Simone (2001) no se sitúan en una secuencia cualquiera, sino que siguen determinadas pautas; por ejemplo, en el español es aceptable la secuencia /mb/ al interior de un segmento (/también/), pero no al final (/komb/).

Además de los elementos mencionados, Acosta *et al.* (1998) enfatizan un factor imprescindible para la generalización del aprendizaje en este ámbito, al cual denominan “Conocimiento Fonológico Productivo” (CFP):

Este concepto se refiere a la competencia que el hablante tiene sobre el sistema de sonidos, incluyendo los aspectos imprevisibles (es decir, las representaciones subyacentes), así como también los aspectos predecibles (reglas fonológicas). También se refiere al conocimiento que el hablante tiene del inventario fonético y fonémico y a la distribución de los sonidos en las distintas posiciones de las palabras (:112)<sup>32</sup>.

A partir de este concepto (de naturaleza claramente generativista), se desprende un planteamiento básico: empezar la terapia en el punto más bajo, es decir, con el tratamiento de los fonemas que el sujeto no conoce, para lograr una generalización desde éstos hacia aquellos de los que posee un mayor conocimiento (:113). Habría que cuestionarse hasta qué punto los fonemas pueden ser generalizables, y qué pasaría en aquellos casos donde las reglas fonológicas no estuvieran funcionando adecuadamente, y por lo tanto, representarían un obstáculo para el cumplimiento de la generalización. También otra pregunta giraría en torno al tipo de afectación que llegase a haber en la CFP (si es que la hay), pues si no se tiene esta capacidad, podría pensarse que no se generalizarán los nuevos aprendizajes de la organización fonémica. Acosta *et al.* (1998) no mencionan datos que demuestren una afectación o inadecuado funcionamiento de la CFP y sus posibles consecuencias.

Por los aspectos antes descritos, estos autores señalan tres principios de la intervención desde el enfoque fonológico: 1) considera una dificultad en

---

<sup>32</sup> Considero importante señalar que dentro de esta competencia no se incluyen los elementos suprasegmentales (acento y entonación) como parte del conocimiento fonológico, lo cual representa un problema importante del mismo, pues se trata de aspectos que también influyen en la distinción de significados en una palabra (Simone, 2001).

relación con una serie de procesos, reglas y características, y no como un “error” que afecta a sonidos aislados: 2) persigue el “establecimiento de un contraste más que la producción correcta de un fonema”, y 3) se basa en el principio de generalización de los fonemas tratados y los que no lo son, pero se ven afectados por el mismo proceso (:116).

De esta manera, una de las actividades propuestas para lograr que el paciente realice un contraste entre fonemas es el desarrollo de la *conciencia fonológica*<sup>33</sup>. Una de las diversas tareas que se suelen realizar en esta clase de actividad es pedir al paciente que identifique dos fonemas semejantes, diferenciados por un rasgo distintivo (por ejemplo, diferenciar /g/ y /k/ en la palabra /gayéta/, frente a /kayéta/, en donde se está considerando, sobre todo, pares mínimos) y en diferentes posiciones (al principio, al final). Otra actividad semejante, según los fonemas afectados, consiste en mostrarle dos dibujos con significados distintos. Si está utilizando el fonema /k/ por /t/ se le mostrarían imágenes que representaran una ‘casa’ y una ‘taza’ para que se dé cuenta que son representaciones distintas, reorganice su sistema fonológico y lo proyecte en la realización sonora (Acosta y Moreno, 1999:98).

En el caso de los pacientes adultos, se ha mencionado líneas arriba que las dificultades fonéticas y fonológicas son parte de los síndromes que se presentan en diferentes clases de afasia. Aunque en las primeras investigaciones al respecto se planteaba que sólo los afásicos de Broca presentaban dificultades de este tipo (cuando se consideraban sólo como problemas de articulación, relacionados con cuestiones motoras), desde otra perspectiva “*phonological disorders are disruptions in the linguistic system wich occur in both Wernicke’s and Broca’s aphasias, and are part of the language disorder itself*” (Lesser, 1978: 150), por lo que diversos pacientes afásicos producen parafasias fonémicas semejantes<sup>34</sup>.

Sin embargo, como la mayor parte de los estudios sobre las afasias se ha realizado en el ámbito neuropsicológico (Cuetos, 2001; Helm-Estabrooks y

---

<sup>33</sup> En este enfoque, el desarrollo de una conciencia fonológica se considera como un sistema de facilitación que propicia una reflexión metalingüística sobre el sistema fonológico (Acosta y Moreno, 1999: 97). No obstante, desde una perspectiva cognitiva es concebida como una “etapa” en el procesamiento del lenguaje (Cervera e Ygual, 2003).

<sup>34</sup> No obstante, Caplan (2001) menciona estudios donde se ha realizado una comparación entre las parafasias realizadas por afásicos fluidos, frente a las de los afásicos no fluidos y los resultados obtenidos muestran que tienen patrones distintos.

Albert, 2005; Luria, 1978) o psicolingüístico (Cervera e Ygual, 2003), no hay un método de tratamiento desde un modelo estrictamente lingüístico, sino más bien se han diseñado métodos donde integran esta clase de dificultades como parte del procesamiento del lenguaje, por lo que este tipo de intervención se revisará en el siguiente apartado. Aunque los métodos más cercanos a la integración de la neuropsicología con la lingüística son los que plantea Luria (1978), quien considera que el lenguaje es una de las funciones psicológicas superiores del ser humano.

La falta de estudios descriptivos y propuestas de tratamiento desde nuestra disciplina da cuenta de que todavía no hay una integración adecuada entre los estudios neuropsicológicos y lingüísticos; por consiguiente, el ámbito terapéutico del lenguaje resulta un amplio campo de investigación, al que no se le ha puesto suficiente atención, pese a la necesidad de análisis al respecto que contribuyan al mejoramiento de programas de terapia.

### 3.1.3.2 Intervención desde el modelo cognitivo

Como se mencionó en el capítulo anterior, otro de los modelos, además del lingüístico, que sirven de base para diseñar un programa terapéutico es el cognitivo. A partir de la concepción del lenguaje como un proceso interrelacionado con otros (memoria, percepción, atención), este modelo “intenta explicar cómo procesan la información que les llega a sus sentidos – auditiva y verbal– para acceder a las palabras almacenadas en su léxico privado y emplear representaciones mentales que codifican la información a varios niveles” (Cervera e Ygual, 2003: S44).

De esta manera, el desarrollo de aspectos fonéticos y fonológicos se incluye dentro de lo que se denomina *procesamiento del habla*; dado que la lengua se transmite mediante ondas sonoras, el material fónico es captado por el sentido auditivo, procesado para su decodificación y ligado a una representación mental. La secuencia de las diferentes etapas, tanto de entrada (recepción) como de salida (expresión)<sup>35</sup> del contenido fónico, se muestra en la siguiente figura:

---

<sup>35</sup> Caplan (1992) nombra a estas vías de entrada y salida, como de *aducto* y *educto*, respectivamente; de tal manera que, las distintas dificultades fonológicas pueden presentarse en una de ellas.

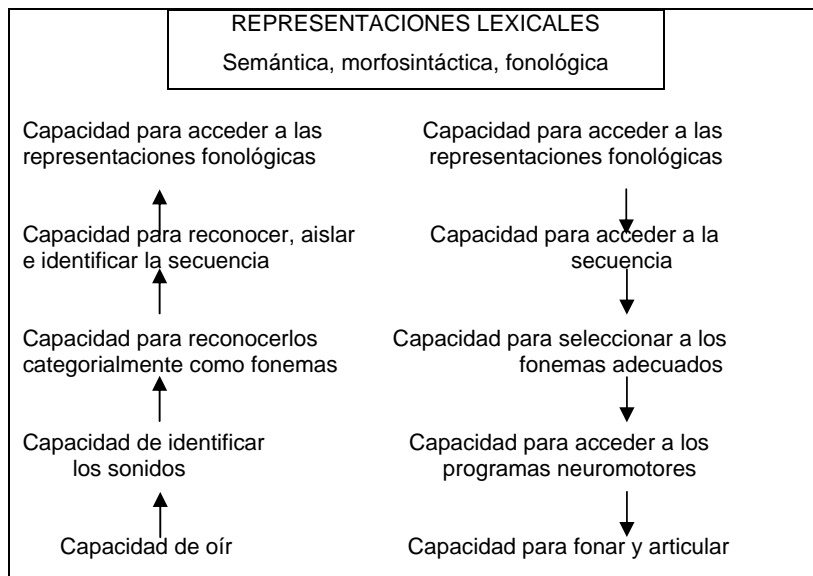


Figura 1 "Etapas del procesamiento del habla". Tomado de Cervera e Ygual (2003: S45)<sup>36</sup>

En la primera etapa de recepción de la sustancia acústica se plantea la necesidad de evaluar la capacidad para recibir los estímulos sonoros, pues algunos pacientes presentan dificultades en su percepción auditiva (sorderas, hipoacusias). Cuando no hay ninguna alteración en este estadio y el material sonoro se recibe adecuadamente, se propone en el siguiente nivel la identificación de toda clase de sonidos, hasta que en la tercera etapa se reconocen los fonos como categorías que conforman las palabras. En la siguiente fase existe un análisis más detallado de cada secuencia, pues la relación sintagmática entre fonemas está determinada por patrones establecidos en cada lengua (Simone, 2001), por lo que se acerca al acceso de la representación fonológica y finalmente se llega a una integración en la parte central con una representación léxica. En el caso de la producción de los fonemas, el proceso sería a la inversa; se partiría de esta representación léxica para tener acceso a la representación fonológica y lograr la realización acústica de la palabra que se pretende emitir.

De acuerdo con esta propuesta, las dificultades fonéticas y fonológicas pueden deberse a un funcionamiento inadecuado de cualquiera de estas etapas, por lo que los programas de terapia buscan estimular el nivel donde se determine (mediante una evaluación previa) que hay una falla que afecta al procesamiento general. Para alcanzar este objetivo, Cervera e Ygual (2003)

<sup>36</sup> "S" en la paginación de la cita significa que el artículo se encuentra en el suplemento de la *Revista de Neurología*, 2003, No 36 (Véase la referencia completa en el apartado de Bibliografía).



han dividido estos programas en dos planos: periférico y central. En el primero se enfatizan los aspectos periféricos, es decir, los niveles más bajos (conforme al esquema anterior) de la percepción y expresión del material sonoro, mientras que en el segundo se da prioridad a la parte abstracta, la representación mental de los fonemas (:S50).

Por su parte, Caplan (1992) esboza el procesamiento fonológico en dos grandes niveles, de planificación y ejecución de la forma fónica. En el primero se encuentran los estadios más cercanos a las representaciones léxicas y fonológicas de la Figura 1, en tanto que el segundo está relacionado con los más periféricos. Además, este autor plantea un modelo específico de los subcomponentes de la producción fónica (Figura 2), y señala, en concordancia con la propuesta de Cervera e Ygual (2003), que podría haber un trastorno en cualquiera de los estadios de este proceso, aunque en algunos casos sea difícil determinar si el problema se sitúa en el lado *aductivo* o *eductivo* del proceso.

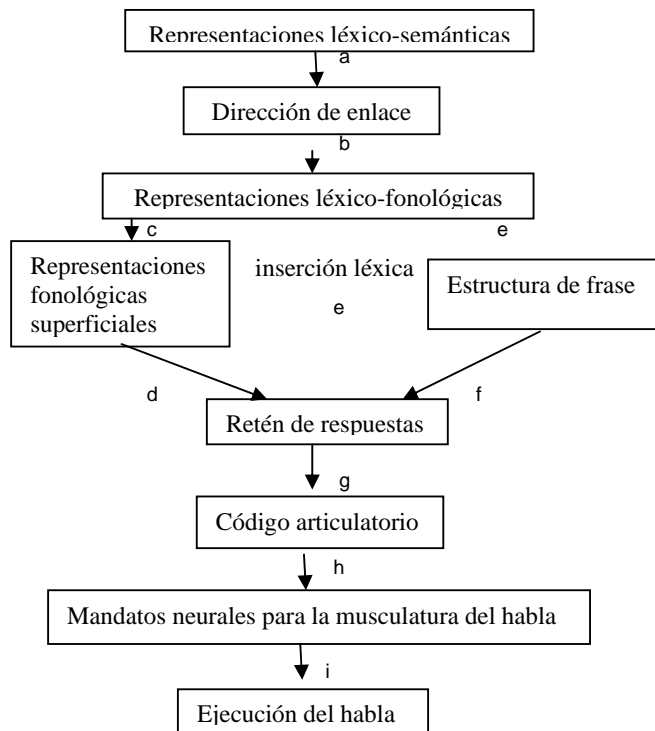


Figura 2. "Modelo de subcomponentes de la producción fónica". Tomado de Caplan (1992: 247).

A diferencia del primer modelo de procesamiento de habla, en este modelo Caplan separa el significado (como primer estadio) de la forma fónica de las palabras, ya que se ha sugerido la existencia de una dirección de enlace que

los vincule. Mediante diversos estudios realizados a pacientes afásicos este autor afirma que existen al menos dos tipos de perturbación en la planificación de las parafasias fonémicas, donde se puede tener acceso al significado, pero no a la forma fónica o viceversa, es decir, se puede lograr la realización acústica sin llegar a la comprensión de la palabra (:271). Otro punto de diferencia respecto al primer modelo presentado serían los estadios del retén de respuestas y el código articulatorio, que Cervera e Ygual (2003) no precisan en su modelo, pero que parecen tener una implicación importante en el plano de la ejecución de los fonemas.

Ambas propuestas se asemejan en las etapas básicas y ofrecen una explicación posible a la manera en que se procesa la información fonológica en patologías del lenguaje, lo cual, a su vez, ayuda a entender el procesamiento del habla en general. Aunque todavía faltan más estudios al respecto no sólo para comprender este fenómeno, sino también para diseñar programas de terapia más certeros en el tratamiento de pacientes con este tipo de dificultades. En relación con ello, Cervera e Ygual (2003), basados en el primer modelo de procesamiento del habla, han diseñado seis programas de tratamiento de las dificultades fonéticas y fonológicas: entrenamiento de la percepción auditiva y fonológica, dominio psicomotor, implantación del fonema, terapia miofisiológica, organización fonológica y metafonología o conciencia fonológica.

Los cuatro primeros tratan los aspectos periféricos o de ejecución, es decir, lo relacionado con la discriminación de estímulos sonoros y el ejercicio de los músculos involucrados en la actividad articulatoria (en caso de que exista una débil coordinación en la movilidad de la cara y boca). En los últimos dos (de planificación) se enfatiza la importancia del análisis secuencial de las palabras, para que los sujetos reorganicen la representación fonémica alterada, ya que los fonemas no se integran de manera aislada, sino en coarticulación. Según los procesos que se hayan alterado en cada paciente, se establecen las reglas o patrones fonológicos que se entrenarán: “Cada regla o patrón fonológico atraviesa por cuatro procesos: toma de conciencia del patrón fonológico, aprendizaje de la producción, automatización de la producción y generalización” (:S51).

Alrededor de estas propuestas cabe realizar diferentes cuestiones; una de ellas relacionada con el tipo de pacientes que pueden presentar estos problemas. Por ejemplo, en el caso de un individuo que tenga afasia global y eso le impida no sólo producir, sino entender un patrón fonológico, para su posterior realización, ¿cómo podría diseñarse una terapia bajo este esquema de procesamiento? ¿Qué tipo de actividades se implementarían en pacientes que presentan problemas en la planificación de la forma fónica? Seguramente existen algunas actividades específicas, pero Cervera e Ygual no las describen en su propuesta.

Si bien el modelo cognitivo tiene un carácter holístico, parece que hace falta lograr una mayor precisión en cuanto a aspectos suprasegmentales y su impacto en los programas de terapia. Algunos ejercicios que se han diseñado para el tratamiento por otros autores como Cuetos (2001), específicamente en pacientes afásicos con dificultades en el estadio aductivo, consisten en la repetición aislada de fonemas que el terapeuta debe pronunciar frente a ellos, con una articulación lenta y visible “comenzando por los sonidos más visibles (‘bilabiales’, ‘labiodentales’, etc) y dejar para el final los más ocultos (‘guturales’, ‘nasales’, etc)” (:168). En afásicos diagnosticados con sordera verbal este tipo de actividades se centra tanto en la acústica, como en la ejecución articuladora, ya que se modifica el ritmo del habla; primero se aconseja alargar cada uno de los fonemas (“enlentecimiento del ritmo” en términos de Cuetos), para que los sujetos localicen con facilidad la señal acústica y así identifiquen mejor cada fonema. Una vez que son discriminados de manera aislada, la tarea se vuelve más compleja al incorporar los fonemas tratados en palabras.

Por ejemplo, para los fonemas que integran la palabra ‘sol’, Cuetos propone que se pronuncie al paciente “ssss oooo llll”<sup>37</sup> (sic, 169), y de manera gradual se acorte la duración de cada uno hasta llegar a su producción “normal”. Otro ejercicio consiste en intercalar en diferentes posiciones el fonema tratado (al principio, en medio o a final de palabra). Es decir, se trata de una serie de actividades que estimulan los estadios periféricos del procesamiento del habla, pero en cierta medida dejan de lado elementos suprasegmentales como la entonación.

---

<sup>37</sup> La transcripción fonética sería [s:o:l:].

En contraste, un estudio realizado por Wiener (2001) sobre la evaluación y tratamiento de un paciente afásico<sup>38</sup> que, entre otros trastornos, presentaba dificultades en el análisis auditivo, así como en la ejecución motora, se apoya en la entonación para el tratamiento de las dificultades fonológicas, pues Wiener diseña el programa de terapia con base en este aspecto, adaptando la “Terapia de Entonación Melódica” (Helm-Estabrooks y Albert,2005)<sup>39</sup> a las necesidades del sujeto.

Antes del diseño de la terapia, Wiener aplicó al paciente una serie de pruebas neuropsicológicas y realizó un análisis del repertorio verbal del individuo. Los resultados fueron que el paciente producía 14 fonemas tres de los cuales<sup>40</sup> únicamente en algunas palabras de uso habitual, mas no en otros contextos; asimismo, tenía dificultades en coordinar los movimientos para la articulación. Sin embargo, era capaz de pronunciar todos los fonemas a principio de sílaba, y aún conservaba la habilidad de integrar la información musical y visual, así como el uso de referentes corporales.

A partir de esta información, la autora construyó diferentes láminas con la representación melódica y visual de cada palabra o frase que incluyera los fonemas alterados, considerando que la entonación de frases predeterminadas fuera semejante a la prosodia natural del lenguaje (:76)<sup>41</sup>. Se presentaron al

---

<sup>38</sup> El paciente era de sexo masculino y tenía 33 años de edad al momento del estudio. Se le diagnosticó “afasia motora con hemiplejía derecha”.; la lesión cerebral fue en el hemisferio izquierdo. Uno de los síntomas que presentaba era “afasia acústico-agnóstica”, por lo que no podía analizar auditivamente diversos fonemas y, en consecuencia, producirlos de manera espontánea. Es decir, mantenía la representación mental intacta, pero había problemas en los estadios aductivo y eductivo.

<sup>39</sup> El objetivo de la Terapia de Entonación Melódica (MIT, por sus siglas en inglés) es la estimulación del habla en individuos que tienen dificultades en la fluidez de la misma, por medio de la entonación musical de palabras y frases. Se recomienda sobre todo para pacientes cuya lesión cerebral no implique el hemisferio derecho, pues se basa en el supuesto de que “la dominancia del hemisferio derecho para los aspectos melódicos del habla, facilitará la recuperación de capacidades verbales residuales del hemisferio izquierdo” (Helm-Estabrooks y Albert, 2005: 255). Se trata de un programa constituido por tres niveles: “En los dos primeros niveles se entonan musicalmente palabras multisílabas y sintagmas de alta probabilidad. El tercer nivel incorpora oraciones más largas o complejas fonológicamente. [...] Los estímulos se entonan muy lentamente, con un tono de voz constante, utilizando la modulación adecuada de los tonos alto/bajo basados en la prosodia normal del habla” (:256)

<sup>40</sup> Cabe mencionar que en este estudio no resulta muy claro qué entiende la autora por fonemas, debido a que menciona errores en los fonemas ‘f’, ‘b’, ‘ll’, ‘n’, ‘ñ’, ‘g’, ‘rr’, ‘ch’ y ‘x’(sic), sin utilizar la transcripción fonológica, por lo que, en el caso de ‘x’ escrito así no sabemos si lo interpreta como /ks/ o /x/, es decir, para referirse a los fonemas utiliza grafías. Igualmente en el análisis de la sílaba señala que el paciente es capaz de producir 14 sílabas con la secuencia “consonante + vocal”, pero no “consonante + consonante” (:73); de acuerdo con el patrón secuencial del español, no podría existir una sílaba conformada por CC, pues carecería del núcleo vocálico, a menos que se refiera a una secuencia CCV, como /tra/, o CVC como /pas/.

<sup>41</sup> Para ello, en la música que se incorporó no se utilizaron intervalos menores que de tercera para diferenciar mejor los tonos; las melodías estaban escritas en clave de sol. El padrón rítmico de las láminas

paciente dichas láminas en un orden gradual de complejidad, una por cada sesión, hasta que lograra producir los fonemas correctamente, con la ayuda de facilitadores como el espejo. Conforme mejoraba su producción se iba quitando poco a poco tanto la música, como la imagen que acompañaban a la palabra o frase, hasta que lograra producirlas sin esa ayuda. Después se practicaban en situaciones comunicativas supuestas, para que, finalmente, lograra producirlas de manera espontánea.

Cuando terminó la terapia, Wiener evaluó nuevamente al sujeto y observó un avance notorio en su producción fónica<sup>42</sup>. Al parecer este tipo de estímulos tuvo una función relevante en la obtención de resultados favorables en este caso. Convendría realizar más estudios al respecto para sustentar con mayor peso el papel de la entonación en el tratamiento fonológico, mientras tanto se ofrece como una propuesta alterna que debería tomarse más en cuenta en el diseño de una terapia.

Se ha señalado la manera de comprender los trastornos fónicos y tratarlos en la práctica clínica desde los modelos lingüístico y cognitivo. Si bien el primero se basa en la hipótesis de una conciencia fonológica productiva innata y en el manejo inadecuado de reglas y procesos fonológicos por parte del paciente como la causa de las dificultades fónicas, no es posible encontrar su justificación en todos los casos, pues se centra en los problemas durante la adquisición del lenguaje, mas no en las afasias.

En cambio, la perspectiva cognitiva brinda una explicación más amplia, al considerar estas dificultades como una interrupción en algún estadio del proceso complejo del habla (sin afirmar o negar su origen innato), por lo que el tratamiento de los trastornos fonéticos y fonológicos, apoyado en este supuesto, puede brindar mejores resultados. No obstante, hace falta resaltar el papel de los fenómenos suprasegmentales en este proceso e incorporarlos en los ejercicios de la terapia, ya que son pocos los estudios que se sirven de la entonación para tratar este tipo de dificultades.

---

consideraba sílabas con “vocal o consonante+vocal” conforme a cada “golpe de voz”. Por ejemplo, para la palabra ‘cuanto’ se establecía la separación cu-an-to, en lugar de cuan-to (Wiener, 2001: 76).

<sup>42</sup> En relación con la producción de fonemas, Wiener señala que después de 45 sesiones, el paciente fue capaz de producir veinte fonemas (de los 23 que existen, aunque no explica más sobre los rasgos de aquellos que siguió sin producir), quince consonantes y las cinco vocales. Asimismo, incrementó su vocabulario y podía producir más palabras y frases de manera espontánea (:81).

## 3.2 Componente morfosintáctico

Otros problemas que suelen tratarse en la terapia de lenguaje están relacionados con el componente morfosintáctico. Antes de precisar en qué medida se afecta este nivel y cómo se lleva a cabo su tratamiento, es conveniente señalar en qué consiste, cuáles son las unidades básicas que abarca y algunos procesos que se han planteado, tanto para la formación de palabras como para la estructuración de oraciones, lo que da lugar a un lenguaje articulado.

### 3.2.1 Morfema, palabra y otras estructuras lingüísticas

Las unidades esenciales que conforman este componente son el “morfema” y la “palabra”, aunque también podría considerarse el enunciado como una unidad mayor. Desde una perspectiva estructuralista, Bloomfield (1964) concebía el “morfema” como una forma simple que puede sustituirse por uno o más fonemas, y cuyo significado (“semema”) no es susceptible de análisis. Asimismo, consideraba que existen formas “ligadas”, las cuales siempre son parte de formas mayores, por lo que no se aíslan, y formas libres, que sí aparecen solas (:189-190). Sin embargo, la caracterización semántica del morfema resulta ambigua, porque si bien Bloomfield menciona que no se asemeja fonética y semánticamente a otras formas, existen morfemas sin un significado preciso. De tal suerte que, conforme a la noción de Hjelmslev (1971) sobre el contenido y expresión de toda unidad lingüística, el primero es el más difícil de identificar en algunos morfemas, o no existe como tal en otros.

Por su parte, Simone (2001) sugiere que, más allá de considerar al morfema como una unidad mínima, éste consiste en una “entidad abstracta” representada fonológicamente por morfos (:116)<sup>43</sup>, los cuales se encontrarían en el plano de la expresión; aunque este autor reconoce que dicha conceptualización no soluciona el problema sobre la representación semántica del morfema, puesto que mientras algunos morfemas tienen un significado pleno (léxico), otros poseen sólo un significado gramatical (por ejemplo, las terminaciones *-a*, *-o* en *bueno*, *bueno*).

---

<sup>43</sup> Al igual que existen fonos como la proyección física del fonema, los morfos se consideran la realización concreta del morfema como unidad abstracta, por lo tanto, también existen alomorfos para cada morfo.

A pesar de que todavía no se ha logrado resolver el concepto de morfema que pueda generalizarse a todos los casos, la explicación que ofrece Simone parece más certera, pues esta unidad funciona como una especie de “mecanismo de abstracción del referente”, es decir, si, en el caso del español, los morfemas gramaticales –a, -o, se han configurado para marcar el género del referente, esto se debe a la necesidad que tiene el hablante de distinguir esta cualidad y abstraerla frente a otros referentes semejantes, ya sea con el morfema –a para indicar que se trata de un referente femenino, o el morfema –o para un referente masculino. En otras lenguas también existen diversos mecanismos morfológicos para marcar la abstracción de la referencia, como el género o también el número.

Otra unidad que es necesario considerar en este apartado es la “palabra”. Bloomfield (1964) define este elemento como una “forma independiente que no está constituida enteramente de formas menos independientes” (:211) y añade que se trata de la unidad de habla más pequeña; no obstante, él mismo acepta que formas inseparables funcionan como una unidad, por consiguiente, no hay un límite claro entre palabras y frases. A este mismo obstáculo se enfrenta Simone (2001) cuando trata de definir esta unidad, puesto que señala diversas expresiones (“darse cuenta”, “ponerse en marcha”) que se han gramaticalizado y funcionan actualmente como una palabra. En lugar de intentar conceptualizar esta unidad, Simone propone que, para considerar una palabra como tal un elemento<sup>44</sup> debe reunir las siguientes condiciones:

- a) [que] una pausa sea virtualmente posible antes y/o después de él (condición de PAUSABILIDAD);
- b) dados dos elementos, otro elemento puede interponerse entre ellos, pero no insertarse por intrusión en uno de ellos (condición de NO INTERRUMPIBILIDAD);
- c) dados varios elementos, su orden pueda ser modificado en la cadena sintagmática (condición de MOVILIDAD):
- d) los elementos pueden aparecer también solos, o sea constituir de por sí un enunciado (condición de AISLABILIDAD) (:122-123).

---

<sup>44</sup> Si bien Simone utiliza el término “elemento” con el fin de evitar entrar en discusiones relacionadas con la cuestión semántica, a lo largo de este trabajo se seguirá empleando el vocablo “palabra” para referir aquellas formas que cumplen estas condiciones.

Cabe resaltar que esta serie de “requisitos” no considera el aspecto semántico ni la representación fonológica (la cual también rechaza Bloomfield cuando señala que no se reconoce una palabra por ubicarse entre dos pausas), más bien, se trata de una caracterización sintáctica que, salvo en palabras compuestas (en las cuales aplica una quinta condición), es un buen filtro para determinar en qué consiste una palabra sin implicar el contenido. En consecuencia, tanto las palabras léxicas (de contenido), como las de función (con valor relacional únicamente), entran dentro de esta categoría, pues Simone no especifica entre estos dos tipos de palabras.

Dentro de la investigación neurolingüística sobre las afasias, las palabras léxicas y funcionales juegan un papel importante, por lo es necesario tener un concepto claro de las mismas y señalar en qué se diferencian, ya que algunos pacientes con problemas de lenguaje tienen dificultades en el uso de una de las dos, sin que se haya determinado aún el origen acerca del empleo de un tipo de palabra después de una lesión y no de otra. Las palabras léxicas tienen un referente en el mundo (aunque no siempre se trata de un objeto real o tangible), en tanto que las palabras funcionales ayudan a mantener la cohesión en una estructura sintáctica, e incluso introducen información más abstracta. Por ejemplo, la conjunción *y* no significa nada relevante fuera de un contexto determinado, pero dentro de una estructura indica una suma de elementos o de ideas (en oraciones coordinadas). Caplan (1992) plantea que existen al menos dos mecanismos claros para distinguir ambas: la estructura fonológica y los procesos implicados en su formación. Mientras las palabras funcionales no se acentúan, las léxicas sí; en tanto que las primeras no participan en los procesos de formación morfológica, a diferencia de las segundas que sí se transforman mediante tales procesos.

En cuanto a la estructura de unidades mayores al morfema y la palabra, Bloomfield (1964) menciona que una forma más amplia está constituida por formas menores, o constituyentes, que son analizables; es decir, la estructura constituyente de una oración o frase consiste en la organización de las formas más pequeñas, mediante cuatro clases de disposición de las mismas: orden de los constituyentes; modulación, relacionada con el significado gramatical; modificación fonética (cambio en los fonemas primarios de una forma), y la



selección de formas según el significado, ya que las formas diferentes, en un mismo orden generan distintos significados (:193). Las diversas posibilidades combinatorias de las palabras dentro de una frase u oración están marcadas por el contenido. A pesar de que Bloomfield intenta un análisis estrictamente sintáctico de las formas o frases, no descarta el papel fundamental del significado en la configuración de estas estructuras, sobre todo el orden, en torno al cual también se han detectado problemas en pacientes afásicos o con alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje (Acosta y Moreno, 1999; Almagro *et al*, 2005; Codesido, 2006).

Si bien hasta el momento se ha tratado de describir las unidades básicas que conforman el componente morfosintáctico, es necesario, para la mejor comprensión del mismo, determinar qué se entiende por morfología y sintaxis del lenguaje. Desde una perspectiva tradicional ambas se diferencian en el tipo de construcción realizada, es decir, se considera que “la *morfología* incluye las *construcciones de palabras*, mientras que la *sintaxis* incluye la construcción de frase” (Bloomfield, 1964: 247). Aunque se trata de una forma clara y esquemática de entender estos dos aspectos, cabe preguntarse por qué están presentes en la estructuración del lenguaje.

Al respecto, Simone (2001) reflexiona sobre las funciones que desempeñan: en el caso de la morfología, señala su importante función económica, puesto que mediante los procesos morfológicos se reutilizan recursos finitos que dan origen a un sinfín de combinaciones, además de dar cohesión, no sólo en el nivel de palabra, sino en el de una unidad más amplia como el enunciado y, con ello, garantizar la sincronización entre emisor y receptor (:107). En el plano de la sintaxis, se ayuda a reducir la ambigüedad de las palabras, al situarlas en un contexto sintagmático, y a lograr una comunicación más eficiente, porque aumenta la velocidad de transmisión de las señales acústicas. Este autor enfatiza también que el componente sintáctico se ocupa de 3 objetivos específicos: “a) de las modalidades según las cuales las palabras se combinan entre sí; b) de las secuencias que pueden asumir al combinarse y c) de las transformaciones que estas secuencias pueden sufrir” (:156).

En otras palabras, los aspectos morfológico y sintáctico convergen en un mismo punto; su integración provoca una mayor eficiencia en el lenguaje, visto como un sistema de signos articulados, de tal manera que el componente morfosintáctico se encarga tanto de la organización interna de las palabras, como de su interrelación. Para ello, se vale de una serie de procesos que ayudan a la estructuración interna y externa de las mismas; dos de los más importantes, en el nivel de palabra, son los procesos de flexión (*hago, haces, hace*) y derivación (*hacer, quehacer, rehacer*), aunados a la afijación de los morfemas (prefijos, infijos, sufijos) (Bloomfield, 1964; Caplan, 1992; Simone, 2001). Se trata de recursos empleados, en mayor o menor medida, en distintas lenguas, y que se ven afectados cuando una persona ha sufrido algún tipo de afasia, o durante el proceso de adquisición del lenguaje.

No obstante, en la teoría generativista se considera que el componente sintáctico rige las estructuras del lenguaje, esto es, que “especifica un conjunto infinito de objetos formales abstractos, cada uno de los cuales incorpora toda la información correspondiente a una interpretación única de una oración concreta” (Chomsky, 1999: 17). Desde este enfoque se afirma que los seres humanos poseen un conocimiento innato de las estructuras de su lengua, por lo tanto, se basan en una serie de reglas sintácticas internas que transformarán sus ideas y pensamientos en realizaciones concretas.

Chomsky afirma que el componente sintáctico especifica para cada oración una estructura latente (profunda) y una estructura patente (superficial), de tal suerte que cuando el hablante quiere comunicar un concepto abstracto se vale de un conjunto de “reglas transformacionales” para proyectarlo en una estructura fonológica concreta, que sea clara para su interlocutor. En contraste, investigadores como Tomasello (2005) y Bruner (2007) han refutado la idea del lenguaje como una capacidad innata, que se desarrolla por medio de la sintaxis; su propuesta consiste en que la interacción social (a partir de los otros) permite que el ser humano asigne a los símbolos lingüísticos representaciones cognitivas, es decir, defienden que es el uso comunicativo del lenguaje el que motiva la aparición de estructuras lingüísticas.

La hipótesis generativista deja de lado el aspecto morfológico, pues sólo parte de la existencia de una “base de datos” léxica (“lexicón”) sin indagar en la importancia de la constitución interna de cada palabra, y mucho menos

observar la relación morfológica de las palabras en una oración (Simone explica que la concordancia y el régimen de palabras también mantienen la cohesión en una unidad mayor). A pesar de ello, esta teoría se mantiene como un marco de referencia importante en la búsqueda de modelos que tratan de explicar cómo funciona el procesamiento de estructuras oracionales. Por ejemplo, el modelo (Figura 3) diseñado por Garret (1976, *apud* Caplan 1992) se enmarca en esta teoría, y se apoya en el análisis de diversos errores sintácticos para determinar una posible ruta de la producción de oraciones.

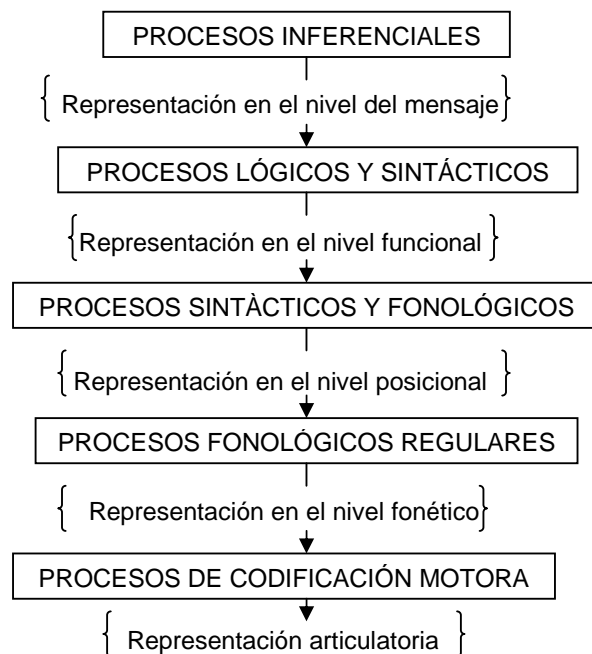


Figura 3. "Modelo de procesamiento de oraciones" Tomado de Caplan (1992: 327).

Como se observa, se siguen en gran medida los planteamientos generativistas al colocar en el eslabón más alto la representación abstracta relacionada con el contenido, que, mediante procesos sintácticos como el orden o la distribución de los elementos en una oración proyectará el concepto abstracto inicial en una forma fonológica, cuya realización concreta se da gracias a la articulación motora. Aunque este modelo engloba el proceso de producción, tiene importantes limitaciones en la explicación de otros aspectos donde no hay una afectación específica de la organización sintáctica como tal, sino de valores fonológicos, o aquellos relacionados con la comprensión de determinadas estructuras, sin considerar la importancia del contexto, es decir, de aspectos pragmáticos en el mismo proceso.

### 3.2.2 Agramatismo y otras alteraciones gramaticales

Una vez que se han descrito algunos conceptos elementales dentro del componente morfosintáctico, es conveniente ahondar en las dificultades relacionadas con él. Diversos autores (Caplan, 1992; Cuetos, 1998; Obler y Gjerlow, 2001, Almagro *et al.*, 2005; Codesido, 2006) refieren los problemas en este componente bajo una serie de déficits englobados dentro de lo que se denomina “agramatismo”<sup>45</sup>. Pese a que se ha discutido su valor como un trastorno recurrente en las afasias, el agramatismo es semejante a un síndrome que incluye dificultades en el empleo de la morfología y sintaxis, lo cual impide una adecuada organización en la estructura, tanto de palabras, como de oraciones.

Según Caplan (1992) el problema más evidente en este síndrome es la “omisión generalizada de las palabras funcionales y los afijos y una mayor conservación de las palabras léxicas en el habla espontánea y, a menudo, en la repetición y la escritura” (:329)<sup>46</sup>. Es decir, las palabras que sólo tiene un valor relacional dentro de una oración, porque dan cohesión a esta estructura (Simone, 2001) no aparecen en la producción, o se confunden con otras semejantes; en contraste con aquellas que tienen un referente real, o al menos éste puede identificarse como un concepto. Una explicación a esta tendencia la brinda Goodglass (1973, *apud* Caplan, 1992) quien mediante diversos estudios realizados en afásicos, propone que es más común la pérdida de palabras funcionales porque proporcionan menor información semántica y menor valor afectivo, además que, en cuanto a la entonación, en ellas no recae la fuerza del acento como en las palabras léxicas.

Otro de los rasgos característicos es la dificultad que presentan los pacientes en los procesos de derivación y flexión de las palabras (Caplan, 1992, Almagro *et al.*, 2005); por ejemplo, en la categoría verbal ellos omiten la desinencia, y, por tanto, no se sabe la persona, el tiempo o el modo de la acción. También se han observado dificultades relacionadas con el orden de

---

<sup>45</sup> También se considera otro trastorno semejante relacionado con el componente morfosintáctico: el “paragramatismo”. A diferencia del agramatismo, en el paragramatismo el paciente cuenta con los recursos suficientes en cuanto a estructuras sintácticas, pero presenta dificultades en dar con las palabras adecuadas, por lo que se dice que hay un “vacío de contenido” (Codesido, 2006: 341)

<sup>46</sup> Aunque este autor y Almagro *et al.* (2005) señalan que existen diversos patrones de pérdida de la morfología derivativa, flexiva y de palabras léxicas y funcionales, que varían de un paciente a otro (:330).

las palabras, es decir, con la asignación de papeles temáticos en la oración. Asimismo, el agramatismo conlleva dificultades en el entendimiento de estructuras oracionales, puesto que, si se altera o se omite algún elemento de la estructura sintáctica durante la producción, en la comprensión se verá reflejada esa ausencia y se presentarán dificultades para entender el significado global de una determinada estructura, dado que elementos tan necesarios para la cohesión de la misma, como las palabras funcionales, o la marca de tiempo verbal, se omiten o pierden (Caplan, 1992; Cuetos, 1998; Almagro *et al.*, 2005).

Es importante especificar que, en el caso de los niños, estas dificultades no se conocen bajo el término de “agramatismo”, sino que están asociadas a diferentes tipos de problemas, tales como: “trastorno específico del lenguaje”, “retraso en el desarrollo del lenguaje” y autismo, entre otros (Azcoaga *et al.*, 1990; Gallardo y Gallego, 1995; Acosta y Moreno, 1999; Artigas, 1999; Codesido, 2006). Las dificultades morfosintácticas se manifiestan en el desarrollo de los morfemas flexivos, así como en la organización sintáctica de las oraciones y el uso de la concordancia gramatical en estructuras complejas. Los pacientes pueden alterar el orden de los constituyentes de la oración, utilizar inadecuadamente los nexos oracionales o tener problemas en la flexión de la categoría verbal:

Los tipos de errores morfológicos y sintácticos más frecuentes suelen ser de *omisión* de algún morfema o constituyente necesario en la oración (“en la mesa estaban platos”), *sustitución* de una forma gramatical por otra de su misma categoría (sobre todo en las conjunciones, preposiciones y verbos), *adición* de elementos de partículas innecesarias (“le cogí a Sandra de la mano”), etc. (Acosta y Moreno, 1999: 142).

Al parecer tanto los niños como los adultos presentan dificultades morfológicas y sintácticas semejantes, sobre todo en la omisión o uso inadecuado de las palabras funcionales, en la flexión de la categoría verbal y en la estructura oracional, lo cual sería un indicador de que a temprana edad los niños ya son capaces de analizar los procesos morfológicos y sintácticos del lenguaje y hacer uso de ellos.

### 3.2.3 Tratamiento de las dificultades morfosintácticas

#### 3.2.3.1 Intervención desde el modelo cognitivo

Uno de los programas terapéuticos utilizado en el tratamiento de las dificultades en el componente sintáctico<sup>47</sup>, especialmente en los afásicos con agramatismo, es el “Programa de Producción Sintáctica para la Afasia” (PPSA o SPPA, en inglés), cuyo objetivo es ayudar a estas personas a mejorar su capacidad de producción verbal, ya que se ha alterado dicha capacidad, lo cual se manifiesta “cuando realizan declaraciones, hacen peticiones, preguntan o conversan” (Helm-Estabrooks y Albert, 2005: 269); por lo tanto, mediante este programa se trata de estimular un aspecto que interfiere en la interacción comunicativa que tiene el paciente con los demás.

El programa está basado en un estudio de Gleason *et al.* (1975 *apud* Helm-Estabrooks y Albert, 2005) realizado a ocho pacientes con agramatismo, en el cual se utilizó la “técnica de completamiento de historias” para obtener muestras orales de 14 construcciones sintácticas con distinto grado de dificultad. La conclusión a la que llegan estos autores es que las dificultades en este nivel no se deben a la falta de conocimiento sintáctico, sino a un deterioro en el acceso al mismo, por lo que Helm-Estabrooks y Albert (2005) plantean que, con una estimulación adecuada, los pacientes pueden mejorar su capacidad verbal, por lo que recomiendan que el tratamiento parta de ejercicios que el individuo puede realizar, conforme a las habilidades que todavía conserva, y después se aumente poco a poco la dificultad, procurando, sobre todo, que las construcciones se produzcan dentro de una “comunicación funcional”.

Por la razón anterior, este programa incluye ocho tipos de oraciones, con 15 estímulos cada uno, y se presentan en dos niveles de dificultad. En el primero se pide a los sujetos que repitan el estímulo con la ayuda de un modelo como respuesta a una pregunta, y en el segundo se les pide que complementen una historia con la oración que se espera que emitan, pero sin un modelo de ayuda. Los ejemplos se presentan con un apoyo visual; además,

---

<sup>47</sup> En este programa no se toman en cuenta a profundidad las dificultades morfológicas, sólo los problemas relacionados con la producción de estructuras sintácticas. En otros programas que han diseñado Helm-Estabrooks y Albert (2005) tampoco hacen alusión al componente morfológico, lo cual podría interpretarse como que existe poca alteración en él, pero sabemos que se llegan a afectar procesos morfológicos básicos, como la derivación y flexión.

cada oración e historia representan interacciones comunicativas de la vida cotidiana (:272-273).

La clase de oraciones que se sugieren en el PPSA son: imperativa declarativa (¡Levántate!); imperativa transitiva (¡Bébetela leche!); pregunta *qu-*, qué y quién (¿Qué estás mirando?, ¿Quién vendrá?), pregunta *qu-*, dónde y cuándo<sup>48</sup> (¿Dónde está el hospital?, ¿Cuándo aterrizamos?), declarativa transitiva (Doy clases en la escuela); declarativa intransitiva (Él nada); comparativa (Ella es más alta) y preguntas de respuesta cerrada sí/no (¿Estás triste?):(276-277). Sin embargo, los autores no explican la razón por la cual han elegido este tipo de estructuras, ni qué estrategia se utiliza en caso de que los sujetos, pese a repetir estos estímulos, no logren trasladarlos al uso real. Si bien, por medio de las “preguntas *qu-*” es posible ubicar los papeles temáticos, no se señala cómo tratar un aspecto relacionado con estos papeles en la estructura sintáctica: el orden de los constituyentes. Tampoco se muestra si sólo se estimula el uso de palabras funcionales en el contexto sintagmático o si hay alguna otra técnica para diferenciar su empleo en caso de que se esté utilizando una palabra funcional por otra.

De igual manera, Cuetos (1998) advierte un problema significativo en este programa: el tipo de respuestas que se desea obtener con los estímulos presentados, ya que pueden ser distintas a las esperadas, aunque no por eso incorrectas. Por ejemplo, si se está trabajando con oraciones transitivas y el ítem que el terapeuta le da al paciente es “Cuando la gente me pregunta a que se dedica mi amiga ¿Qué les digo?”, la respuesta que se espera es “pinta cuadros”, pero quizás produzca una oración intransitiva como “está pintando” o sólo “pinta” (:202). No hay un control total sobre el tipo de respuestas, por lo que el terapeuta tendrá que guiar al sujeto con otro tipo de estrategias en la producción de respuestas esperadas.

A pesar de que una de las intenciones del programa es estimular la producción sintáctica en un marco comunicativo funcional, no parece que se ponga suficiente énfasis en los actos comunicativos para que el individuo emplee las estructuras ejercitadas. Hace falta el diseño de situaciones

---

<sup>48</sup> En realidad, la versión en inglés del programa se refiere a las preguntas interrogativas *wh-*: *who*, *what*, *where* y *when*, pero en español no existe esta correspondencia en las preguntas dónde y cuándo, por lo que no podrían denominarse preguntas *qu-* propiamente.

interactivas en las que el sujeto tenga que hacer uso de las estructuras sintácticas que esté ejercitando, pues el programa se limita al “modelado” de las mismas, sin abarcar completamente su función comunicativa. Aunque esto no demerita el trabajo terapéutico que se realiza, sino que da pie para buscar otras actividades complementarias de interacción que ayudarían a obtener mejores resultados en el componente sintáctico, pues como ya se ha señalado anteriormente, el uso comunicativo del lenguaje brinda la pauta para la organización de la estructura gramatical (Bruner, 2007; Tomasello, 2005).

Por su parte, Cuetos (1998) refiere como otra opción en el tratamiento de las dificultades sintácticas la “técnica *priming* de repetición”, que consiste en la repetición<sup>49</sup> de cierto tipo de oraciones (transitivas, pasivas, etc.) antes de mostrar a los sujetos un dibujo para que lo describan. De acuerdo con el estudio en el que se basa esta técnica, después de repetir cierto tipo de oración, los pacientes describían el dibujo empleando la misma clase de oración antes repetida (si estaba en voz activa, tendían a utilizar en la descripción una en activa). En la práctica, este autor considera que se trata de una técnica eficaz; no obstante, brinda pocos detalles sobre cómo se manejan los papeles temáticos, además de que no especifica qué otro tipo de oraciones se suelen utilizar.

Pese a que en la técnica anterior tampoco se consideran las dificultades morfológicas, este autor refiere un programa breve para trabajar específicamente la flexión verbal, el cual consiste en preparar secuencias de tres dibujos en los que se representa una acción (antes, durante y después) con el fin de que el paciente los describa utilizando las flexiones de los tiempos pasado, presente y futuro. En caso de que no pueda hacerlo, se le brinda la ayuda para asociar cada verbo flexionado con el dibujo correspondiente, así como claves que le faciliten la tarea, por ejemplo, acordarse de utilizar un verbo con flexión de pasado con el adverbio ‘ayer’, en presente con ‘ahora’ y en futuro con después. En pacientes con dificultades en la morfología nominal

---

<sup>49</sup> En cuanto a la repetición como estrategia para la reintegración del lenguaje, Gerardo Pérez (2005) investigó el papel de la repetición en el tratamiento de la afasia. Con base en el análisis de diversas pruebas aplicadas a diferentes afásicos en el Hospital General (Departamento de Neurolingüística), concluye que se trata de un ejercicio fundamental en la terapia, ya que “el paciente recupera su capacidad para discriminar estructuras, reelaborarlas en su mente para posteriormente producirlas, por lo que es un proceso que abarca las direcciones *in put* y *out put* del lenguaje” (:99).



también se puede emplear el apoyo visual para marcar la desinencia del plural (-s, -es), o de género (-o, -a).

Una duda que surge a partir de la descripción breve de este programa se relaciona con la forma de trabajar las irregularidades de las flexiones verbales, es decir, considerando que formas como *comió, come y comerá, bebió, bebe y beberá* son regulares de la segunda conjugación (-er), frente a formas como *hizo, hace o hará*, o de la tercera conjugación (-ir) como *vino, viene, vendrá*, ¿cuál será la manera de señalarle al paciente, por ejemplo, que no todos los verbos cuando se conjugan en pasado terminan en -ió, que no siempre se mantiene el radical del verbo en infinitivo?

De manera general, se advierte en los programas descritos una falta de precisión en las estrategias empleadas para tratar dificultades como la omisión de las palabras funcionales, problemas en el orden y en la asignación de papeles temáticos y problemas de flexión morfológica. Pero sobretodo, hace falta una mayor estimulación dentro de un contexto comunicativo, es decir, se trata de una serie de ejercicios que no se sabe hasta qué grado repercutan en el uso real que el paciente haga de su lenguaje, puesto que no están inmersos en situaciones comunicativas, por lo que, tomando en cuenta las aportaciones de Bruner (2007) y Tomasello (2005), la interacción social contribuiría en gran medida a analizar y organizar mejor las estructuras alteradas.

### 3.2.3.2 Intervención desde el modelo naturalista

A diferencia de los programas señalados en el apartado anterior, los ejercicios que se han planteado desde presupuestos naturalistas para tratar las dificultades morfosintácticas en los niños enfatizan la importancia del contexto, esto es, de interacciones comunicativas donde los individuos se vean en la necesidad de utilizar diversas estructuras sintácticas o formas, con la finalidad de lograr una meta comunicativa. Dado que el propósito central (mas no el único) del lenguaje es la comunicación, Carballo y Fresneda (2005) señalan que, sin importar el modelo teórico que el terapeuta adopte, la terapia del lenguaje debe “ocurrir en situaciones reales y suministrar a un niño la oportunidad de abordar interacciones verbales significativas” (:S78)<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> La ‘S’ significa que el artículo está incorporado en el suplemento 1 de la *Revista de Neurología*, 2005, No 41 (Véase referencia completa en el apartado de Bibliografía).

Para lograr la integración del sujeto en una actividad interactiva, Acosta y Moreno (1999) sugieren algunas consideraciones básicas en el diseño de un programa específico; por ejemplo, saber cuáles son los intereses del individuo, para utilizarlos como herramientas de enseñanza; brindarle situaciones, medios y materiales que despierten en él la necesidad de “descubrir, adquirir y usar nuevas elaboraciones gramaticales”; dotarlo de estrategias que le permitan estructurar su lenguaje de la mejor manera posible y hacerlo tomar conciencia del efecto que provocan sus tentativas comunicativas (:155). Para ello, la actividad más completa en la que los niños pueden tener aprendizajes significativos es el juego, ya que, como señalaba Bruner (2007), en el proceso de adquisición del lenguaje se ha observado que durante el juego comienzan a elaborarse las estructuras lingüísticas, además de que se desarrollan aspectos pragmáticos esenciales para el uso del lenguaje. Por lo tanto, dentro de este tipo de actividad no sólo es posible estimular el componente morfosintáctico, sino el lenguaje en general.

Algunos ejercicios que estos autores proporcionan como guía dentro del marco lúdico son el “reconocimiento y juicio de la gramática”, en el que un muñeco o robot produce palabras o frases con alguna anormalidad gramatical, por lo que, el sujeto tiene que reconocer el error y expresar la forma adecuada<sup>51</sup>; el “cierre gramatical”, que le brinda la posibilidad de valerse de la información sintáctica o semántica disponible para completar la oración; “producción de oraciones dirigidas”, en el cual se pide a los niños cambiar una oración, por ejemplo, una afirmación en una pregunta; “producción de oraciones con incorporación de palabras seleccionadas” donde, a partir de una palabra dada se le pide que formule una oración (:156), además de otros donde se ejercita el orden de la estructura sintáctica y la morfología verbal.

Lo que no mencionan Acosta y Moreno es si el refuerzo de cada ejercicio depende de las dificultades específicas del individuo, pues si bien, puede haber niños que no tengan dificultades en el reconocimiento de estructuras adecuadas, habrá otros que sí tengan un fuerte problema al respecto. Tampoco refieren si existen ejercicios donde se controle

---

<sup>51</sup> Juárez y Monfort (2001) insertan este ejercicio dentro de las actividades metalingüísticas, no obstante, advierten que no parece ser muy eficaz si no se aplica a elementos y procesos previamente dominados por el niño (: 208).

específicamente el uso de las palabras funcionales, ya que, como hemos visto, una de las mayores dificultades tanto en niños como en adultos estriba en el empleo de este tipo de palabras.

Si bien, el hecho de que los ejercicios propuestos se inserten dentro de una interacción comunicativa, y que principalmente el énfasis en el intercambio comunicativo debe ser uno de los objetivos básicos de un programa terapéutico general, quizás también haga falta diseñar otros que se centren en la estimulación de las palabras funcionales, así como en la importancia de los papeles temáticos en la oración. Aunque esto también puede representar un riesgo frente al marco comunicativo, pues se ha planteado que “la forma gramatical debe ser raramente, aunque lo sea alguna vez, el único aspecto del lenguaje y la comunicación que es el objetivo (*target*) en un programa de intervención del lenguaje” (Carballo y Fresneda, 2005: S79). Cabe aclarar que la especificación de los ejercicios no significa que éstos impliquen la imitación de un modelo sintáctico o morfológico, sino que en ellos la situación comunicativa se diseñe de tal manera que puedan salir a flote formas particulares como las palabras funcionales.

### 3.2.3.3 Intervención desde el modelo lingüístico

Otra perspectiva desde la cual es posible abordar los problemas morfosintácticos es el modelo lingüístico (enfoques formal y funcional), esto es, mediante el empleo de ejercicios estructurales, hasta el traslado de las formas lingüísticas al uso comunicativo, característica que comparte con el modelo naturalista. Sin embargo, a diferencia de él, las actividades planteadas desde el modelo lingüístico son más precisas, ya que están diseñadas para tratar aspectos morfosintácticos puntuales.

Como muestra, Juárez y Monfort (2001) han propuesto actividades para estimular la producción de una estructura sintáctica a partir de un modelo: la frase<sup>52</sup>. Una de ellas consiste en presentar al individuo la oración simple sujeto+verbo e ir aumentando complementos, a veces con apoyo visual (fotografías, dibujos) o de muñecos realizando alguna acción para que el sujeto

---

<sup>52</sup> Estos autores denominan frase o enunciado a lo que en este trabajo se está considerando como oración.

describa lo que ve, por lo cual se le pregunta qué sucede con lo que está viendo representado.

En otra actividad más completa se trabaja con la manipulación de los diferentes elementos de la oración, por ejemplo, el cambio de orden (“El niño le da un regalo a la niña” “La niña le da un regalo al niño”); cambio de nexos (“El avión viene a Barcelona” “El avión viene de Barcelona”); cambio en la morfología nominal o en la flexión verbal (“Juan llamó a Luisa porque estaba enfermo” “Juan llamó a Luisa porque estaba enferma”); cambio en la entonación<sup>53</sup> (“Tu padre está enfermo” “¿Tú padre está enfermo?”), entre otros más (:199). No obstante, estos autores señalan que está actividad también tiene un carácter metalingüístico, por lo que se debe considerar que el paciente ya domine ciertos elementos previos.

En las dos actividades mencionadas se cuida la presentación de los diversos aspectos sintácticos y morfológicos, aunque para dificultades mayores Juárez y Monfort sugieren el empleo de sistemas de apoyo como claves pictográficas (dibujos que representan la palabra), programas de computadora, e incluso sistemas gestuales. Asimismo, puede notarse que dichos ejercicios se han elaborado desde el enfoque formal, pero para trasladarlos a un uso funcional, se parte del discurso narrativo para estimular la comprensión y producción sintáctica por medio de la lectura de relatos conversacionales u otros textos narrativos, en los que se le pide al individuo ordenar la secuencia de la historia a partir del apoyo visual y sin él. Cuando se estimula la producción, se pide que generalmente sea sobre algún aspecto relacionado con la vida cotidiana del sujeto, como intereses y experiencias, que den pie al intercambio verbal.

Aunque la integración de los enfoques formal y funcional al momento de diseñar actividades para tratar las dificultades morfosintácticas parece un método adecuado, puesto que en el primero se pone mayor precisión en la forma lingüística y en el segundo se procura proyectarlo en el uso, es fundamental considerar como eje de la terapia los presupuestos del modelo naturalista. En las sesiones de terapia que he tenido la oportunidad de

---

<sup>53</sup> Sin embargo, estos autores relacionan la entonación con el cambio de significado, mas no consideran aspectos esenciales como la altura tonal y la curva de entonación de cada frase u oración, características señaladas por Simone (2001).

observar, este aspecto se maneja constantemente alrededor del juego simbólico, ya sea imaginando situaciones como “el supermercado” o la “casita”, en las que se demanda a los niños utilizar estructuras como oraciones transitivas para alcanzar un objetivo determinado como lograr comprar un objeto o atraer la atención del otro, es decir, peticiones en las que el lenguaje cobra sentido.

## Niveles semántico y pragmático

### 4.1 Componente semántico

Cuando nos comunicamos no sólo proyectamos fonemas articulados en palabras que, a su vez, están conformadas por morfemas y son parte de unidades mayores, sino que, además de estos elementos de expresión (en términos de Hjelmslev), hay un significado global en el interior del mensaje que queremos transmitir, y particular para cada palabra elegida. Si bien cotidianamente podemos decir que cierta palabra "significa" algo, por ejemplo, el vocablo "perro" refiere a un animal canino de cuatro patas, no todo el léxico alude a un referente de la realidad, como las preposiciones, palabras con valor relacional, que dan cohesión y marcan un significado global, más que poseer uno individual. Por consiguiente, si nos referimos al significado de una palabra, ¿hacemos alusión a un referente de la realidad o a un símbolo de la misma? Aunque este tipo de cuestionamientos se empezó a formular desde la filosofía griega, en la lingüística no hace más de dos siglos que el significado se volvió un tema de interés (Simone, 2001), por lo que, para los fines del presente trabajo, resulta primordial determinar qué es lo que se entiende por significado y de qué manera se definen las dificultades semánticas.

#### 4.1.1 Significado y su organización

Desde la perspectiva estructuralista, Saussure (1988) propuso, a partir del principio del lenguaje como sistema de signos, que el significado es el concepto mental que integra al signo lingüístico y está relacionado con la imagen acústica (significante) del mismo, aunque ello no implica algún vínculo con la realidad ni que esta relación sea unívoca, dado que el signo lingüístico es arbitrario (:103). En esta misma línea, pero mediante términos distintos, Ullman (1967) basado en la propuesta acerca de la estructura del significado de Odgen y Richards (Figura 4), plantea que en éste interactúan de manera recíproca y reversible el nombre (configuración fonética) y el sentido (información que el nombre comunica al oyente), el cual tiene un referente en la realidad, pero indirectamente, es decir, no hay una relación lineal entre el nombre y el sentido, más bien el primero simboliza un pensamiento o referencia que, a su vez, señala un rasgo o acontecimiento de la realidad.

A pesar de que Ullman también maneja en su propuesta la idea de correspondencia entre nombre y sentido, no niega la importancia del contexto en la determinación del significado de algunas palabras que no "tengan sentido por sí mismas" (:59). Además, este autor supone la existencia de una red de asociaciones de las palabras, esto es, que sus significados no se encuentran aislados, sino que están interrelacionados en esferas conceptuales conocidas, tales como el campo semántico.

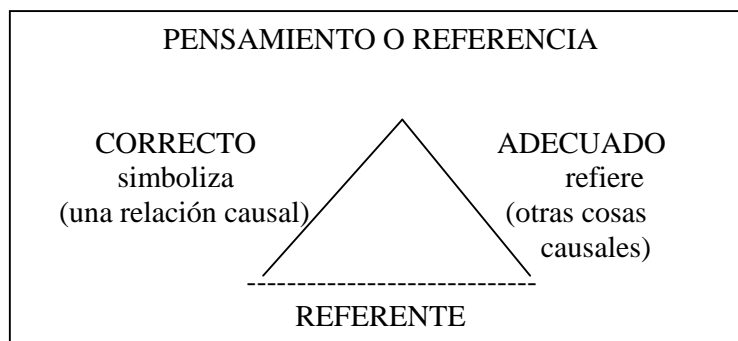


Figura 4. Tomado de Ullman (1967: 64)

Por otro lado, a partir del supuesto de palabras como unidades léxicas que combinan forma y significado, Lyons (1997) propone que puede haber más de un tipo de significado, por ejemplo, distingue entre significado léxico, la información que las palabras traen consigo en cuanto a lexemas de la lengua, y el significado gramatical, expresado en el momento en que las palabras se integran al interior de una frase u oración, como el que poseen las preposiciones. Asimismo, no niega que las palabras estén vinculadas entre sí mediante lo que llama 'relaciones de sentido', ya sea sustitutivas (paradigmáticas), dado que pueden intercambiarse por otras de la misma categoría gramatical, y combinatorias (sintagmáticas), cuando la relación se establece con expresiones de diferente categoría (:150)<sup>54</sup>. Una manera de observar estas relaciones es la descomposición de las palabras en sus rasgos mínimos<sup>55</sup> mediante el análisis componencial, el cual muestra todos los elementos que conforman el objeto referido por la forma o el significante; aunque dicho procedimiento no se pueda aplicar a todo el léxico debido a la

<sup>54</sup> Aunque Lyons también ha estudiado el significado oracional, asociándolo a elementos pragmáticos, en este trabajo sólo se considerarán sus aportaciones al significado léxico.

<sup>55</sup> La hipótesis de la semántica composicional ha sido criticada por la gramática cognitiva, en la cual se considera, que el significado de una expresión no está configurado por rasgos semánticos, sino que integra conceptos de diversos *dominios cognitivos* (Langacker, 1987).

amplitud del mismo y a su poca practicidad en un análisis global (Simone, 2001).

Las consideraciones mencionadas hasta el momento en torno al significado se enmarcan, en su mayoría, dentro de una tendencia que podría denominarse 'referencialista', pues señalan que éste refiere una entidad de la realidad y la abstrae proyectándola en una forma concreta (por ejemplo, la palabra). Sin embargo, cabe señalar que, desde otro enfoque se ha relacionado el significado con el proceso cognitivo. A diferencia de los supuestos anteriores, en la lingüística cognitiva se concibe el significado como una parte de la cognición humana, vinculado a otras capacidades cognitivas (Langacker, 1987; Joseph y Hilferly, 1999). Si bien la estructura semántica es una convención lingüística, también se trata de una estructura conceptual relacionada con la experiencia mental; en otras palabras, dicha estructura es el resultado de nuestra conceptualización de la realidad, por lo que no implica una relación unívoca con la referencia ni se apega a condiciones de verdad (Maldonado, 1993).

Un objeto o hecho del mundo puede ser conceptualizado de distintas maneras según el contexto en que se encuentre, o en otras palabras, los dominios cognitivos que active. De acuerdo con Langacker (1987), los dominios son entidades cognitivas, "*mental experiences, representational spaces, concepts, or conceptual complexes*" (:147), que sitúan al significado en su entorno conceptual adecuado, por lo tanto, están implícitas en una expresión. Este proceso, aunado a lo que el mismo autor denomina *imagery* (capacidad de estructurar el contenido mental mediante una serie de alternativas) contribuye a la configuración de significados específicos<sup>56</sup>.

Por otra parte, es importante señalar que, con base en los datos obtenidos en estudios realizados a pacientes afásicos y no afásicos, se ha

---

<sup>56</sup> Estos planteamientos nos llevan a discutir la relación entre el lenguaje y la cognición, pues se ha observado que, cuando existen enfermedades relacionadas con aspectos cognitivos (por ejemplo, la enfermedad de Alz-Heimer o la esquizofrenia), no hay una afectación importante en el lenguaje (en cuanto a su estructura); en cambio, un trastorno en el lenguaje no implica necesariamente un daño en la esfera cognitiva (Obler y Gjerlow, 2001). Según esta observación, ambos serían independientes; no obstante, si se considera como ejemplo que en la etapa más avanzada de Alz-Heimer el contenido (la "experiencia mental" que menciona Langacker) se modifica, al grado de "perder" el significado de las palabras y la interrelación entre las mismas, entonces no podríamos afirmar tajantemente que ambos (lenguaje y cognición) estén tan alejados. Esto también parece una prueba a favor de la gramática cognitiva, pues si se afectan los procesos cognitivos, por ende, se altera el proceso de significación.



intentado caracterizar el procesamiento del significado léxico, lo cual ha dado lugar a hipótesis sobre la existencia de diversos sistemas semánticos (lingüísticos y no lingüísticos), esto es, que una palabra pueda tener una representación verbal y una representación visual<sup>57</sup>. Sin embargo, Caplan (1992) cuestiona esta posibilidad y sugiere que quizá haya un solo sistema de procesamiento, pero falta conocer cómo se integran estas representaciones y de qué manera se interrelacionan.

En lo que respecta a la organización semántica, principalmente del léxico, también se han propuesto diversas hipótesis. Aunque no forma parte en sentido estricto de la corriente estructuralista, los principios organizativos que determina Simone (2001) conservan el carácter sistémico del lenguaje. Uno de ellos es el *principio de gradación*, por medio del cual se disponen los grupos de palabras en una escala entre dos extremos, conforme a determinado significado. Esto no significa que todo el léxico esté organizado así, pues en el caso de palabras como ‘hambre’ no existe una gradación tal cual, sino es mediante el acompañamiento de otros elementos, por ejemplo, un determinante (‘poca’ hambre, ‘mucho’ hambre). Otro principio<sup>58</sup> ampliamente estudiado durante la adquisición del lenguaje, que se corresponde con lo que líneas más adelante veremos como niveles de organización, es la *hiponimia*, la cual consiste en la relación del significado de una palabra X incluido en el significado de Y. Por ejemplo, la palabra ‘fruta’ es hiperónimo de ‘manzana’, ‘pera’ y ‘naranja’, y éstas a su vez son hipónimos de ‘fruta’ y co-hipónimos entre sí. De acuerdo con Simone, los hiperónimos son *intensionalmente* más pobres, puesto que tienen menos componentes semánticos que los hipónimos (más específicos, y por lo tanto, con mayor número de rasgos), aunque son *extensionalmente* más ricos, debido a que abarcan un mayor número de objetos a los que se atribuyen (: 413).

---

<sup>57</sup> A partir de los estudios analizados por Caplan (1992) se establecen algunos modelos de procesamiento donde las representaciones visuales y verbales convergen en una etapa del proceso. Además, destacan los trabajos de Warrington y Shallice (1984 *apud* Caplan), quienes establecen algunos criterios para establecer si un trastorno se define como pérdida de la representación semántica o un déficit de acceso a la misma.

<sup>58</sup> Asimismo, otras propuestas de interrelación léxica, que no se detallarán porque no es parte del fin de este trabajo, son la sinonimia (relación de dos formas con un mismo significado, según Lyons, 1997), la homonimia (la relación de palabras sólo por la forma, no por el significado), la polisemia (significado múltiple para un lexema), entre otras.

En relación con la hiponimia, también se ha planteado la asociación léxica en campos semánticos, esto es, en grupos de palabras que comparten una serie de rasgos en común; las unidades que conforman un campo semántico están dispuestas en oposición paradigmática, de tal manera que ocupan el mismo lugar en el interior de un enunciado (:422). Para Ullman, el campo semántico está vinculado con la organización de nuestra experiencia, por lo que “cristaliza y perpetúa las ideas, los valores y las perspectivas de la sociedad” (1987:283). Incluso menciona que esto explica el comportamiento de pacientes afásicos que, tras haber sido descartados como daltónicos por haber fallado en pruebas de denominación de colores; se observó que no podían nombrar y agrupar los colores porque habían perdido la capacidad organizacional para incorporarlas en un modelo significativo.

En cambio, desde el enfoque de la lingüística cognitiva se habla de *categorización*, en referencia al mecanismo para organizar la información que se aprehende de la realidad, de tal manera que las expresiones (específicamente las palabras) están organizadas en *categorías cognitivas* (Joseph y Hilferly, 1999). De acuerdo con la llamada *teoría de prototipos* (Rosch, *apud* Joseph y Hilferly, 1999), no existe un límite determinado entre categorías, más bien éstas son difusas, no mantienen una serie de atributos definidos y conforman un *continuum* de significación<sup>59</sup>. Además, cada una de ellas tiene una zona central donde se encuentran los representantes prototípicos, esto es, los mejores ejemplares de la categoría. Sin embargo, dado que se trata de “casillas” abiertas, resulta difícil establecer cuál es el mejor representante de la clase, con base en qué propiedades determinar si una manzana es el prototipo de la categoría “fruta” o discriminar aquellos elementos que no se consideren centrales; más bien parece que los prototipos son el resultado de convenciones establecidas por la sociedad, lo cual los vuelve aún más complejos.

Desde esta perspectiva, se han propuesto tres niveles de categorización, es decir, el grado de abstracción en que se jerarquiza la información, a partir de

---

<sup>59</sup> Prueba de este *continuum* categorial, según Company (1997) en el caso de las categorías gramaticales, es el proceso de cambio lingüístico que se ha registrado en la lengua, ya que la falta de límites ha permitido que aquellas formas o estructuras situadas en las zonas marginales de una categoría sean ambiguas y, en consecuencia, más susceptibles a transformarse. La mayoría de los cambios empieza por las zonas más alejadas del foco, por lo que los prototipos son los últimos en sufrir modificaciones.

las características más generales a las más particulares: nivel superordinado, nivel básico y nivel subordinado<sup>60</sup>. Estudios sobre la adquisición del lenguaje han mostrado que las primeras palabras que se aprenden pertenecen al nivel básico (Rosch 1975, *apud* Caplan, 1992; Radford, 2000); esto se debe a que se asocian a objetos concretos, fácilmente perceptibles, además de tener una mayor frecuencia de uso.

#### 4.1.2 Anomia, agnosia semántica y otros

Ahora que hemos revisado algunos planteamientos básicos sobre el componente semántico, resulta conveniente explicar algunas dificultades que suelen presentar los sujetos con una lesión cerebral o durante el desarrollo del lenguaje. Una de ellas, presente tanto en niños como en adultos, es la *pobreza léxica*, esto es, el uso de un vocabulario reducido (Hernández, 2006; Acosta y Moreno, 1999), que afecta la expresión y comprensión en general. La posible explicación a este problema, según Hernández, es la limitación de las habilidades cognitivas que subyacen a la capacidad léxica (:256), lo cual apoya el planteamiento de la estructura del significado como un proceso cognitivo, tal como lo establece la lingüística cognitiva; además, se asocia a una pobreza en el uso del habla. Esto nos remite a los planteamientos de Tomasello (2005) y Bruner (2007) acerca de la adquisición simbólica de las palabras a partir de la interacción social, por lo que el contexto juega un papel importante para impulsar su uso comunicativo en la terapia de lenguaje.

Otro problema semántico persistente en las afasias es la anomia, entendida como la dificultad de acceso a las unidades léxicas (Hernández, 2006; Opler y Gjerlow, 2001, Cuetos, 1998). En algunos casos, la manera en que los individuos con anomia intentan acercarse a la palabra que no pueden nombrar es por medio de circunloquios y parafasias verbales (sustitución de la palabra a la que se quiere acceder por otra). La anomia no debe confundirse con los denominados *errores semánticos*, ya que, si bien en ambos hay una dificultad relacionada con el acceso léxico, en estos últimos la palabra que emite el sujeto “carece de relación formal (fonológica ni [sic] ortográfica) con el

---

<sup>60</sup> Este mecanismo se corresponde con el principio de *hiponimia* mencionado líneas arriba, ya que en ambos existe una asociación de términos, lo cual permite un manejo económico de los mismos al crearse una especie de lo que Simone (2001) denomina “efecto zoom” de la información.

objeto al que se refiere y sí se relaciona en el significado” (Cuetos, 2001: 970). Por ejemplo, si al paciente se le presenta la imagen de un gato, pero dice ‘perro’ se consideraría un error semántico porque la palabra producida pertenece a la misma categoría, por lo tanto, están claramente relacionados.

La concepción de los errores semánticos deja entrever que persiste la visión del significado como una relación entre una forma que alude a un referente de la realidad, pero en el caso de palabras que no tienen un referente tal cual porque señalan entidades abstractas no hay suficiente información al respecto<sup>61</sup>. En el trastorno conocido como *afasia* o *agnosia semántica* (Cuetos, 1998), se ha mencionado que algunos pacientes tienen dificultad en la representación semántica de conceptos abstractos, precisamente porque no se relacionan con un objeto concreto de la realidad. También en la afasia semántica se pueden afectar los rasgos más específicos de una categoría, ya que se ha observado que algunos pacientes son capaces de responder si una palabra pertenece a determinada categoría (por ejemplo, ‘león’ a la categoría ‘animal’), pero no señalan atributos más específicos. De igual manera, es posible que se les dificulte reconocer palabras pertenecientes a una categoría, como los objetos inanimados, o marcar la diferencia entre objetos abstractos y concretos, debido a sus diferentes características (:71-72).

En el caso específico de los niños, también se ha señalado que suelen presentar problemas en el desarrollo del léxico, como son el uso de términos genéricos sin especificar un referente (“dame la cosa que está ahí”); persistencia de una sobregeneralización, esto es, el empleo de un término generalizado (llamar ‘zapato’ a todo tipo de calzado) y el desconocimiento de los diversos usos de una palabra (Acosta y Moreno, 1999: 114-115). Estas dificultades sin duda tienen como consecuencia problemas en las relaciones de significado y, en un contexto más amplio, fallas en la organización y comprensión de la información que reciben. En la bibliografía consultada no se menciona si los niños presentan dificultades relacionadas con los niveles de

---

<sup>61</sup> Hernández (2006) menciona que hay dificultades en grupos de palabras que designan estados mentales y emociones, lo cual implica, según él, una “capacidad para realizar cambios de perspectiva o coordinada dialógica para reconocer nuestra subjetividad y la de nuestro interlocutor, y para operar discursivamente con este tipo de reconocimiento” (:265). Se puede observar que el reconocimiento de las diversas perspectivas está relacionado en gran medida con la pragmática del lenguaje, pues se considera el papel del otro en el acto comunicativo y en el empleo de este tipo de palabras.

organización, o con el desarrollo de determinadas categorías, lo cual parece una importante fuente de investigaciones futuras.

Otra de las alteraciones que repercuten en el componente semántico es la *ecolalia patológica*, que consiste en la repetición de palabras disociadas de su significado, por lo que no tienen una función comunicativa en el discurso, sólo mantienen la sustancia fonológica aislada de sentido (Hernández, 2006). Como se observa, en este trastorno no hay un acceso a la representación semántica de las palabras emitidas, ni de su uso adecuado en cada situación. Durante la terapia dada a un paciente autista me llamó la atención que, si bien una de las diferentes alteraciones que presentaba era la ecolalia, algunas expresiones que escuchaba de la terapeuta las repetía y producía después en una situación semejante a aquella donde se habían originado.

Por ejemplo, en una ocasión, se cayó un juguete que estaban utilizando, entonces la terapeuta dijo “se cayó” y él observó la acción y después repitió; cada vez que se caía algo ella, hacía el mismo énfasis en la acción y poco a poco el paciente la asociaba con la frase, hasta que sin ese refuerzo él espontáneamente logró producir dicha expresión cuando se enfrentó a una situación similar. No obstante, era impredecible que esto sucediera con todas las expresiones que escuchaba y repetía durante la terapia, por lo que hace falta un estudio a profundidad de este fenómeno para explicar su funcionamiento.

Por último, cabe mencionar dos tipos de alteraciones relacionadas con el carácter simbólico del significado, a los cuales no se le ha prestado la atención debida: la *asimbolia* y la *disimbolia*. En la primera se manifiesta una dificultad en el acceso al valor simbólico de las unidades léxicas, tanto de significados prototípicos, como no prototípicos, lo cual reduce su riqueza comunicativa, ya que las palabras se usan con un solo valor (literariedad). En cambio, la disimbolia es una dificultad en el procesamiento de técnicas mediante las cuales se logra otorgar un valor simbólico a las palabras, en la que subyacen otro tipo de alteraciones cognitivas (:269). Para subsanar estas dificultades, Hernández propone tomar en cuenta los principios de Tomasello (2005) en la terapia, es decir, considerar la interacción como herramienta con el fin de asignar un símbolo a las palabras.

Aproximarse a la estructura del significado y las interrelaciones semánticas resulta todavía una tarea compleja, ya que, en este caso no hay un límite preciso entre las dificultades simbólicas y las deficiencias cognitivas. De manera general, en la comprensión de las dificultades semánticas es necesario dedicar más atención al tipo de unidades léxicas alteradas, no sólo para diseñar programas de tratamiento más eficaces, sino también para entender mejor el procesamiento del significado y su organización interna.

#### 4.1.3 Tratamiento de las dificultades semánticas

##### 4.1.3.1 Intervención desde el modelo naturalista

Desde este enfoque se ha establecido como objetivo central en el tratamiento de las dificultades semánticas en los niños brindarles los recursos lingüísticos necesarios, que sirvan de apoyo para darle significado al lenguaje (Acosta y Moreno, 1999). Para ello, no sólo es importante enmarcar el léxico que se quiere reforzar en un contexto afectivo, sino también que dichos estímulos tenga un valor significativo, es decir, que se plantee una función comunicativa en diferentes situaciones de la vida cotidiana, lo cual ayudara a incorporar el conocimiento de las palabras y sus asociaciones en la interacción diaria. Por lo tanto, no se recomienda trabajar las palabras de manera aislada, sino “apoyarlas en otras ya conocidas para facilitar su organización en estructuras o categorías de significado” (:123).

Una de las actividades que permite además reforzar los significados que conserva el paciente, y ampliarlos por medio de interrelaciones con los otros, es buscar las diferencias y semejanzas entre algunos objetos o situaciones cotidianas, por ejemplo, entre referentes claramente perceptibles mediante la vista, como dos edificios o dos personas, e incluso entre conceptos como las estaciones del año (primavera-invierno). Otra tarea semejante es colocar diferentes objetos en una caja, para que el sujeto los saque al azar y señale, mediante una descripción, en qué se parecen y en qué se diferencian. Si bien, se empiezan a relacionar significados, no se sabe hasta qué grado este tipo de estimulación tenga un efecto duradero en el individuo; lo cual no implica que sea inútil, sino que, de acuerdo con el tipo de dificultad, haría falta una mayor precisión en los significados léxicos que se están estimulando.

Asimismo, Acosta y Moreno han propuesto otro ejercicio relacionado con el juicio sobre la consistencia del significado a nivel de oración; por consiguiente, se trata de una actividad de conciencia metalingüística, pues al paciente se le da una oración en desorden, o sin sentido, y debe modificar el orden o el significado alterado. Un ejemplo de la primera alternativa es decirle al niño: “Colegio al yo fui”, para que analice la oración y se de cuenta que en ese orden no se entiende lo escrito; sin embargo, por lo que he observado en la terapia, a los pacientes les cuesta trabajo darse cuenta de la alteración del orden de manera oral; en cambio, cuando esta actividad se realiza por escrito los resultados son mejores. Aquí se observa el papel que juega la sintaxis en el significado global de la oración, un aspecto que se prioriza en la gramática generativa (Chomsky, 1999), pero no se considera fundamental en la perspectiva cognitiva. La otra modalidad de este ejercicio es mostrarle una oración con un orden adecuado, pero con el significado alterado: “Me quité el abrigo porque hacía mucho frío” (:124), de tal manera que el paciente señale dónde está la inconsistencia semántica.

Además, para la “clasificación” semántica de las palabras, estos autores se apegan a la hipótesis de la organización en campos semánticos (Simone, 2001; Lyons, 1997; Ullman, 1967), por lo que sugieren que al niño se le muestren ilustraciones u objetos clasificados pertenecientes a diferentes clases, con el fin de agruparlos conforme a los rasgos que tengan en común. Esta actividad se realiza de manera gradual, es decir, primero se empieza con rasgos más globales (animales, partes del cuerpo, frutas) hasta llegar a clasificaciones más específicas (animales terrestres, animales marinos), de acuerdo con el grado de dificultad que represente para cada individuo. Aunque no basta únicamente con presentar las diferentes características compartidas entre elementos de una misma clase, sino también es importante señalar su función. En la terapia con niños, el apoyo visual resulta elemental, por lo que no debe dejarse de lado la hipótesis acerca de la imagen visual y verbal de las palabras planteada por Warrington (1975 *apud* Caplan, 1992), pese a que no todo el léxico tenga un correspondiente visual. Este apoyo se elimina gradualmente hasta lograr que el paciente alcance la evocación verbal (Pérez-Pamies *et al.*, 2001) sin recurrir a la imagen de la(s) palabra(s) que le muestren.

Dentro de este modelo de tratamiento es fundamental el papel del juego como un contexto natural, donde se estimula a los niños a conocer, retener y usar las palabras con un fin comunicativo. Asimismo, se busca trasladar los nuevos significados adquiridos del contexto de juego a otros como el escolar o familiar, por lo que los terapeutas indican a padres y maestros los avances del niño para que hagan un seguimiento en el ámbito correspondiente, pues no basta con lograr que el paciente adquiera una palabra y la use en un contexto, sino que la generalice a otros donde también sea pertinente su uso.

#### 4.1.3.2 Intervención desde el modelo cognitivo

En la perspectiva cognitiva todavía quedan muchas cuestiones por resolver en cuanto al procesamiento del significado y su organización. Si bien se han sentado algunas bases para aproximarse al mismo (Joseph y Hilferty, 1999; Langacker, 1999; Rosch, 1975 *apud* Caplan, 2001), el tratamiento del sistema semántico se vuelve complejo, dado que no se conoce exactamente el proceso, lo cual impide diseñar programas terapéuticos eficaces (Cuetos, 1998). A pesar de este gran obstáculo, se han puesto en marcha programas enfocados en subsanar elementos donde hay dificultades en la representación de palabras asociadas a una categoría específica, de acceso léxico, o la relación entre ellas.

Por ejemplo, para tratar determinadas categorías se ha propuesto ir de lo más general a lo más específico, esto es, se comienza por señalar al paciente los rasgos compartidos por los miembros de toda la categoría y después detenerse en los más específicos de cada elemento, hasta lograr diferenciar entre elementos de una misma categoría, para lo cual se pide a los sujetos identificar visualmente un barco, por mencionar un ejemplo, entre otros medios de transporte semejantes. En este caso, (al igual que en una de las actividades propuestas en la intervención naturalista) resulta importante el apoyo visual y verbal (imagen, forma escrita y oral) de cada significado. Sin embargo, este ejercicio está pensado en palabras que pueden tener una representación visual, lo cual conlleva un problema para aquellas que señalan conceptos abstractos.

En relación con lo anterior, Cuetos ha aplicado un programa para explicar a los pacientes el significado abstracto de determinadas palabras por medio de



la construcción de “redes semánticas”<sup>62</sup>. A partir del concepto en el que tuvieron dificultades o que perdieron, este autor explicaba el significado y lo relacionaba con otros, con base en una construcción de redes en las que participaba el individuo (:173). Como ejemplo, trabajó con un paciente el significado de “ley”, asociándolo principalmente con los conceptos “decreto”, “juicio”, “justicia” y “legislar”, y estos a su vez, vinculados con otros semejantes. No obstante, Cuetos no menciona si este ejercicio resultó eficaz para el sujeto, o si se aplicó también con otras palabras que implican conceptos abstractos. Esta situación demuestra que faltan mayores estudios en donde se aborde la manera de reconstruir el significado perdido de palabras que no conllevan una imagen visual definida, sino un concepto abstracto.

Generalmente los ejemplos de tratamiento en la práctica clínica se enfocan en las palabras que hacen referencia a una entidad perceptible visualmente, por lo cual, otra de las maneras de tratar aquellas palabras donde se dificulta la representación mental es mediante descripciones verbales. Para ello, se le pide a los pacientes recuperar los diferentes “atributos semánticos y perceptivos” de los conceptos indicados por el terapeuta, o viceversa, se le daba una definición de la palabra y el sujeto debe tratar de decir de que objeto se trata (:174). Aunque tampoco se sabe hasta qué grado este tipo de actividad ayuda a mejorar el conocimiento de determinado significado alterado, ni si hay un apoyo en su uso, por consiguiente, en los diferentes sentidos que adquiere según el contexto donde se utilice.

Cuando el objetivo es tratar la anomia (sobre lo que más se ha trabajado, según Cuetos) se utiliza la estrategia de repetición, esto es, pedir al paciente que repita la palabra que no pueda recuperar por sí solo, una y otra vez. Algunas facilidades que se le proporcionan son las claves fonológicas (dar el primer fonema o sílaba), con el fin de que el sujeto recuerde el principio de la palabra y la complete. Sin embargo, el efecto que tienen estas estrategias no es duradero y uniforme en todos los afásicos, pues si bien a corto plazo se logra la recuperación léxica, suelen olvidarla en un período más prolongado.

---

<sup>62</sup> Cuetos (1998) señala que estas redes son las que brindan significado a las palabras, ya que los conceptos se representan en la memoria como unidades independientes pero relacionados entre sí por medio de dichas redes (:22).

Por lo tanto, este autor recomienda realizar actividades específicas para cada trastorno, esto es, lograr diferenciar si se trata de una anomia “semántica” (problemas no sólo con la recuperación léxica, sino también el significado), en la que se debe hacer énfasis en la asociación de la palabra aprendida con su significado; la anomia “a nivel de conexión semántico-léxico fonológico”, en la que se refuerza el apoyo fonológico, o la anomia léxica (dificultad en la denominación), donde se busca que “el paciente adquiera de nuevo el mayor número posible de palabras que le permitan comunicarse” (:177), de acuerdo con su frecuencia de uso, o su pertenencia a campos semánticos del entorno donde se desenvuelve el individuo.

El tratamiento desde esta perspectiva no incorpora la construcción del significado mediante la experiencia mental, lo que, según Langacker (1987), activa una serie de dominios cognitivos; por tanto, sería útil para la terapia que se diseñaran e implementaran actividades para recuperar el significado mediante la estimulación de los diversos dominios que quizá active en el proceso habitual. En el caso de las categorías, hacen falta mayores estudios sobre la pérdida o conservación de los representantes prototípicos con el fin de analizar, en caso de que se conservaran, en qué medida su estimulación podría incidir en el tratamiento de algunas dificultades del significado.

#### 4.1.3.3 Intervención desde el modelo lingüístico

Cuando se tratan las dificultades semánticas a partir de un modelo lingüístico, uno de los aspectos fundamentales que debe contemplarse en la terapia, de acuerdo con Juárez y Monfort (2002) consiste en sistematizar las situaciones de interacción, esto es, buscar los contextos adecuados para la práctica de los ejercicios, por lo que proponen, al seleccionar las palabras que se reforzarán o estimularán, considerar la frecuencia de uso, la simplificación de las expresiones, así como la ausencia de ambigüedad referencial y la estabilidad de las estructuras que se les presentan. De tal manera que esta sistematización se vuelva una base para reforzar, en el caso de pacientes con dificultades en el desarrollo del lenguaje, los mecanismos naturales de adquisición del mismo. Además de considerar la adecuada programación de los contenidos y la implantación de determinadas “conductas comunicativas” y unidades lingüísticas mediante ejercicios dirigidos por el terapeuta (:82-83).

Antes de empezar a trabajar con ejercicios específicos, sobre todo en el plano de la expresión oral, estos autores recomiendan analizar la comprensión verbal en el sujeto; por ejemplo, realizar una actividad en la que la comprensión de las palabras no se deduzca por el contexto (ya sea una orden o petición), pues señalan que los niños generalmente asocian las palabras a una conducta concreta y a su uso, más que a un concepto en sí (:176). Si bien es importante que los sujetos sepan en qué momento se puede o no emplear determinada palabra, Juárez y Monfort argumentan que deben ser guiados de forma progresiva a una delimitación más precisa del significado. Para ello, han propuesto una serie de criterios a seguir en el momento de estimular el desarrollo léxico.

El primer criterio se refiere a la elección de las palabras que se presentarán; es más factible comenzar con las unidades léxicas conocidas por el paciente, e introducir poco a poco elementos nuevos por medio de contrastes. Si el individuo conoce algunas palabras relacionadas con distintas partes del cuerpo como 'brazo', 'mano' o 'pierna', se pueden agregar otras que ayuden a especificarlos, como 'codo', 'rodilla' y 'muñeca', lo cual reduce la extensión semántica de aquéllas. Asimismo, se recomienda utilizar una comprensión discriminativa, esto es, solicitar al sujeto un objeto entre varios más, según el tipo de dificultad que tenga, y mantener la oposición semántica cuando se refuerza el significado léxico; si se trabaja con vocabulario relacionado con una estación del año (por ejemplo, el verano) estimular al mismo tiempo el contrario (inverno), ya que

La consigna de buscar lo que hay en una y no en la otra o de encontrar las diferencias y semejanzas produce más razonamiento activo y más enunciados espontáneos que la simple pregunta de <<¿Qué es esto?>> [...] De esta manera se llega a determinar progresivamente los límites conceptuales, la extensión semántica de los términos utilizados (:177-178).

Algunas veces, en el caso de los niños he observado que cuando se pretende trabajar ciertas palabras, por ejemplo las referidas a partes del cuerpo, si se designan de forma aislada generalmente suelen olvidarlas; sólo mediante su constante uso o en contraste con otras, gradualmente las retienen.

Otro criterio que Juárez y Monfort han establecido es la inserción de una palabra nueva en diferentes contextos lingüísticos, con el fin de que los individuos se percaten de la referencia a la que alude la unidad léxica

empleada en diversas situaciones comunicativas. Primero se presentan en expresiones cortas, para después aumentar la extensión y añadirlas en unidades más complejas. Una vez que el sujeto logre la identificación de la palabra, con ayuda del contexto, se recomienda seguir con la comprensión de la misma sin este tipo de ayuda.

También estos autores señalan que la agrupación de las unidades léxicas en familias o clases semánticas puede estimular el desarrollo de nuevos significados y sus asociaciones, siempre y cuando no se caiga en un exceso de clasificación. Por consiguiente, consideran que la práctica más eficaz de este tipo de actividad es la progresión al momento de presentar los campos semánticos; primero se empieza con uno o dos elementos de cada clase, comparándolos, en oposición, con los de otra; después se aumenta el número de elementos, con el fin de que el paciente integre y asocie las palabras dentro de un conjunto de significado.

Si bien en algunos puntos las perspectivas estructuralista y cognitiva se contraponen, sobre todo en la manera de conceptualizar el significado, por un lado como parte del signo lingüístico en correlación con un significante o forma, y por el otro, como una capacidad cognitiva relacionada con la experiencia mental, también han desarrollado aspectos en común, es decir, modos semejantes de aproximarse a la organización del significado, por ejemplo, la hiponimia en correspondencia con los niveles de categorización, o las categorías en paralelo a los campos semánticos. Esto al parecer no es una casualidad fortuita, sino que más allá del enfoque que se adopte, muestra el comportamiento aproximado del componente semántico.

Un enfoque no niega el valor del otro, sino que, en algunos casos, explica mejor el significado de las palabras, por lo que se complementan. Como muestra hay palabras con un referente concreto, es decir, su representación es más precisa y delimitable desde la perspectiva estructuralista; en cambio, hay otras que se explican mejor mediante los dominios cognitivos que activan. Aun así, en torno a este componente falta analizar fenómenos como el valor simbólico de las unidades léxicas, el cual no se justifica únicamente a través del concepto de signo lingüístico.

Más adelante se muestra cómo, a pesar de los diversos enfoques que se manejan en la terapia, algunos conceptos expuestos en este apartado son

retomados dentro de ella de manera general, como el principio de signo lingüístico, para soslayar aspectos relacionados con el significado de las palabras, ya que algunas actividades de recuperación o desarrollo de unidades léxicas implican la relación de significado, como el concepto mental (o incluso visual) y el significante (forma acústica), la cual es explicada por medio de imágenes. Asimismo, para tratar la asociación de las palabras entre sí, se recurre sobre todo al planteamiento de los campos semánticos; la clasificación metalingüística de las palabras se lleva a cabo mediante el ejercicio de organizar objetos en varios campos según las características que comparten.

En los modelos de intervención presentados siguen vigentes, en su mayoría, los presupuestos estructuralistas, principalmente la teoría saussureana del signo lingüístico, en la que se considera el significado como la imagen conceptual relacionada con una forma acústica, y la organización de las palabras en campos semánticos. Aunque en el enfoque cognitivo se han señalado otros planteamientos como la teoría de prototipos, los niveles de categorización y la consideración del significado como una experiencia mental que activa diversos dominios cognitivos, no han sido valorados en la práctica clínica. En el caso del tratamiento de significados complejos como los que incluyen las palabras abstractas, los preceptos planteados por Saussure, Ullman y Lyons no ayudan a explicar este fenómeno con claridad, por lo que el trabajo de terapia bajo dichos supuestos es limitado. Hacen falta mayores estudios al respecto para incluir las propuestas de Langacker y la lingüística cognitiva, pues si se considerarán a profundidad quizá contribuirían mejor a la recuperación del significado o al desarrollo del mismo, claro que primero habrá de respaldar su efectividad por medio de investigaciones sólidas.

#### **4.2 Componente pragmático**

En los apartados anteriores hemos visto cómo se conciben y configuran las diversas unidades lingüísticas que conforman el lenguaje en tanto expresión (fonemas, morfemas, palabras, oraciones) y contenido (significado). Sin embargo, el lenguaje no se reduce a estos componentes, ya que éste adquiere su carácter verdaderamente comunicativo a partir de la consideración de un tercer aspecto: el uso. Para expresar una oración en un acto comunicativo, es

necesario considerar tanto la adecuada combinación de los fonemas que conforman las palabras que queremos utilizar, la conjunción de éstas en una estructura sintáctica y su significado individual y en conjunto; como nuestras intenciones, el contexto en el que nos encontramos, el mensaje implícito que queremos dar y la información compartida con nuestro interlocutor, entre otros factores, es decir, los elementos que conforman nuestro acto de habla en una situación determinada y sin los cuales, la comunicación con los otros no sería posible.

#### 4.2.1 Actos de habla y discurso

Aunque los estudios sobre el lenguaje surgieron desde hace varios siglos (Robins, 1981), las investigaciones en el ámbito de la pragmática son relativamente recientes. A partir de la segunda mitad del siglo XX, el interés hacia el uso lenguaje cobra auge con los trabajos de filósofos como Austin (1971), Searle (1990) y Grice (1991) acerca de los “actos de habla” y las implicaturas conversacionales, continuándose con estudios recientes enfocados en adquisición como los de Tomasello (2005, 2007) y Bruner (2007). No obstante, anterior a estos autores, Wittgenstein (1999) ya manifestaba en la primera mitad de este siglo su preocupación hacia el uso que, de acuerdo con su perspectiva, determina el significado de las palabras, por lo que ya no es posible hablar de referencialidad, sino de proposiciones que no se determinan por condiciones de verdad (si son verdaderas o falsas), sino por el empleo que se haga de ellas.

Basado en los supuestos de Wittgenstein<sup>63</sup>, Austin (1971) propone que ciertas emisiones no admiten un valor verdadero o falso; en cambio, se valora su eficacia comunicativa en un contexto determinado. Por ello, considera que “decir algo es hacer algo” (:138), en términos de lo que denomina “realizativo”. Cuando emitimos algo llevamos a cabo actos simultáneos, los cuales clasifica en tres tipos: actos locutivos, ilocutivos y perlocutivos. En el primero de ellos, el “decir algo” conlleva una emisión fonética con un sentido; el segundo implica elegir el significado con una intención (informar, ordenar, advertir), y en el

---

<sup>63</sup> Uno de los planteamientos de Wittgenstein en su *Tractatus Logico-philosophicus* era que si se pretendía reconocer el símbolo de un signo debía considerarse su uso con sentido. Cuando el signo no tiene un empleo, entonces carece de significado (:49), por lo tanto es el uso el que determina su valor.

tercer acto se produce un efecto del significado elegido sobre el interlocutor, sea ésta nuestra intención o no, por ejemplo, es posible convencer, confundir o disuadir a una persona mientras hablamos con ella (:144). Los tres tipos de actos de habla pueden llevarse a cabo de manera simultánea, por lo que Austin distingue entre producir efectos deseados y no deseados.

Asimismo, este autor enlista una serie de condiciones para determinar el funcionamiento “afortunado” de un acto de habla, entre ellas se encuentra un procedimiento convencional aceptado, que el acto se realice íntegramente, con las personas y circunstancias apropiadas, y en el cual los participantes tengan ciertos pensamientos o sentimientos y se desenvuelvan de manera adecuada (:56). La mayoría de estas condiciones se apegan a convenciones sociales predeterminadas, lo que muestra que se trata de una cuestión claramente cultural<sup>64</sup>. Si no se cumplen estas condiciones, la expresión emitida por el hablante se considera “infortunada”. Sin embargo, Gallardo (2006) especifica que, en el ámbito de las patologías del lenguaje, hay actos de habla desafortunados debido a causas diferentes a las planteadas por Austin; alguna lesión en el hemisferio derecho o un trastorno específico del lenguaje (los cuales se describirán más adelante).

A partir de los mismos planteamientos de Austin, Searle (1990) amplió la clasificación de los actos de habla en cinco categorías: representativos (referidos a la veracidad de las proposiciones), directivos (los que intentan intervenir en la conducta del otro), compromisorios (mediante los que se compromete el habla para realizar algo), expresivos (en relación con un estado psicológico) y declarativos (que provocan cambios en la situación institucional). Además, se apoya en la hipótesis de que “hablar un lenguaje es tomar parte en una forma de conducta gobernada por reglas” (:25). De acuerdo con este autor, es necesario que existan normas que regulen los actos de habla, ya que éstos son unidades mínimas de la comunicación lingüística realizados por los hablantes, no por las palabras. No obstante, Searle se centra en las expresiones referenciales, esto es, aquellas expresiones por medio de las cuales el hablante identifica un objeto, persona, proceso, evento o acción.

---

<sup>64</sup> Dado que el ser humano está diseñado para vivir en sociedad, el entorno (*habitus*) en que se desarrollan los niños después de nacer está constituido por determinadas interacciones sociales, objetos físicos, experiencias y oportunidades de aprendizaje, que les ayudarán no sólo a integrarse en la comunidad cultural, sino también a desarrollar sus habilidades cognitivas (Tomasello, 2007).

Por otra parte, es importante mencionar los planteamientos de Grice (1991) en torno al discurso conversacional. Para este autor, en la interacción comunicativa es fundamental la existencia de un “principio de cooperación” que regule la actuación de los interlocutores con el fin de que dicha interacción sea eficaz. Este principio nos indica “*Make your conversational contribution such as is required, at the stage at which it occurs, by the accepted purpose or direction of the talk exchange in which you are engaged*” (:26). A partir de él Grice refiere las “máximas conversacionales”, una serie de principios que se centran en aspectos particulares del tipo de contenido que debe manejarse en la interacción. Estas máximas se refieren a la *cantidad* (decir sólo lo necesario, ni más ni menos), la *cualidad* (veracidad de la información, en el sentido de tener evidencia de lo que se dice), la *manera* en que se organiza la misma (es preferible ser claro, breve y tener un orden para evitar la ambigüedad) y la *pertinencia* o *relevancia* de lo que se dice (ir directo al grano, y que la contribución tenga sentido en el acto comunicativo).

Además de estos elementos fundamentales en el intercambio comunicativo, Gallardo (2006) alude a otras categorías como la información dada o compartida entre los interlocutores, y la información nueva (la relación tópico-comentario, tema-rema), y la toma de turno, considerada como una reacción al interior de la conversación, la cual, a su vez, se caracteriza por siete rasgos que esta autora sintetiza en alternancia del turno, orden variable, duración de la participación, longitud, contenido, número de participantes y diseño pormenorizado (:115-117).

Por otro lado, los estudios sobre adquisición del lenguaje han mostrado la importancia de la interacción social en dicho proceso, ya que gracias a ella el niño obtiene las herramientas básicas para el uso convencional de los símbolos lingüísticos. Bruner (2007) denominó *formatos*<sup>65</sup> a la relación social entre el niño y el adulto encargado de su cuidado, donde ambos “*hacen cosas el uno para el otro y entre sí*” (:179) y en los cuales se regula la interacción, dado que el adulto ayuda al niño a alcanzar sus metas comunicativas hasta que éste las logra por sí solo. Así, en el interior de los formatos se empiezan a desarrollar

---

<sup>65</sup> Previo a esta interacción, también se reconocen las “escenas atencionales conjuntas”, que constan de la participación del niño y el adulto, quienes dirigen y comparten su atención hacia una tercera entidad (Tomasello, 2005, 2007).



elementos discursivos tales como las intenciones, la deixis y la presuposición. No obstante, Tomasello (2007) añade dos componentes claves a estos formatos: que el niño entienda al adulto como un ser intencional<sup>66</sup>, para compartir la atención con él en un contexto determinado, y la existencia de un mundo social preexistente, donde haya actividades estructuradas (Bruner las refiere como “rutinas”) que el niño comprenda y logre discernir tanto el desarrollo como el funcionamiento de los diversos roles que se desempeñan, con el fin de invertir los papeles en la interacción y así, adquirir el uso convencional de los símbolos lingüísticos al emplearlos de la misma manera en que el adulto los usa cuando se dirige hacia él.

En síntesis, en los elementos pragmáticos como los actos de habla es claro que se hace algo con las palabras, es decir, estos símbolos tienen un uso, ya sea simplemente al emitir sonidos con sentido, tener una intención al producir expresiones o incluso persuadir a nuestro interlocutor para que realice una tarea determinada. Los actos comunicativos están regulados por convenciones sociales preestablecidas, por consiguiente, en su interior es necesario tener presente el “principio de cooperación” y las máximas conversacionales, pues ayudan a adecuar la información que se maneja y la intervención de los participantes. Además, es importante resaltar el papel de la interacción social (formatos) en la adquisición y desarrollo del lenguaje, ya que por medio de ella los niños logran gradualmente adquirir e interiorizar el uso convencional de los signos lingüísticos. Para ello, es necesario que estén conscientes del otro como agente intencional, compartan la atención con él y logren intercambiar los roles en la interacción (Tomasello, 2007).

#### 4.2.2 Dificultades pragmáticas

Una vez descritos los principios conversacionales, resulta oportuno preguntarse cómo se han comprendido o manejado las dificultades o trastornos pragmáticos, o qué características tiene un individuo con problemas en este componente. De manera general, se utiliza el término “dificultad pragmática”

---

<sup>66</sup> Para que los niños lleguen a comprender a los otros como seres intencionales es necesario, de acuerdo con Tomasello (2007), que sean capaces no sólo de identificarse con los demás, sino de concebirse a sí mismos como agentes intencionales. Estas habilidades forman parte de la herencia biológica humana, cuyos efectos se observan en la interacción del niño con el adulto y entre sí. De cierta manera, se trata de habilidades que permiten a los infantes integrarse al mundo cultural que los rodea.

para referirse a los problemas en el uso del lenguaje con fines comunicativos que presentan los individuos (Acosta y Moreno, 1999). Sin embargo, también se ha considerado que las alteraciones relacionadas con la pragmática se pueden agrupar en dos rubros (Gallardo, 2006): de *desarrollo*, por ejemplo, el desorden semántico-pragmático, el trastorno específico del lenguaje o el espectro autista, y *adquiridas*, como es el caso de las lesiones en el hemisferio derecho. Se dividen de esta manera porque las alteraciones del primer tipo se manifiestan durante el desarrollo del lenguaje, es decir, no se llegan a asentar adecuadamente las habilidades necesarias en dicho proceso; en cambio, las alteraciones adquiridas se producen después de que en el sujeto se ha estabilizado el sistema lingüístico, y una lesión cerebral lo “desorganiza”.

De acuerdo con Gallardo (2006), el desorden semántico-pragmático engloba las dificultades de los individuos en la toma de turno, el mantenimiento del tema o el significado inferencial. Si bien presentan un lenguaje y articulación fluidos, los niños con este desorden además pueden tener problemas en la comprensión del significado de los mensajes, tienden a interpretar las expresiones literalmente, producen parafasias semánticas y no especifican ciertos significados (:156). Esta autora no menciona si las dificultades son uniformes o varían de persona en persona; tampoco explica por qué aparecen durante el desarrollo del lenguaje.

En cuanto al trastorno específico del lenguaje, no sólo existe una discusión terminológica al respecto, sino que también es difícil precisar sus causas y sus límites (Acosta y Moreno, 1999; Narbona y Chevie-Muller, 2001). Este trastorno consiste a grandes rasgos en el desarrollo asincrónico de los distintos componentes del lenguaje considerados a veces como retrasos, aunque otros autores lo diferencian del retraso del lenguaje (Acosta y Moreno, 1999). La repercusión de esta alteración en el componente pragmático se caracteriza por un predominio de gestos y conductas no verbales en el intercambio comunicativo, poca participación espontánea en el mismo, el empleo del lenguaje sólo para funciones comunicativas básicas y una “competencia conversacional” limitada (:21), aunque habría que preguntarse qué se entiende por esta competencia y cuáles serían los parámetros para considerar que una persona posee una competencia conversacional adecuada.

Otro de los padecimientos en los que se manifiesta de manera muy clara dificultades pragmáticas es el espectro autista o autismo. Se trata de un síndrome conductual en el que se han alterado las relaciones sociales con los demás, dado que el individuo autista no es capaz de mantener la atención con el otro en una interacción comunicativa (Alessandri *et al.*, 2005). En él se observa retraso en la adquisición del lenguaje, variaciones en la entonación, ya sea un tono plano o, contraste excesivo, es decir, elevación y disminución repentina del tono y dificultades en el uso de los pronombres (Pasantes, 2000). En este caso tampoco se conoce cuáles son sus causas, ya que no se tienen pruebas de que se deba a una alteración neurológica específica; no obstante, Tomasello (2007) ha propuesto que los autistas no se integran en la interacción social porque tienen dificultades para identificarse con otras personas, lo cual impide que consideren al otro como a sí mismos, por consiguiente, no entienden sus intenciones (:102).

En cuanto a las dificultades pragmáticas “adquiridas”, éstas se deben principalmente a una lesión en el hemisferio derecho, pese a que en el hemisferio izquierdo se procesa lo que se considera como la forma y contenido del lenguaje: fonología, morfosintaxis y semántica (Joanette *et al.*, 2008; Opler y Gjerlow, 2001). Los aspectos que se suelen alterar tras una lesión en el hemisferio derecho están implicados en el uso<sup>67</sup>: prosodia, habilidades discursivas, “procesamiento lexicosemántico” y habilidades pragmáticas. Esto no quiere decir que sea una norma encontrar alterados todos los componentes en un paciente, sino que se generan distintos grados de afectación, lo cual muestra que se trata, al igual que en las afasias, de patrones clínicos heterogéneos (Joanette *et al.*, 2008: 485), por lo tanto, el comportamiento comunicativo suele ser distinto en cada caso.

Es importante señalar que uno de los elementos alterados, la prosodia, se ha distinguido en dos tipos (emocional y lingüística), pero ambos al parecer se manejan por distintos hemisferios; el hemisferio derecho está involucrado en la

---

<sup>67</sup> Caplan (1992) se refiere a los aspectos del lenguaje que se llevan a cabo en el hemisferio derecho como “procesos o funciones psicolingüísticas nucleares” (procesos de producción y reconocimiento de la forma y significado literal de las palabras y oraciones), mientras que denomina los aspectos del uso como “procesos psicolingüísticos no nucleares” (:423). No obstante, los términos “nuclear” y “no nuclear” son un poco ambiguos, ya que en cuestión de importancia me parece que el uso podría considerarse un proceso central, pues sin un buen empleo del lenguaje, no hay comunicación aunque se preserven la forma y el contenido.

parte emocional, mientras que el izquierdo domina el aspecto gramatical<sup>68</sup> (Obler y Gjerlow, 2001), lo cual, según Joannette *et al.* (2008), apoya la hipótesis de una “cooperación interhemisférica”. En consecuencia, una lesión en el hemisferio derecho propicia que el lenguaje se vuelva inexpresivo, es decir, se mantenga un tono “plano”. Otro aspecto que puede ser afectado se relaciona con el componente léxico, específicamente el plano del significado metafórico, pues los pacientes presentan dificultades en la comprensión de palabras polisémicas, mas no en su forma. Asimismo, se ha observado en algunos casos que los sujetos producen palabras “con bajo grado de prototipicidad” (:483), en tareas de fluencia verbal, aunque hacen falta mayores estudios al respecto para considerarlo como un rasgo característico de los pacientes de este tipo.

En el plano discursivo, los individuos proporcionan poca información, la organización de su discurso es simple, tienen dificultades en encontrar los referentes adecuados, así como en mantener el tema de conversación, por consiguiente, tienden a desviarse del mismo y a hacer comentarios inapropiados. Además, presentan problemas en la inferencia e interpretación de los mensajes, y muestran dificultades para cumplir el principio de cooperación que regula la conversación (:484). Joannette *et al.*, diferencian estas habilidades de las pragmáticas, en las cuales consideran que a los sujetos se les dificulta la interpretación de actos de habla indirectos, la apreciación de la ironía, el humor y el sarcasmo.

Como se observa, las alteraciones en el hemisferio derecho son complejas, pues recaen en el ámbito funcional del lenguaje, esto es, en el uso, al igual que otras dificultades pragmáticas. Recordemos que el ser humano utiliza el lenguaje como herramienta comunicativa para interactuar con los otros; si no hay una comprensión de las intenciones de los demás, ni un seguimiento de reglas convencionales en un acto de habla, será difícil hacer uso pleno de él, pese a que otras esferas (fonología, morfología y sintaxis) se conserven intactas. Aunque en algunos casos no se sabe con certeza las causas que

---

<sup>68</sup> Dado que en algunas lenguas (por ejemplo, el chino) se utiliza el tono como un distintivo del significado de algunas palabras, se ha observado que esta función recae en el hemisferio izquierdo (Obler y Gjerlow, 2001). Al diferenciar una oración afirmativa (Juan es rubio) de una interrogativa (¿Juan es rubio?), se emplea la entonación, aunque se lleva a cabo gracias al hemisferio derecho (Joannette *et al.*, 2008).

provocan alteraciones en el componente pragmático, se determina cada vez con mayor cuidado los aspectos que involucra, con base en las aportaciones teóricas de Austin (1971), Grice (1991) e incluso Bruner (2007).

Si bien existe una cantidad mayor de programas enfocados en el tratamiento de las afasias y otras dificultades fonéticas o morfosintácticas del desarrollo del lenguaje, así como numerosas evaluaciones determinadas (Cuetos, 1998; Helm-Estabrooks y Albert, 2005; Peña, 1994), se han creado poco a poco programas y evaluaciones centrados en el ámbito pragmático, debido a la contribución teórica de los autores señalados y otros, así como a la investigación clínica (Acosta y Moreno, 1999; Gallardo, 2006). En el siguiente apartado observaremos cómo se ha tratado dicho componente en la terapia de lenguaje, para analizar en qué medida este apoyo teórico es tomado en cuenta y si realmente tiene una aplicación práctica.

#### **4.2.3 Tratamientos de las dificultades discursivas**

##### **4.2.3.1 Intervención desde el modelo naturalista**

Como se mencionó en el apartado 1.2, dentro de los presupuestos generales de este modelo está insertar el tratamiento en intercambios comunicativos reales, por lo que (con mayor razón para el caso de las dificultades pragmáticas) es importante partir de situaciones reales o contextos determinados. Aunque se busca principalmente la participación del sujeto en contextos naturales, también se ha optado por trabajar con una serie de actividades por medio de las cuales se estimulen dificultades particulares. En el caso de los niños, Acosta y Moreno (1999) proponen que tales actividades se dirijan a tres áreas básicas: la intencionalidad, el discurso y la narración (:68).

Por ejemplo, uno de los ejercicios para desarrollar la intencionalidad es la descripción de un evento proyectado en dibujos, fotografías y cuentos, y la formulación de hipótesis. El terapeuta ayuda a formular preguntas como “¿Qué está pasando aquí? ¿Qué ocurrirá después? ¿Qué pasaría si...?”<sup>69</sup> (:69), de tal manera que exhorta al niño a realizar una serie de predicciones y razonamientos en torno a lo que pueda suceder con las personas o los

---

<sup>69</sup> Marc Monfort e Isabelle Monfort han elaborado *En la mente* (2001), un material didáctico para niños que contiene fichas para lo que ellos llaman el “entrenamiento” de las habilidades pragmáticas. Las diferentes situaciones que se plantean mediante dibujos se dirigen a la comprensión de las emociones, las intenciones y el conocimiento de los demás respecto a un evento.

personajes situados dentro de una situación concreta que aparecen en las ilustraciones. Se procura que observe a los otros como agentes intencionales para poder predecir lo que ocurrirá después con ellos.

También se sugiere la elaboración de *scripts*, que consisten en la representación de situaciones de la vida cotidiana (cocinar, la escuela, visita al doctor) en un orden lógico, es decir, con una secuencia de acciones determinada. En las terapias que tuve oportunidad de observar, a esta actividad se le nombraba “juego simbólico”; en ella los niños seguían una serie de rutinas convencionales que compartían con el terapeuta. Por ejemplo, si se trataba de cocinar, primero tenían que decidir los platillos, después quien haría la comida (los papeles que representaría cada participante), con qué ingredientes la prepararían, cómo dispondrían la mesa, etc. En algunos casos observé que los niños se centraban en la tarea y se olvidaban de la presencia del otro, limitando su atención hacia los objetos que manipulaban. Asimismo, noté que es muy difícil llevar a cabo el juego simbólico con los autistas, ya que, como se ha mencionado, no logran identificarse con los demás, y por ende, interactuar con ellos.

En cuanto a la estimulación del discurso, Acosta y Moreno (1999) plantean que los sujetos hablen sobre experiencias personales, con el fin de que identifiquen referencias (personas, lugares, fechas); es decir, se trata de inducir una conversación espontánea en torno a sus actividades diarias o los ejercicios que realice en la terapia. De acuerdo con estos autores, otros recursos que ayudan a desarrollar el discurso son el teatro de sombras, las conversaciones por teléfono; y aludir a situaciones imaginarias, así como describir y planificar eventos. Mediante estas actividades los terapeutas poco a poco facilitan los intentos comunicativos de los niños, procurando no corregirlos, sino guiarlos para que interioricen cómo se desarrolla el discurso.

En relación con lo anterior, quiero mencionar el caso de un paciente A de 10 años con el cual conversé en más de una ocasión, y a quien se le dificultaba mantener un tema cuando conversaba con alguien y dar referencias. Recuerdo que una vez hablamos sobre sus vacaciones, pero titubeaba al mencionar las personas con las que estuvo, así como los lugares que visitó, y para evitar seguir dando referencias de este evento, prefirió hablar sobre lo que había hecho ese día. Cuando se trabajaron con él algunas fichas de intencionalidad

(Monfort y Monfort, 2001), ejecutaba bien los ejercicios; no obstante, al hablar sobre las actividades realizadas para iniciar una conversación, brindaba poca información e incluso no miraba a su interlocutor, sino que desviaba su mirada hacia otro lado mientras hablaba.

Por otra parte, para el desarrollo de la narración, Acosta y Moreno (1999) proponen como actividad básica la lectura de libros; el terapeuta debe leer claramente, enfatizando lo relevante, además se sugiere que repita los mensajes y se apoye tanto en la gestualidad como en algunos recursos visuales con el fin de facilitar la comprensión. Se espera con estos apoyos ayudar a los niños a mejorar en la atención, selección y almacenamiento de información relevante, en la producción de respuestas adecuadas y la comprensión del sentido general de la historia (:72). Según el grado de dificultad del niño se ajusta el texto con el que se trabaje.

#### 4.2.3.2 Intervención desde el modelo cognitivo

Uno de los programas que se han diseñado para habilitar los aspectos comunicativos del lenguaje es el PACE (*Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*), cuyo objetivo es ayudar al paciente afásico a mejorar la capacidad comunicativa del paciente por medio del empleo de sus posibilidades comunicativas residuales<sup>70</sup> (Peña y Pérez, 1995). Cabe señalar que está dirigido a los afásicos en general, por lo que se fundamenta en que estos individuos no parecen sufrir perturbaciones conversacionales como el intercambio de información nueva, la alternancia de los papeles y el uso de múltiples canales (:237). Con este programa se busca introducir elementos que caracterizan la conversación, y para ello, se inserta al sujeto en situaciones donde mejore sus estrategias comunicativas, por medio del intercambio real de información y del *feedback* (retroalimentación) que le proporcione el terapeuta.

La actividad que se propone es que paciente y terapeuta se sienten frente a frente y dispongan de estímulos visuales (imágenes de objetos, acciones) o con sucesos conocidos por ambos (historia, política) en cartones, de tal manera que cada quien elija uno y sin mostrarlo al otro haga entender al interlocutor

---

<sup>70</sup> Se entiende por posibilidad comunicativa residual la capacidad verbal y extraverbal de carácter pragmático que conserva el paciente afásico después de la lesión y de la que se sirve para comunicarse con los demás en su vida cotidiana (:236).

qué figura eligió, mediante cualquier estrategia comunicativa. De esta manera, se busca que haya intercambio nuevo de información, alternancia de roles, libre elección de canales comunicativos y uso del contexto (:239).

Si bien este método busca tratar el uso del lenguaje en los afásicos, dado que el fin de la terapia es precisamente comunicarse de manera eficaz con los otros, no se centra en dificultades pragmáticas específicas como las que sufren las personas con lesiones en el hemisferio derecho, por ejemplo, la incompreensión de la ironía o el humor, que en la actividad planteada no habría modo de tratar. Además, al parecer no se apoya en situaciones comunicativas reales, ya que se trata de un contexto donde el fin comunicativo es el mismo: lograr que el otro adivine lo que contiene la tarjeta elegida. Recordemos que cuando hablamos lo que hacemos con las palabras repercute en nuestro interlocutor (Austin, 1971) y, aunque en este caso se obtiene un resultado, en realidad se sigue tratando de una situación artificial ya que hay una petición con un solo fin. No quiero decir que no resulte eficaz, sino que debería complementarse con situaciones comunicativas más naturales<sup>71</sup>.

Otro de los programas que se han diseñado para apoyar las habilidades pragmáticas es la Terapia de Conversación Asistida o *Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA)*, propuesta por Aura Kagan<sup>72</sup> (1999; Supported Conversation). En ella se busca que el adulto confíe en su capacidad comunicativa, aunque ésta no sea aparentemente adecuada, para lograr integrarse en la conversación. Se espera que el sujeto sea capaz de hacer uso de sus habilidades conversacionales con la guía de un interlocutor (*conversation partner*), quien puede ayudar al afásico a revelar su “competencia”<sup>73</sup>. Esto llama la atención porque el programa se basa en la hipótesis de que “*aphasia often masks inherent competence normally revealed*

---

<sup>71</sup> No obstante, Peña y Pérez (1995) consideran que la conversación libre conlleva un problema: no permite una sistematización previa para casos específicos donde se tenga que hacer un mayor énfasis en las habilidades discursivas. Quizás sería útil trabajar con situaciones de simulacro, en analogía con el “juego simbólico”, donde se establezcan previamente un tema, los papeles que se desempeñarán y el fin o las intenciones de cada participante, claro que habría que valorar todos los factores implicados.

<sup>72</sup> Este programa es fruto de las observaciones de Kagan en el Instituto de Afasia (*The Aphasia Institute*) de Toronto, Canadá. Un programa similar, pero en lengua española, lo realiza Beatriz Gallardo (2005), quien hace énfasis en el papel del interlocutor clave, pues también ha observado las facilitaciones que brinda al afásico.

<sup>73</sup> Con este término (*competence*), Kagan (1999) se refiere a la habilidad de los seres humanos para comunicar y participar adecuadamente en una conversación, dentro de un contexto determinado (:18).



*in conversation*" (Kagan, 1999: 13), por lo tanto, se concibe al individuo como incompetente por quienes interactúan con él en una situación comunicativa.

Para lograr que el individuo sea consciente de que sabe más de lo que puede decir, esto es, reconozca su competencia, la SCA incluye una serie de recomendaciones que debe tener en cuenta la persona con la que interactúa el afásico, tales como manejar un tono de voz natural, escoger algún tema de discusión, tratar de llevarlo a situaciones en las que tenga que dar y pedir información, además de indicarle que algunas fallas en la conversación se atribuyen a las limitaciones propias como comunicador. Se trata de manejar elementos propios de la interacción natural, con el fin de que el interlocutor demuestre al afásico que confía en su competencia, es decir, cree en que mantiene habilidades sociales y cognitivas que puede utilizar en la conversación.

Como se observa, con la SCA no sólo se plantea reconocer la competencia, sino revelarla lo cual incluye tres técnicas que facilitan el intercambio comunicativo (de información, opiniones o sentimientos) entre el interlocutor y el afásico, apoyando la comprensión (*IN*), producción (*OUT*) y verificación (*VERIFY*) de un mensaje. La forma en que busca la comprensión (*getting the message IN*) consiste en que el interlocutor modifique la manera en que se comunica con el afásico, ya sea con el uso de frases cortas, gestos, palabras clave por escrito, imágenes (una a la vez) o la observación de la persona para valorar mediante su expresión facial y gestos si ha comprendido o no el mensaje. En cambio, cuando el afásico intenta producirlo (*to get the message OUT*), las técnicas que puede emplear el interlocutor para ayudarlo es darle suficiente tiempo de respuesta, formular preguntas de respuesta sí/no, pedirle pistas con gestos, señalar objetos, dibujos o palabras clave y ordenar las preguntas en una secuencia lógica.

Cuando el interlocutor trata de verificar el mensaje, para asegurarle al sujeto afásico que lo ha entendido, se recomienda que sintetice con voz clara y lenta lo que él trata de decirle, repita el mensaje, añada información, o resuma al final de la conversación. Es importante mencionar que se hace énfasis en el empleo adecuado de cualquiera de estas técnicas, con el fin de evitar utilizarlas en exceso, ya que provocaría un efecto negativo en la participación del afásico. Al parecer es una tarea compleja para el interlocutor, pues no sólo debe estar

al pendiente de cómo aquél intenta comunicar un mensaje, sino además debe saber cuál es el momento adecuado para ayudarlo sin que el afásico piense que no es capaz de producirlo él solo.

Al igual que en la PACE, en este programa no se considera el caso de las personas con lesiones en el hemisferio derecho, que suelen tener dificultades importantes en el uso del lenguaje, pues se dirige a la población afásica. Si bien es fundamental el empleo de una terapia conversacional de este tipo para todos los sujetos con alteraciones lingüísticas, también es preocupante que aún no se hayan diseñado programas que se concentren en tratar dificultades pragmáticas específicas, como la falta de información en el discurso, el tono inexpresivo en el habla o la apreciación del humor y el doble sentido, elementos que repercuten significativamente en el uso del lenguaje.

Quizá la ausencia de tales programas se deba precisamente a que los estudios sobre el componente pragmático son recientes, así como a la creencia, basada en los planteamientos de Broca (Caplan, 1992; Obler y Gjerlow, 2002) de que en el hemisferio izquierdo se encuentran las funciones básicas del lenguaje, dejando de lado el papel que juega el hemisferio derecho en cuanto al uso. Cabe señalar que no se trata aquí de justificar la carencia de programas adecuados, sino de demostrar que hay algunos aspectos que no se han tratado lo suficiente en la terapia del lenguaje, como ha quedado demostrado con la descripción de los programas PACE y SCA.

Sin duda el análisis del componente pragmático y su tratamiento conllevan una mayor complejidad, pues además del contenido y forma del mensaje, el individuo debe tomar en cuenta la situación comunicativa, la participación del otro, regular la cantidad y calidad de la información que quiere transmitir y la relevancia de su contribución en los actos de habla, entre otros elementos que se ponen en juego cuando se usa el lenguaje. Por lo tanto, cada uno de estos aspectos debe ser tratado con especial atención al interior de la terapia de lenguaje, especialmente las dificultades pragmáticas, pues con ello se lograra optimizar la capacidad comunicativa de las personas afectadas.

Por último, cabe señalar que el resultado de este análisis, la falta de programas adecuados en el tratamiento de sujetos con lesiones en el hemisferio derecho, indica que también es fundamental llevar a cabo investigaciones al respecto desde la lingüística que contribuyan en el diseño de

programas centrados en aspectos pragmáticos específicos, donde dichos sujetos presentan problemas. Por ejemplo, se podría partir del análisis de programas existentes y modificar los aspectos que se crean pertinentes para abordar ya sea dificultades como el uso de un tono plano, la poca relevancia de la información que el sujeto ofrece o la incomprensión de significados no literales, entre otros aspectos, con el fin de atender las necesidades de esta población en particular.

## Conclusiones

Como resultado de este trabajo, es posible afirmar que *la terapia de lenguaje* es un fenómeno muy complejo; muestra de ello no sólo son las diferentes formas de conceptualizarla, sino también el empleo de diversos modelos de tratamiento. Además, se especifica por variables como el tipo de dificultad o alteración, las condiciones físicas y psicológicas de los individuos, y el marco de intervención. De esta manera, la terapia se adecua y modifica de acuerdo con estos factores, mas en esencia está conformada por tres componentes: objetivos (a corto y largo plazo), procedimiento (modelos de intervención) y el ambiente (contexto) en donde se lleva a cabo. No hay que olvidar que su propósito general consiste en mejorar la capacidad comunicativa del individuo afectado.

En cuanto a los modelos utilizados como base para diseñar programas específicos, hemos encontrado que éstos parten de concepciones distintas del lenguaje, ya que, por una parte, en el “modelo cognitivo” se le considera un proceso ligado a otros y, por otro lado, se maneja como un módulo independiente en la mente (“modelo lingüístico”). No obstante, de acuerdo con los aportes recientes en pragmática, se ha enfatizado la importancia de la interacción social en su configuración; es decir, que este tipo de relación con los demás da origen a las estructuras lingüísticas y ayuda al uso simbólico del lenguaje, por lo que el empleo de situaciones reales de comunicación (“modelo naturalista”) en la terapia es indispensable.

En relación con el tratamiento de cada uno de los componentes del lenguaje, uno de los hallazgos en el nivel fonético-fonológico ha sido la falta de diferenciación entre el concepto de fonema y sonido, pues en la literatura revisada se refieren a ellos sin una distinción adecuada, lo que crea confusión al referirse a las dificultades fonéticas y fonológicas. Éstas conllevan problemas en la producción y la planificación de los fonemas, respectivamente; no obstante, en ellas no se mencionan dificultades en los aspectos suprasegmentales (acento y entonación). Al respecto, se ha observado que el uso adecuado de la entonación en la terapia ayuda a tratar los fonemas afectados; sin embargo, no se ha corroborado su eficacia en más pacientes. Considero necesario un estudio en donde se analice la pertinencia de este

elemento y su repercusión en más casos con el fin de proponer, si tiene un efecto positivo, su generalización en la terapia.

Cabe mencionar que en el estudio realizado por Wiener (2001) y también en los ejemplos que ofrece Cuetos (1998) no hay cuidado con la transcripción de los fonemas que el paciente produce (los terapeutas utilizan grafías en lugar de símbolos fonéticos), en consecuencia, es difícil interpretar qué fonema ha sido afectado y cuál es su realización sonora. La intervención de los lingüistas en el análisis de muestras de habla y las dificultades fonético-fonológicas específicas podría ayudar de manera significativa al tratamiento de esos aspectos.

Por otra parte, en el nivel morfosintáctico hemos reparado en la poca atención dada la omisión de palabras funcionales y las dificultades en el orden de los constituyentes, la flexión morfológica y la asignación de papeles temáticos, elementos importantes que estructuran el mensaje y sin los cuales no hay una comprensión adecuada del mismo. Para la interiorización de las estructuras adecuadas, es fundamental que la terapia contemple la inserción de estos elementos en un acto comunicativo, lo cual ayudará a producirlos de manera natural, ya que, de acuerdo con Tomasello (2005, 2007) y Bruner (2007), mediante el uso es posible la adquisición de las estructuras gramaticales.

Otro de los componentes del lenguaje revisados es el semántico. En el tratamiento de las dificultades relacionadas con el significado observamos la recurrencia, desde distintos modelos, al apoyo visual para recuperar o habilitar el contenido de las palabras, así como a su clasificación en campos semánticos. Esto llama la atención porque, en principio, da cuenta de la vigencia del planteamiento estructuralista del significado como el concepto mental del signo lingüístico. Sin embargo, también hemos visto que no todo el léxico tiene un referente específico capaz de “visualizarse”; hay palabras abstractas como “ley” “jurisprudencia” o “felicidad” que no tienen una representación visual; por consiguiente, es difícil abordarlas en la terapia. Pocas han sido las propuestas terapéuticas para tratar dificultades en este tipo de conceptos; en el ejercicio que Cuetos (1998) utilizó para ayudar a un paciente a comprender la palabra ‘ley’, observamos que trató de establecer una red semántica alrededor de la palabra “perdida”, para que el paciente

comprendiera su significado, pero aun así no especificaba bien las estrategias utilizadas para ello.

Aunque su naturaleza sea distinta, los modelos desde los cuales se interviene el lenguaje adoptan en general los supuestos estructuralistas en torno al significado. Limitarse a ellos impide considerar otras alternativas que explican de manera adecuada aspectos que el estructuralismo no contempla, por ejemplo la hipótesis de los dominios cognitivos que activa el significado y los representantes prototípicos, en los que también se ha mostrado alteración. Esto nos muestra que sería recomendable considerar las aportaciones de la lingüística cognitiva, con el fin de mejorar las estrategias y los ejercicios enfocados al tratamiento de aquellas palabras que no tengan un referente específico, e incluso aquellas que sí cuenten con una imagen mental.

Por otro lado, en el tratamiento de los aspectos pragmáticos encontramos que, si bien existen programas que apoyan la capacidad comunicativa de los individuos con alteraciones del lenguaje, no se enfocan en los problemas que presentan las personas con lesión en el hemisferio derecho. Hemos observado que los programas PACE y SCA están dirigidos principalmente a los pacientes afásicos, sin considerar a los individuos que, pese a no entrar dentro de la clasificación de las afasias, sufren dificultades importantes relacionadas con el mantenimiento del discurso, la toma de turno, el doble sentido, la prosodia (tono plano) y aspectos como el humor, el sarcasmo y la ironía. La falta de programas que atiendan estas necesidades es preocupante, porque el funcionamiento adecuado del componente pragmático determina la interacción comunicativa entre los individuos; si en algún aspecto resulta afectado, la comunicación con los demás se interrumpe, y con ello, el carácter social del individuo.

Tras el análisis realizado y los resultados obtenidos en el presente trabajo, es posible afirmar que, en efecto, hay aspectos del lenguaje que no se han tratado lo suficiente en la terapia, e incluso, como en el caso de las dificultades pragmáticas, no han sido considerados en un programa. Esto es un indicador de que hace falta una mayor intervención de la lingüística en el diseño de programas de tratamiento, lo cual, considero, contribuiría de manera significativa en el mejoramiento de los mismos. Como hemos visto, desde nuestra disciplina se analizan aspectos del lenguaje que en algunos casos no

se toman en cuenta lo suficiente en el ámbito terapéutico, por consiguiente, es necesario impulsar una mayor investigación de la lingüística en esta área.

Una de las propuestas que parten de esta tesis es la realización de un análisis más exhaustivo de cada componente del lenguaje o dificultad específica, con el fin de aportar los datos necesarios que puedan contemplarse para el diseño o mejoramiento de un programa de terapia. Finalmente, una cuestión que no se proponía en este trabajo, pero que se refiere al tema, es el estudio de las evaluaciones utilizadas en la terapia, pues sin duda la evaluación es el punto de partida de cualquier tratamiento; analizar el procedimiento, las técnicas y los recursos empleados también puede repercutir significativamente en el trabajo terapéutico.

## Bibliografía

- Academic Language Therapy Association, *Academic Language Therapy* [en línea] Texas (EUA), Consulta: 13 de noviembre de 2008. Disponible en: < <http://www.altaread.org/>>.
- Acosta, Víctor *et al.*, 1998. *Dificultades del habla infantil: Un enfoque clínico. Investigación, teoría y práctica*, Archidona: Aljibe.
- Acosta, Víctor y Ana Ma. Moreno, 1999. *Dificultades del lenguaje en ambientes educativos. Del retraso al trastorno específico del lenguaje*, Barcelona: Masson.
- Alessandri, M., *et al.*, 2005. "Déficit social en el autismo: un enfoque en la atención conjunta", en *Revista de neurología* [en línea] 40 (Supl. 1) Consulta: 19 de marzo de 2009. Disponible en: <<http://www.neurologia.com/pdf/Web/40S1/sS1S137.pdf>>.
- Almagro, Y. *et al.*, 2005. "El agramatismo y su sintomatología", en *Revista de neurología* [en línea] 40 (6) Consulta: 20 de mayo de 2009. Disponible en: <<http://www.neurologia.com/pdf/Web/4006/s060369.pdf>>.
- Artigas, J., 1999. "El lenguaje en los trastornos autistas", en *Revista de neurología* [en línea] 28 (Supl. 2) Consulta: 04 de marzo de 2009. Disponible en: <<http://www.neurologia.com/pdf/Web/28S2/gS20118.pdf>>.
- Austin, John, 1971. *Cómo hacer cosas con las palabras*, Barcelona: Paidós.
- Azcoaga, Juan, 1985. *Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología)*, 3ª ed., Buenos Aires: El ateneo.
- Azcoaga, Juan, *et al.*, 1990. *Los retardos del lenguaje en el niño*, Barcelona: Paidós, (Neurología y conducta, 5).
- Benveniste, Émile, 2001. *Problemas de lingüística general*, 21ª ed., Traducción de Juan Almela, México: Siglo XXI editores, Tomo 1.
- Bernstein, Deena K. y Ellenmorris Tiegeman, 1989. *Language and communication disorders in children*, 2ª ed., Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.
- Bloomfield, Leonard, 1964. *Lenguaje*, Traducción de Alma Ada de Zubizarreta, Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Borel, Massony y Launay Clement, 1986. *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*, Barcelona: Toray-Masson.



- Bruner, Jerome, 2007. *Acción, pensamiento y lenguaje*, José Luis Linaza (comp.) Madrid: Alianza editorial.
- Busto, María del Carmen, 1994. *Reeducación del habla y del lenguaje en el parálisis cerebral*, Madrid: CEPE.
- Cantero, Francisco, 2002. *Teoría y análisis de la entonación*, Barcelona: Universitat de Barcelona, (Universitat de Barcelona, 54).
- Caplan, David, 1992. *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*, Traducción de Luis Eguren, Madrid: Visor (Lingüística y conocimiento, 15).
- Carballo, G. y M. Fresneda, 2005. "Evaluación e intervención logopédica en el trastorno específico del lenguaje", en *Revista de neurología* [en línea] 41 (Supl. 1) Consulta: 20 de mayo de 2009. Disponible en: <<http://www.neurologia.com/pdf/Web/41S01/tS01573.pdf>>.
- Carston, Robyn, 1992. "Lenguaje y cognición", en Newmeyer, Frederick (comp), *Panorama de la lingüística moderna. III El lenguaje: aspectos psicológicos y biológicos*, Madrid: Visor, pp. 47-87.
- Cervera, José y Amparo Ygual, 2003. "Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla", en *Revista de neurología* [en línea] 36 (Supl. 1) Consulta: 19 de febrero de 2009. Disponible en: <<http://neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2003026>>.
- \_\_\_\_\_, 2006. "Intervención logopédica en los niveles de la lengua", en Garayzábal, Elena (Ed.) *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid: Antonio Machado Libros (Lingüística y conocimiento, 40).
- Chomsky, Noam, 1977a. "Crítica de 'Verbal Behavior', de B.F. Skinner", en Bayés, Ramón (compilador), *¿Chomsky o Skinner? La génesis del lenguaje*, Barcelona: Fontanella.
- \_\_\_\_\_, 1977b. *Reflexiones sobre el lenguaje*, Traducción de María Luisa Freyre, Buenos Aires : Sudamericana.
- \_\_\_\_\_, 1999. *Aspectos de la teoría de la sintaxis*, Traducción de Carlos Peregrín Otero, Barcelona: Gedisa.
- Codesido, Ana, 2006. "La estructura de los mensajes, su comprensión y su producción: nivel gramatical", en Garayzábal, Elena (Ed.), *Lingüística*

*clínica y logopedia*, Madrid: Antonio Machado Libros (Lingüística y conocimiento, 40).

Company, Concepción, 1997. "Prototipos y el origen marginal de los cambios lingüísticos. El caso de las categorías del español", en Company, Concepción (Ed.), *Cambios diacrónicos en el español*, México: UNAM-IIF, 143-168 pp.

Cuetos, Fernando, 1998. *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*, Madrid: Médica Panamericana, (Ciencias cognitivas).

\_\_\_\_\_, 2001. "¿Por qué cometen errores semánticos los afásicos"?, en *Revista de neurología* [en línea] 32 (10) Consulta: 02 de julio de 2009. Disponible en: < <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3210/k100970.pdf> >.

Dorsch, Friedrich, 1994. *Diccionario de Psicología*, 2ª ed., versión castellana de Diorki, Barcelona: Herder.

Faculty of Education and Health Sciences-University of Limerick, *Department of Speech & Language Therapy* [en línea] Irlanda. Consulta: 31 de octubre de 2008. Disponible en:

<<http://www2.ul.ie/web/WWW/Faculties/Education%20%26%20Health%20Sciences/Departments/Speech%20%26%20Language%20Therapy>>.

Gallardo, Beatriz, 2005. "Guía comunicativa para interlocutores-clave en el marco de la conversación afásica", [en línea], *ELUA*, 19, pp. 157-168. Consulta: 20 de octubre de 2009. Disponible en: <[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6101/1/ELUA\\_19\\_08.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6101/1/ELUA_19_08.pdf)>.

\_\_\_\_\_, 2006. "Más allá de las palabras y la estructura: las categorías del componente pragmático", en Garayzábal, Elena (Ed.) *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid: Antonio Machado Libros (Lingüística y conocimiento, 40), pp. 81-196.

Gallardo, J. R. y J.L. Gallego, 1995. *Manual de logopedia escolar. Un enfoque práctico*, 2ª ed., Málaga: Aljibe.

Garayzábal, Elena (Ed.), 2006. *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid: Antonio Machado Libros (Lingüística y conocimiento, 40).

- Grice, Paul, 1991. *Studies in the way of words* [en línea], Consulta: 21 de septiembre de 2009, Disponible en:  
<<http://books.google.com.mx/books?id=QqtAbk-bs34C&printsec=frontcover&dq=studies+in+the+way+of+words#v=onepage&q=&f=false>>.
- Helm-Estabrooks, Nancy y Martin L. Albert, 2005. *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*, 2ª ed., Madrid: Médica Panamericana.
- Hernández, Carlos, 2006. "La unidad palabra y su significado: una perspectiva logopédica sobre la capacidad léxica", en Garayzábal, Elena (Ed.) *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid: Antonio Machado Libros (Lingüística y conocimiento, 40).
- Hjelmslev, Louis, 1971. *El lenguaje*, 2ª ed., traducción de María Victoria Catalina, Madrid: Gredos, (Biblioteca Románica Hispánica).
- Iza, Mauricio, 2002. *Recursos tecnológicos en logopedia*, Málaga: Aljibe.
- Joanette, Y. et al., 2008. "Impacto de las lesiones del hemisferio derecho sobre las habilidades lingüísticas: perspectivas teórica y clínica" en *Revista de neurología* [en línea] 46 (8) Consulta: 05 de octubre de 2009. Disponible en: <<http://www.neurologia.com/pdf/Web/4608/z080481.pdf> >.
- Joseph, Maria y Joseph Hilferty, 1999. *Introducción a la lingüística cognitiva*, Barcelona: Ariel.
- Joven Maried, J. et al., 2006. *Diccionario de medicina*, Barcelona: Marín.
- Juárez, Adoración y Marc Monfort, 2001. *Estimulación del lenguaje oral*, México: Aula XXI/ Santillana.
- Kagan, Aura, 1999. *Supported Conversation for Adults with Aphasia: Methods and evaluation* [en línea] Tesis de doctorado, Ottawa: Institut of Medical Science/University of Toronto. Consulta: 23 de octubre de 2009.  
Disponible en:  
<[http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape9/PQDD\\_0015/NQ45755.pdf](http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape9/PQDD_0015/NQ45755.pdf)>.
- Langacker, Ronald, 1987. *Foundations of cognitive grammar*, Standford: Standford University Press, Vol 1.
- Le Huche, François, 2000. *La tartamudez: Opción curación*, Traducción Mercè Calvo, Barcelona. Masson.

- Lesser, Ruth, 1978. *Linguistic investigations of aphasia*, Londres: Eduard Arnold publishers (Studies in language disability and remediation, 4).
- Luria, A.R., 1978. *Cerebro y lenguaje. La afasia traumática: síndrome, exploración y tratamiento*, 2ª ed., Traducción de Luis Flaquer, Barcelona: Fontanella.
- Lyons, John, 1997. *Semántica lingüística. Una introducción*, Traducción y adaptación de Santiago Alcoba, Barcelona: Paidós.
- Maldonado, Ricardo, 1993. "La semántica en la gramática cognoscitiva", *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 2, pp. 157-182
- Monfort, Marc, 1988. "La intervención logopédica", en Monfort, Marc, *La intervención logopédica. II Simposio de logopedia*, Madrid: CEPE.
- Monfort, Marc e Isabelle Monfort, 2001. *En la mente*, Madrid: Entha ediciones.
- Nakazima, Sei, 1982. "Fonematización y simbolización en el desarrollo del lenguaje", en Lenneberg, Eric y Elizabeth Lenneberg (compiladores), *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*, Versión española de Pilar Solo, María Sebastián y Cristina del Barrio, Madrid: Alianza, (Alianza Universidad Textos, 114).
- Narbona, Juan y Claude Chevré-Muller, 2001. *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*, 2ª ed., Barcelona: Masson,
- Nemours Foundation, *KidsHealth for parents*, [en línea] Consulta: 18 de octubre de 2008. Disponible en: <  
[http://kidshealth.org/parent/system/ill/speech\\_therapy.html](http://kidshealth.org/parent/system/ill/speech_therapy.html)>.
- Obler, Loraine Ca. y Kris Gjerlow, 2001. *El lenguaje y el cerebro*, Madrid: Cambridge University Press.
- Otero, Ma. Pilar, 2006. "Los sonidos y sus alteraciones: nivel fonético-fonológico", en Garayzábal, Elena (Ed.) *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid: Antonio Machado Libros (Lingüística y conocimiento, 40), pp. 367-413.
- Pasantes, Herminia, 2000. *De neuronas, emociones y motivaciones*, Mexico: SEP-FCE-CONACYT.
- Peña, Jordi, 1994. *Manual de logopedia*, Barcelona: Masson.
- Peña, J. y M. Pérez, 1995. *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*, 2ª ed., Barcelona: Masson.

- Pérez, Gerardo, 2005. *La reintegración del lenguaje en los afásicos por medio de la repetición oral*, Tesis de licenciatura, México, UNAM-FFyL.
- Pérez-Pamies, M. et al., 2001. "Afasias", en Peña, Jordi, *Manual de logopedia*, 3ª ed., Barcelona: Masson.
- Puyuelo, Miguel et al., 2002. *Intervención del lenguaje. Metodología y recursos educativos. Aplicaciones específicas a la deficiencia auditiva*, Barcelona: Masson.
- Quilis, Antonio, 1999. *Tratado de fonología y fonética españolas*, 2ª ed., Madrid: Gredos, (Biblioteca Románica Hispánica, 74).
- Quilis, Antonio y César Hernández, 1990. *Lingüística española aplicada a la terapia de lenguaje*, Madrid: Gredos.
- Radford, Andrew, 2000. *Introducción a la lingüística*, Madrid: Cambridge University Press.
- Real Academia Española, 2001. *Diccionario de la Real Academia Española*, 22ª ed., Madrid: Espasa-Calpe, Tomo 2.
- Rhea, Paul, 2000. *Language disorders from infancy through adolescence assesment & intervention*, Missouri: Mosby.
- Robins, R., 1981. *Breve historia de la lingüística*, 3ª ed., Traducción de Enrique Alcaraz, Madrid: Paraninfo.
- Rosch, Eleanor, 1975. "Cognitive representations of semantic categories", en *Journal of Experimental Psychology (General)*, 104, pp. 192-233.
- Rosso, P., 2002. "La teoría metafonológica: un enfoque lingüístico-computacional", en *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 22 (3). Consulta en línea: 15 de marzo de 2009. Disponible en: <[http://users.dsic.upv.es/~prossopro/resources/Rosso\\_RevLogopedia02.pdf](http://users.dsic.upv.es/~prossopro/resources/Rosso_RevLogopedia02.pdf)>
- Ruíz, Rafael, et al., 1988. *Nuevo diccionario médico*, 2ª ed., Barcelona: Teide, Tomo 2.
- Saussure, Ferdinand de, 1988. *Curso de lingüística general*, 3ª ed., México: Fontamara.
- Searle, John, 1990. *Actos de habla*, 3ª ed., Traducción de Luis Valdés, Madrid: Cátedra.

- Serón, Xavier, 1988. "¿Se puede demostrar la eficacia de una reeducación logopédica en afasiología?", en Monfort, Marc, *La intervención logopédica. II Simposio de logopedia*, Madrid: CEPE, pp. 108-124.
- Silva, Daniel, (15/01/2008), "Terapia miofuncional. Parte I", *Espacio logopédico* [en línea] Consulta: 18 de noviembre de 2008. Disponible en: <[http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?id\\_articulo=1595](http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?id_articulo=1595)>.
- Simone, Raffaele, 2001. *Fundamentos de lingüística*, 2ª ed, versión española de Ma. de Pilar Rodríguez, Barcelona: Ariel.
- Soprano, Ana María, 2003. *La "hora de juego" lingüística: disfasias, afasias, autismo, evaluación, orientación*, Buenos Aires: Lumiere.
- Stampe, D., 1969. "The acquisition of phonetic representation", en *Papers from the Fifth Regional Meeting of the Chicago Linguistics Society*.
- Supported Conversation for Adults with Aphasia, *The Aphasia Institute* [en línea] Consulta: 15 de octubre de 2009. Disponible en: <<http://www.aphasia.ca/NSCA.html#help>>.
- Terapia de Lenguaje y Aprendizaje (TELyA), Curso "Terapia miofuncional", México, 04 de octubre de 2008, Impartido por Lic. Alma Acuña y Lic. Miriam Osorio.
- Tomasello, Michael, 2005. *Constructing a Language. A Usage-Based Theory of Language Acquisition*, Cambridge: First Harvard University Press.
- \_\_\_\_\_, 2007. *Los orígenes culturales de la cognición humana*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Ullman, Stephen, 1967. *Semántica. Introducción a la ciencia del significado*, Madrid: Aguilar.
- Warrington, E. y T. Shallice, 1984. "Category specific semantic impairments", en *Brain*, 107, pp. 829-884.
- Weigl, Irina y Marianne Reddemann-Tschaikner, 2005. *Terapia orientada a la acción; para niños con trastornos en el desarrollo del lenguaje*, Traductora Nieves Muñoz Ramiro, Barcelona: Ars Medica.
- Weller, Barbara (editora), 1997. *Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud*, Traducción de Jorge Orizaba, Ana María Ocaña y Jorge Blanco, México: McGraw-Hill Interamericana.

- Wiener, Patricia, 2001. "Rehabilitación de la afasia motriz. Un estudio de caso", en Quintanar, Luis y Yulia Solovieva (compiladores), *Métodos de rehabilitación en la neuropsicología del adulto*, Puebla: BUAP/Facultad de Psicología.
- Wittgenstein, Ludwig, 1999. *Tractatus logico-philosophicus*, Madrid: Alianza (Filosofía y pensamiento, 31).
- Ygual, Amparo *et al.*, 2008. "Utilidad del análisis fonológico en la terapia del lenguaje", en *Revista de neurología* [en línea] 46 (1) Consulta: 25 de febrero de 2009. Disponible en: <  
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/46S01/zS010S97.pdf> >.
- Zorzi, Jaime, 2002. "Diferenciación de alteraciones del habla y del lenguaje", en Irene Queiroz Marchensan (coordinadora), *Fundamentos de fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral*, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.