



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE LETRAS HISPÁNICAS

**LA EVALUACIÓN DE LA PRAGMÁTICA EN ALGUNOS
CASOS DE AFASIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN LENGUA Y LITERATURAS HISPÁNICAS

PRESENTA:

KAREN GUADALUPE ARELLANO GARCÍA

ASESOR:
DR. ALEJANDRO JOSÉ DE LA MORA OCHOA



Facultad de Filosofía
y Letras

MÉXICO, D. F. JUNIO 2014



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.

*Con amor,
a mis padres*

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme abierto sus puertas desde la preparatoria y haber impulsado mi desarrollo físico e intelectual, a través de sus maestros, actividades y servicios; también porque en sus instalaciones conocí a mis amistades y profesores más queridos.

A Alejandro de la Mora Ochoa, asesor de este trabajo, por haberme adentrado en el mundo de la psicolingüística y neurolingüística, y contagiado de su pasión y compromiso. Por impulsarme a lo largo de la elaboración de esta tesis, no sólo con sus observaciones y consejos académicos acertados, también con esas palabras de cariño y amistad. Gracias, maestro, por creer en mi capacidad y guiarme a lo largo de este camino.

A Beatriz González Ortuño, quien nunca dudó en apoyarme para la realización de la investigación y aplicación de la prueba presentada aquí, quien marcó mi vida al permitirme conocer y convivir con sus pacientes. Bety, mil gracias por el conocimiento compartido, por tu calidad humana, optimismo y compromiso con tus pacientes, mi admiración sincera para ti.

A Ana Madero, Itzel Padilla y Ricardo Paván, porque el servicio social que realicé en “Fundación Vivir con Afasia” ha sido una de las experiencias más gratas e importantes en mi vida, porque el trabajo que día a día realizaban con sus pacientes dio un giro afortunado en mi vida y, definitivamente, fue lo que impulsó este trabajo.

A las personas con afasia que he tenido la fortuna de conocer, en especial a Arturo, Alma, don Octavio, doña Norma y sus familiares, quienes aceptaron ser parte de este estudio y a las cuales admiro por la gran fortaleza que demuestran día a día en su rehabilitación.

A mis sinodales, Raúl del Moral, Chantal Melis, Adriana Ávila y David Chávez, lingüistas que me transmitieron su pasión por el lenguaje en cada una de sus clases, gracias por haber dedicado parte de su tiempo para la lectura de este trabajo y por sus observaciones.

A mis padres, Margarita y Carlos, por su amor y apoyo total e incondicional. Mago, infinitas gracias por seguir adelante a pesar del dolor profundo que llevas en tu alma, por siempre recibirme con una sonrisa amorosa, cálida y sincera, por tu esfuerzo diario, tus consejos y abrazos

siempre oportunos, por no dejarme caer, por darme la vida y la libertad de ser yo misma. Gracias, papá, por tu ejemplo de responsabilidad y constancia, por aconsejarme y enseñarme a enfrentar las situaciones difíciles de la vida, por impulsarme para cumplir cada una de mis metas y demostrarme que día con día podemos ser mejores. Los amo.

A mis hermanos, César y Toño, porque me inculcaron la lectura a través de sus métodos rudos pero amorosos. A ti, César, porque eres mi ejemplo de nobleza, fidelidad y lucha constante, y me demuestras tu cariño sin importar mi estado de ánimo. Gracias, Toño, por no ser solamente mi hermano, sino también mi padre y maestro, por hacerme más fuerte, quererme, apoyarme y seguir a mi lado desde aquel otro plano en el que te encuentres. Te recuerdo a diario y por siempre lo haré.

A Pau y Lu, gracias por los lindos momentos y también por los malos, pero sobre todo, gracias por demostrarme cariño y apoyo siempre. A Karis, mi amiga, te agradezco tanto que no hayas permitido que el largo proceso de titulación fuera aburrido y desesperante, mil gracias por las risas, las largas caminatas, las pláticas filosóficas, las sesiones de fotos y demás cosas agradables que compartimos. Seguiré agradeciéndoles con mi más sincera amistad.

ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo 1. Evaluación de la pragmática en la afasia	7
1.1 La importancia de la evaluación de la pragmática.....	7
1.1.1 Pragmática lingüística.....	7
1.1.2 Valoración clínica de personas con afasia.....	9
1.1.3 Beneficios de la evaluación de la pragmática.....	12
1.2 Tipos de afasia que permiten la evaluación de la pragmática.....	13
1.2.1 Evaluación de la pragmática a partir de la <i>producción de enunciados, interpretación de enunciados y actos no verbales</i>	15
Capítulo 2. Evaluación de la pragmática	18
2.1 Protocolos y evaluaciones de la pragmática.....	19
2.2 Observaciones a las pruebas presentadas.....	23
Capítulo 3. Propuesta de evaluación de la pragmática	26
3.1 Descripción.....	26
3.2 Aplicación de la propuesta en cuatro casos de afasia.....	32
3.2.1 Resultados.....	32
Conclusiones	51
Bibliografía	53

Introducción

La afasia es un trastorno del lenguaje adquirido por eventos cerebro-vasculares (trombosis, embolia o hemorragias), traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, parasitosis o infecciones cerebrales (meningitis o encefalitis). Cuando una persona presenta afasia, sus habilidades para comunicarse se ven afectadas, tienen dificultad para expresar ideas y/o comprenderlas, y en ocasiones también presentan alteraciones motoras como hemiplejía; por otro lado, como consecuencia de dichas dificultades, el ámbito emocional, social y laboral del paciente también se ven afectados de manera significativa. Es posible diferenciar y clasificar tipos de afasia de acuerdo a la localización del área del cerebro dañada, el grado de severidad y las habilidades comunicativas afectadas. A pesar de que un paciente con afasia no podrá recuperar su nivel lingüístico previo a la lesión, las terapias de rehabilitación del lenguaje toman en consideración los déficits que presenta el paciente y pretenden “mejorar sus posibilidades de recuperación al estimular la reorganización cerebral y fomentar vías alternativas para la expresión” (González Lázaro y González Ortuño, 2012).

En México no contamos con un estudio específico del número de habitantes con afasia o la población afectada al año; sin embargo, según estadísticas de la *National Aphasia Association* (NAA), 1 de cada 250 personas en EUA tiene este trastorno del lenguaje y cada año más de 100 mil habitantes la adquieren. Hablamos de un trastorno que es poco conocido por la sociedad y que requiere difusión, así como investigaciones que permitan brindar un conocimiento amplio de este problema y terapias de rehabilitación efectivas para los pacientes.

Este trabajo de investigación se enfoca en la valoración del lenguaje del paciente desde la pragmática de la lengua porque considero importante que sea tomada en cuenta para garantizar mejores resultados en la rehabilitación de los pacientes con este trastorno.

Este estudio consta de tres capítulos. En el primero expongo las características principales en torno a las cuales gira la pragmática lingüística, por ser la disciplina base a partir de la cual se generan los demás puntos a tratar; la descripción de las pruebas estandarizadas, no estandarizadas y de

áreas específicas del lenguaje que normalmente son utilizadas en la valoración de personas con afasia; así como los beneficios de la evaluación de la competencia pragmática¹ de los hablantes: la descripción de las alteraciones de la pragmática, el desarrollo de terapias efectivas y una mejor reintegración del paciente en la sociedad; y los puntos principales a partir de los cuales propongo la evaluación de la pragmática - *producción de enunciados, interpretación de enunciados y comunicación no verbal*. Por otro lado, en el segundo capítulo reúno, describo y analizo cinco protocolos que se caracterizan por destacar la importancia de la valoración de los déficits pragmáticos en afásicos: *Pragmatic Protocol, Batería del lenguaje objetiva y criterial, Conversational Analysis Profile for People with Aphasia, Protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal y Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática*. Finalmente, en el tercer capítulo presento mi propuesta de evaluación de la pragmática, tomando en consideración la investigación teórica expuesta a lo largo de los dos primeros capítulos, la cual consta de 22 reactivos en total, divididos en tres secciones: producción de enunciados, interpretación de enunciados y comunicación no verbal, respectivamente; y expongo los resultados obtenidos de la aplicación de ésta en cuatro pacientes con afasia, así como un análisis de cada uno.

¹ En adelante también “evaluación de la pragmática”.

Capítulo 1. Evaluación de la pragmática en la afasia

1.1 La importancia de la evaluación de la pragmática

Utilizamos el lenguaje diariamente para comunicarnos, compartir ideas, opiniones, sentimientos, experiencias, etc., y nos permite tener todo tipo de relaciones sociales; sin embargo, difícilmente nos detenemos a pensar en cuáles son los principios que guían la manera en que hacemos uso de él en las conversaciones que establecemos con los demás. La comunicación lingüística va más allá del intercambio del significado establecido de las palabras; por eso, en ocasiones nos encontramos con problemas para interpretar su significado no literal, y la intención o el significado de frases o enunciados que nuestro interlocutor produce.

1.1.1 Pragmática lingüística

Desde la introducción del término *pragmática* en la lingüística que Charles Morris (1938/1985) definió como “la relación de los signos con los intérpretes” y la consideró como una de las dimensiones de semiosis (al igual que la semántica y la sintaxis), diversos autores se propusieron delimitar dicha definición. Stephen Levinson (1983) en su obra *Pragmatics* reunió y evaluó las propuestas que había hasta ese momento; sin embargo, concluyó sin una definición concreta del término. Más tarde, Graciela Reyes (1990) la definió como “la disciplina lingüística que estudia cómo los seres hablantes interpretamos enunciados en contexto”, y argumentó que el problema de establecer una definición concreta de qué es la pragmática se debe a la necesidad de definirla, primero, porque comparte su objeto de estudio con otras disciplinas que estudian la comunicación humana y, segundo, porque es una disciplina reciente que aún no se establece por completo.

Por otra parte, Victoria Escandell (1993) considera que los intentos por definir la pragmática coinciden en que ésta es:

el estudio de los principios que regulan el uso del lenguaje en la comunicación, es decir, las condiciones que determinan el empleo de

enunciados concretos emitidos por hablantes concretos en situaciones comunicativas concretas, y su interpretación por parte de los destinatarios.

Por lo tanto, tomando en consideración las explicaciones, mencionadas anteriormente, de qué es la pragmática, el estudio de esta disciplina gira en torno a ocho conceptos: *emisor*, *destinatario*, *enunciado*, *contexto*, *información pragmática*, *intención*, *distancia social* e *interpretación* (Escandell, 1993).

Por un lado, el *emisor* es el hablante que está haciendo uso del lenguaje para emitir un mensaje en cierta situación, mientras que el *destinatario* es la persona a quien va dirigido dicho mensaje, así que en una conversación ambos participantes intercambian papeles constantemente. El *enunciado* es una secuencia lingüística concreta (puede ser una oración o una unidad mayor o menor) emitida por el emisor en una situación concreta o *contexto* específico, es decir, aquellas circunstancias percibidas y conocidas por los interlocutores, como el espacio, el tiempo y la cultura. La *información pragmática* es el conjunto de experiencias, creencias, conocimientos, opiniones y sentimientos que poseen los hablantes y condiciona el contenido y la forma de sus enunciados. Para lograr el éxito comunicativo, el emisor habla o no habla con una *intención* determinada por el contexto, la información pragmática y los fines que desea obtener con la emisión de su mensaje, el cual debe corresponder a la *distancia social* o grado de relación entre él y el destinatario, quien a su vez debe tomar en cuenta el enunciado y los elementos extralingüísticos, ya mencionados, para hacer una *interpretación* adecuada del mensaje.

Estos conceptos se relacionan adecuadamente entre sí y, por eso, logramos nuestros fines comunicativos; sin embargo, cuando alguno o varios niveles de la lengua se ven afectados, como en el trastorno del lenguaje llamado *afasia*, ¿es posible seguir haciendo uso de la copara comunicarnos?, ¿en qué medida se ven afectados los procesos de producción e interpretación del significado no literal?

1.1.2 Valoración clínica de personas con afasia

La evaluación de un paciente con cualquier tipo de afasia debe considerar todos los niveles y categorías del lenguaje. En la valoración clínica cotidiana el terapeuta evalúa tanto el lenguaje oral como el lenguaje escrito, examina la fonética y la fonología, la morfología, la sintaxis y la semántica con diferentes pruebas estandarizadas, pruebas no estandarizadas y pruebas para modalidades específicas a continuación descritas.

Pruebas estandarizadas:

Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), diseñada para explorar todas las áreas del lenguaje de manera cualitativa y cuantitativa, dividida en cinco partes: 1) *Habla de conversación y exposición*: evalúa la competencia funcional del paciente en la comunicación y el patrón de producción del habla. 2) *Comprensión auditiva*: explora la comprensión auditiva de palabras aisladas, la capacidad del paciente para manejar una cantidad cada vez mayor de información en un sólo mensaje, y la competencia del mismo en discriminación sintáctica. 3) *Expresión oral*: evalúa la agilidad oral, la calidad de la articulación, la capacidad para cantar una melodía, recitar refranes y seguir un ritmo, la repetición de palabras y oraciones, y la denominación de palabras de distintas categorías semánticas. 4) *Lectura*: examina el reconocimiento simbólico de letras y números hasta la comprensión de la lectura de oraciones en voz alta y silenciosa. 5) *Escritura*: evalúa la mecánica de la escritura, las habilidades codificadoras básicas, la denominación escrita, dictado y escritura narrativa libre (Goodglass, 1996)

Western Aphasia Battery (WAB), evalúa las habilidades del lenguaje así como la conducta no lingüística (como diseño de bloques, dibujo de figuras, apraxia, y cálculo). A través de las cuatro subpruebas de lenguaje oral se determinan el tipo y severidad de la afasia: 1) *Lenguaje espontáneo*: El paciente debe responder a preguntas estandarizadas y describir una lámina, de tal manera que el examinador pueda evaluar el contenido y fluidez de la información. 2) *Comprensión*: incluye preguntas fácticas, reconocimiento auditivo de palabras y ejecución de órdenes. 3) *Repetición*: repetición de

palabras aisladas, frases y oraciones. 4) *Denominación*: valora la denominación de objetos reales de alta y baja frecuencia, la fluidez semántica, la capacidad de completar frases y responder a preguntas cuya respuesta es una palabra específica (González Lázaro y González Ortuño, 2012).

Test Barcelona (TB): El primer perfil de afasias diseñado en español fue desarrollado para el estudio de las actividades mentales superiores, la versión original se divide en 41 subtests, de la cual se configuró una versión abreviada que facilitara una aproximación clínica y más práctica con la reducción de variables y tiempo de aplicación. El formato reducido incluye los subtests que estudian los factores de comprensión verbal, organización perceptiva y memoria/resistencia a la distracción o atención/concentración (Peña-Casanova, 1999). En cuanto a la subprueba de lenguaje, aporta perfiles específicos de afasia mediante: 1) conversación, narración, descripción, fluidez, gramática y contenido informativo; 2) ritmo y melodía; 3) series en orden directo e inverso; 4) praxias orofaciales; 5) repetición de sílabas, pares de sílabas, palabras y frases; 6) denominación de imágenes, objetos y partes del cuerpo; 7) evocación categorial en minutos; y 8) comprensión de palabras y material verbal complejo, así como ejecución de órdenes (González Lázaro y González Ortuño, 2012).

Pruebas sin estandarización:

Cuestionario para el Estudio Lingüístico de las Afasias (CELA): planificado con la finalidad de confirmar los planteamientos de Luria y Jakobson con pacientes de lengua española. El cuestionario se divide en cuatro áreas principales: 1) *Diálogo, monólogo y descripción de láminas*: a través de una grabación se estudia qué elementos fonémicos y morfémicos se conservan en una situación no condicionada; 2) *Fonémica*: se examinan los fonemas aislados y en combinaciones a partir de ejercicios de repetición; 3) *Morfémica*: Se evalúa el uso correcto de gramemas y lexemas, así como la decodificación de permutaciones sintácticas y de modismos y la capacidad metalingüística del paciente en relación con el uso de sinónimos y antónimos; y 4) Ejecución de órdenes, lectura, escritura y cálculo (Ávila, 1977).

Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA): Es una batería con perspectiva cognitiva que evalúa, fundamentalmente, los procesos léxicos. Consta de 58 tareas agrupadas en cuatro bloques: 1) *procesamiento fonológico*: evalúa la percepción y reconocimiento del lenguaje oral; 2) *lectura y escritura*: mide la capacidad de los pacientes para discriminar e identificar letras, lectura en voz alta, definición de homófonos y dictado de palabras y no-palabras aisladas; 3) *comprensión de dibujos y palabras*: diseñado para evaluar el componente semántico, incluye tareas como emparejamiento palabra hablada-dibujo y palabra escrita-dibujo, de discriminación de significados similares de palabras y de denominación de dibujos oral y escrita; y 4) *procesamiento de oraciones*: el paciente debe señalar el dibujo que corresponde a oraciones de presentación oral y escrita con distintas estructuras (Cuetos, 1998).

Pruebas para modalidades específicas:

Token Test: Evalúa la comprensión de comandos verbales de menor a mayor complejidad, desde la comprensión léxica hasta la memoria lingüística y la comprensión sintáctica. Para esta evaluación se utilizan fichas de distintos tamaños, formas y colores que, de acuerdo a las instrucciones dadas por el aplicador, el paciente debe seleccionar.

Prueba de Denominación de Boston: con esta prueba es posible detectar alteraciones en el léxico, pues consiste en presentarle al paciente 60 dibujos para que los denomine, si no logra hacerlo en los primeros 20 segundos, el aplicador puede darle pistas fonémicas o de descripción del dibujo.

Everyday Life Activities (ELA): está constituida por mil fotografías de actividades diarias como trabajos domésticos, interacciones sociales, *hobbies*, etc., las imágenes son presentadas al paciente para que él produzca oraciones, las complete o haga pares de correspondencia imagen-oración, de manera que esta batería permite evaluar la comprensión y producción de oraciones con cualquier tipo de estructura sintáctica.

La información de los pacientes obtenida por la aplicación de estas pruebas, desde luego, es fundamental para el diagnóstico de las afasias. Sin

embargo, ninguna considera la evaluación de la pragmática por medio de la cual se puedan determinar los déficits que en esta área del lenguaje presente el paciente; si fuera tomada en cuenta, obtendríamos una descripción más detallada y exhaustiva de la lengua del paciente, de manera que la evaluación podría ser más fructífera para el planteamiento de las terapias de rehabilitación.

Es decir, es necesario que al hacer una valoración de las alteraciones del lenguaje, ésta no sólo analice fonética, morfológica, sintáctica y semánticamente, sino también de qué manera el paciente está utilizando la lengua cuando se comunica con sus familiares y amigos en situaciones cotidianas y contextos conocidos, y si aún es capaz de utilizar los recursos pragmáticos a los que recurrimos normalmente cuando nos comunicamos.

1.1.3 Beneficios de la evaluación de la pragmática

Considero que la evaluación pragmática podría beneficiar el estudio de algunos casos de afasia porque proporciona la descripción de las alteraciones de la pragmática, permite el desarrollo de terapias efectivas y garantiza una mejor reintegración del paciente en la sociedad.

Estudiar la competencia pragmática es tomar en consideración los factores extralingüísticos que determinan el uso del lenguaje, es decir, aquellos factores a los que no puede referirse un estudio solamente gramatical como: la intención comunicativa, el emisor, el destinatario, el contexto, la situación o el conocimiento del mundo (Escandell, 1993). Evaluar en qué medida se han afectado estos factores en un paciente con afasia, aunado a los datos obtenidos de las pruebas de evaluación gramatical nos daría como resultado una evaluación minuciosa y completa del lenguaje, la cual desemboca en el siguiente beneficio: el desarrollo de terapias efectivas que tomen en cuenta este aspecto de la comunicación.

La terapia de lenguaje estimula la reorganización cerebral y fomenta vías alternativas para la expresión, ésta se planea con base en los resultados de la valoración del lenguaje del paciente. Por lo tanto, el terapeuta debe conocer cuáles son las áreas que están alteradas, en qué niveles y con qué severidad, y cuáles están conservadas (González Lázaro y González Ortuño, 2012). Si cuenta con una descripción detallada de todas las áreas del lenguaje del

paciente, la terapia que se planifique será muy efectiva, pues la meta principal es mejorar al máximo las habilidades de comunicación que se ven afectadas.

La rehabilitación se basa en la reorganización cerebral y en el aprendizaje de estrategias compensatorias; sin embargo, el nivel lingüístico que presentaba el paciente antes del trastorno difícilmente será recuperado al cien por ciento. Por otro lado, también debemos tomar en cuenta que la rehabilitación se puede ver afectada por varios factores como el tamaño de la lesión, la severidad y el tipo de afasia, la edad, el nivel lingüístico previo, la escolaridad, el estado emocional del paciente y la motivación (González Lázaro y González Ortuño, 2012). No obstante, si se cuenta con una terapia planificada de acuerdo a los datos obtenidos en las evaluaciones, incluyendo la pragmática, la rehabilitación y, por lo tanto, la reintegración del paciente en el ámbito social y laboral tendrán una mayor garantía.

En resumen, los ocho conceptos, descritos al inicio de este apartado (*emisor, destinatario, enunciado, contexto, información pragmática, intención, distancia social e interpretación*) son importantes para el funcionamiento del lenguaje; sin embargo, son extralingüísticos y no pueden ser analizados sólo desde una perspectiva estrictamente gramatical, sino también desde la Pragmática, de modo que sea posible obtener una visión más amplia, detallada y precisa de nuestra realidad lingüística. Cuando una persona presenta afasia es necesario hacer uso de pruebas estandarizadas, no estandarizadas y específicas para evaluar las categorías del lenguaje, pero la evaluación pragmática deber ser considerada igualmente importante y como complemento de la evaluación gramatical para detectar cualquier déficit en este nivel, permitiendo el desarrollo de terapias productivas y obteniendo resultados satisfactorios en la reincorporación del paciente a cualquier ámbito social.

1.2 Tipos de afasia que permiten la evaluación de la pragmática

La detección de déficits lingüísticos en personas con daño cerebral ha permitido estudiar la competencia lingüística y las teorías de la localización cerebral de dichas habilidades. En 1861, Paul Broca localizó un área en el lóbulo frontal inferior del hemisferio izquierdo (HI) del cerebro responsable del

lenguaje, sin equivalencia alguna en el hemisferio derecho (HD). Posteriormente, estudios como los de Carl Wernicke y John Hughlings (González Lázaro y González Ortuño, 2012) indicaban que había una asimetría cerebral donde el HI tenía dominancia de habilidades lingüísticas sobre el derecho. Sin embargo, Jon Eisenson demostró que también había déficits del lenguaje a causa de una lesión cerebral derecha, por lo cual surgió el interés en estudiar el papel del HD en el proceso de comunicación lingüística. Actualmente, es reconocido que ambos hemisferios son asimétricos anatómicamente y funcionalmente, y aunque las habilidades lingüísticas predominan en el hemisferio izquierdo por lateralización genética en la mayoría de las personas diestras, el hemisferio derecho también contribuye en varias funciones de la producción del lenguaje.

Por un lado, los estudios han demostrado que nuestra capacidad para producir el lenguaje espontáneo en su nivel fonético, fonológico, morfológico, sintáctico y discursivo, así como la capacidad para comprenderlo, denominar objetos y acciones, repetir lo que escuchamos, leer y escribir son habilidades del HI, pues si una persona sufre de una lesión en la parte triangular y opercular de la circunvolución frontal inferior izquierda (área de Broca), en el tercio medio y posterior de la circunvolución temporal superior izquierda (área de Wernicke), o en el lóbulo parietal inferior o regiones muy cercanas a estas áreas (González Lázaro y González Ortuño, 2012), puede presentar alteraciones graves o sutiles en las habilidades lingüísticas arriba mencionadas.

Por otro lado, se ha comprobado que “una lesión en el HD puede afectar cuatro componentes diferentes del lenguaje y la comunicación: prosodia, procesamiento lexicosemántico, habilidades discursivas y habilidades pragmáticas” (Joanette *et al*, 2008: 482). Al igual que en las afasias del hemisferio izquierdo, los patrones clínicos de alteraciones en la comunicación en el hemisferio derecho son diversos e inespecíficos, pues la lesión puede afectar uno o varios de los componentes (Joanette *et al*, 2008).

Por lo tanto, las afirmaciones anteriores permiten concluir, en este aspecto, que ambos hemisferios hacen un trabajo conjunto en la actividad lingüística; por eso, aunque ninguno de los cuatro pacientes a los que apliqué la prueba que propongo más adelante (véase cap. 3) presente lesión en el

hemisferio derecho, las personas con este tipo de lesiones también deben ser tomadas en cuenta para la evaluación, pues a pesar de que no posean la etiqueta de “afasias”, presentan, de la misma manera, alteraciones adquiridas del lenguaje.

1.2.1 Evaluación de la pragmática a partir de la *producción de enunciados, interpretación de enunciados y actos no verbales*.

Como quedó asentado en 1.1.1, la pragmática lingüística estudia los principios que regulan el uso del lenguaje en la comunicación: en cuanto al *emisor* estudia que la producción del *enunciado* corresponda al *contexto*, a la *información pragmática y distancia social* en los que él y su destinatario estén inmersos, así como la *intención* con que produce su enunciado; y, en cuanto al *destinatario*, analiza el proceso de *interpretación*. Por lo tanto, considerando en primera instancia que en una conversación constantemente cambiamos los papeles de emisor-destinatario; segundo, que las personas con afasia no pierden en su totalidad la capacidad para comunicarse y, finalmente, que ambos hemisferios son importantes en la competencia lingüística, es posible evaluar la competencia pragmática en todas las afasias que se presentan en el HI (a excepción de la afasia global por la ausencia de producción oral, comprensión y, en ocasiones, movimientos corporales), en la afasia cruzada (en el HD) y en los casos de lesiones en el HD; sin embargo, la manera de abordar esta evaluación debe considerar las características específicas que presente cada paciente y cada tipo de afasia. Con base en la investigación que he realizado, considero que la manera de evaluar la pragmática puede ser a partir de tres puntos: producción de enunciados, interpretación de enunciados y actos no verbales.

A pesar de las particularidades que puede presentar un paciente con afasia, es posible agrupar los síntomas que suelen aparecer conjuntamente. Tomando en cuenta la clasificación de las afasias en el modelo neoconexionista², las afasias del HI que pueden ser evaluadas a partir de la

²Diversos investigadores han propuesto una clasificación de las afasias tomando en cuenta distintos enfoques. Por ejemplo, el modelo conexionista clásico propuesto por Ludwig Lichtheim, en 1885, clasifica las afasias de acuerdo a las áreas cerebrales asociadas con el

producción de enunciados son: afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia motora transcortical, afasia sensorial transcortical, afasia de conducción y afasia anómica, pues los pacientes diagnosticados con alguna de ellas, de acuerdo a la descripción que proporcionan González Lázaro y González Ortuño (2012), son capaces de producir lenguaje espontáneo (fluido o no fluido) y emitir discurso (con buena o mala transmisión de la información); por lo tanto, podríamos evaluar si las emisiones de estos pacientes corresponden al contexto, a la información pragmática y a la distancia social en la que se encuentren de sus destinatarios. Lo mismo sucedería con pacientes con afasia cruzada o lesión cerebral derecha en los que el lenguaje espontáneo y la producción del discurso estén preservados.

La interpretación de enunciados requiere de un proceso de comprensión tanto del significado literal como del no literal de los enunciados. En las afasias y las lesiones del HD, la comprensión puede estar afectada o preservada en todos los niveles de la lengua; sin embargo, para asegurarnos en qué medida lo está, es necesario evaluar la interpretación de los enunciados en todas ellas (excepto la afasia global) -saber si el destinatario está entendiendo e interpretando de manera correcta el contexto, y si posee la información pragmática requerida en ese momento para la interpretación- a través de su reacción, que puede incluir actos no verbales (gestos, mirada, risa, movimientos) y/o producción de enunciados, ante el emisor.

Finalmente, los actos no verbales también pueden ser evaluados en todos los casos de afasia y lesiones del HD, pues todos los pacientes tienen la

lenguaje y las vías que las conectan. John Hughlings propuso una clasificación de acuerdo a la organización jerárquica de las áreas cerebrales que él consideraba: superior, intermedia e inferior. Pierre Marie, Karl Lashley y Kurt Goldstein pensaban que si una capacidad funcional se veía alterada, ésta era la causa de todos los síntomas y tipos de afasia, por lo cual, propusieron los modelos globales de clasificación de las afasias. El modelo neolocalizacionista fue impulsado por una nueva escuela de localización cortical, encabezada por Korbinian Brodmann, que tomaba en cuenta las áreas de la corteza cerebral que se veían afectadas. El modelo del investigador Alexander R. Luria, “padre” de la Neurolingüística, se basaba en el enfoque lingüístico de Roman Jakobson, quien proponía que las alteraciones que afectan a las unidades lingüísticas eran de dos tipos: sintagmáticas y paradigmáticas. Finalmente, el modelo neoconexionista, propuesto por Norman Geschwind en 1960, se basa en la presencia o ausencia de fluidez en la expresión, comprensión, denominación y capacidad de repetición del paciente (González Lázaro y González Ortuño, 2012).

capacidad de recurrir a ellos para acompañar su lenguaje oral, o bien, como recurso en caso de tenerlo muy afectado.

Con base en lo anterior, podemos concluir que la evaluación pragmática es posible y necesaria en todos los tipos de afasia del HI³ y las lesiones del HD, pues a pesar de los aspectos alterados del lenguaje que presente un paciente, los elementos pragmáticos como los actos no verbales siempre estarán presentes en el momento de la comunicación o intento de ésta; la comprensión de enunciados debe ser valorada para conocer el grado de afectación que tuvo la lesión, y en caso de que la persona preserve el lenguaje oral, analizar hasta qué punto es capaz de seguir haciendo uso de los recursos pragmáticos para la producción de sus enunciados.

³ Las clasificaciones de las afasias suelen agruparlas de acuerdo a ciertos síntomas o alteraciones; sin embargo, es necesario resaltar que debido a la complejidad del lenguaje, aunque algún paciente esté diagnosticado con un tipo de afasia, puede presentar características específicas.

Capítulo 2. Evaluación de la pragmática

A partir de la introducción de estudios de la pragmática en la Lingüística, se desarrolló su aplicación en otros ámbitos disciplinarios como la enseñanza de segundas lenguas y, por supuesto, las patologías del lenguaje, área en la que es posible encontrar diversos estudios de investigación teórica y práctica desarrollados desde los años 80 con su apogeo en los 90 (Gallardo Páuls, 2002). Gallardo Páuls (2007) menciona la existencia de 36 protocolos y perfiles de evaluación de la pragmática (no todos incluidos en la afasiología, sino con referencia a otros trastornos), los cuales clasifica en dos grupos; por un lado, los perfiles de eficacia comunicativa global que no atienden de manera específica categorías pragmáticas, como *The functional communication profile* de Martha Taylor; y, por otro lado, los perfiles que se basan en las teorías pragmáticas y evalúan categorías concretas de ésta área (actos del habla, implicaturas, coherencia, etc.), como el *Pragmatic Protocol* de Carol Prutting y Diane Kirchner.

En este capítulo describiré cinco protocolos de evaluación de la pragmática que han sido importantes a lo largo de la incorporación de esta disciplina en las patologías del lenguaje. De los dos grupos que menciona la autora Gallardo Páuls (2007), consideré sólo el segundo porque, como especificué antes, toman en cuenta áreas concretas de la pragmática. Dentro de dicho grupo encontramos 23 perfiles, de los cuales sólo elegí 3 por tres razones importantes: primero que nada, es necesario mencionar el primer protocolo pragmático que se conoce y ha sido base, y uno de los principales impulsores, para el desarrollo de perfiles posteriores; por otra parte, también es importante destacar la primera batería desarrollada en habla hispana que incluyó pruebas referidas específicamente a la pragmática; así como mencionar la prueba que incluye aspectos de evaluación de la pragmática y está dirigida especialmente para el paciente afásico y sus interlocutores clave; es decir, el *Pragmatic Protocol* de Carol Prutting y Diane Kirchner, la *Batería del Lenguaje Objetiva y Criterial* de M. Puyuelo, E. H. Wigg, J. Renom y A. Solanas, y el *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia* de Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser, respectivamente.

En cuanto a los perfiles de diseño específico utilizados para evaluar la comunicación de individuos con daño cerebral derecho, destacaré el *Protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal* (protocolo MEC) porque es una batería que resulta de la revisión de otros protocolos y de la investigación actual de las funciones lingüísticas del hemisferio derecho; es decir, toma en cuenta los cuatro componentes a los que hicimos referencia en el apartado 1.2: prosodia, procesamiento lexicosemántico, habilidades discursivas y habilidades pragmáticas.

Finalmente, es necesario mencionar el *Protocolo Rápido de Evaluación de la Pragmática* (PREP), pues es resultado del análisis e investigación de los estudios teóricos y prácticos que han surgido desde los inicios de la pragmática en las patologías del lenguaje hasta la fecha.

La descripción que presentaré de los cinco protocolos, antes mencionados, contendrá las áreas del lenguaje que evalúa (deteniéndome en el área que nos interesa en este estudio: la pragmática), una descripción de las subpruebas que incluye y el método de evaluación del material obtenido por el protocolo.

2.1 Protocolos y evaluaciones de la pragmática

Pragmatic Protocol

Desarrollado por Carol Prutting y Diane Kirchner en 1987 (Gallardo Páuls, 2007), sin recurrir a un enfoque gramaticalista, evalúa solamente diversas categorías pragmáticas. Está conformado por 30 parámetros divididos en tres áreas: lenguaje (*verbal aspects*), paralenguaje (*paralinguistic aspect*) y comunicación no verbal (*nonverbal aspects*). El área de lenguaje contiene 17 actos comunicativos clasificados en: actos de habla, tópicos, toma de turnos, selección lexical en actos de habla y variación estilística. En paralenguaje se contemplan 5 actos que proporcionan información sobre inteligibilidad y prosodia. Finalmente, la sección de comunicación no verbal permite evaluar la kinésica y proxémica a partir de 7 actos comunicativos.

El protocolo debe ser llenado después de observar y analizar al individuo, mayor de 5 años, en una conversación espontánea y no estructurada con otra

persona por 15 minutos, los aspectos pragmáticos a evaluar se califican como: “apropiado” (*appropriate*), si la conducta juzgada facilita la interacción comunicativa o es neutral; “no apropiado” (*inappropriate*), si la conducta entorpece el intercambio comunicativo; o “sin oportunidad de observar” (*no opportunity to observe*), el evaluador no tiene la suficiente información para juzgar el acto.

El protocolo original está en inglés, pero hay adaptaciones al español que pueden ser encontradas en internet o como referencia en otros estudios.

Cabe señalar que el hecho de calificar los aspectos pragmáticos como “apropiados” o “no apropiados” puede resultar una de las partes más difíciles del protocolo, pues el examinador debe ser objetivo en la evaluación de la información del informante para poder jerarquizar de esta manera las respuestas.

Batería del lenguaje objetiva y criterial (BLOC)

Miguel Puyuelo Sanclemente, Elisabeth H. Wiig, Jordi Renom Pinsach y Antoni Solanas Pérez (1998) desarrollaron esta batería para evaluar la competencia del lenguaje en niños de 5 a 14 años. Está dividida en cuatro áreas: morfología, sintaxis, semántica y pragmática. Cada área se divide en apartados o bloques: 19 bloques de morfología (190 reactivos), 18 bloques de sintaxis (180 reactivos), 8 bloques de semántica (80 reactivos) y 13 bloques de pragmática (130 reactivos).

En el módulo de pragmática los autores evalúan la “capacidad locutiva, ilocutiva y perlocutiva que tiene el individuo como emisor de enunciados, que consiste en utilizar el lenguaje en distintas situaciones de comunicación e interacción social respecto a diferentes funciones o usos (pedir información, protestar, saludar, ordenar, etc.)” (Puyuelo Sanclemente *et al*, 1998). En este módulo, la persona a evaluar siempre toma el papel de emisor dentro de un diálogo: se le presentan dibujos de escenas (escena 1: “La clase”, escena 2: “El recreo”, escena 3: “El zoo”, escena 4: “La consulta del veterinario” y escena 5: “El restaurante de comida rápida”) donde hay diversos personajes en contextos comunicativos diferentes al suyo, el aplicador le dice al individuo la

intención de algún personaje del dibujo y debe construir un enunciado en estilo directo; es decir, tomando el papel del personaje.

Dependiendo de lo que interese al aplicador evaluar, es posible administrar sólo uno de los módulos o todos. Si la persona que está siendo evaluada falla en 7 o más reactivos de un bloque, es necesario pasar al siguiente; la puntuación de cada reactivo es 1, 0 o N (nula). La administración de un bloque debe ser en un tiempo máximo de una hora. Es posible evaluar de tres formas los datos obtenidos por la prueba: de manera criterial, normativamente y con curvas de desarrollo. La primera permite conocer el nivel de la persona en relación con una determinada habilidad lingüística con una referencia de edad; la segunda, con una referencia cualitativa de conocimiento de la habilidad lingüística o comparando el nivel de la persona evaluada con un grupo determinado; y, la tercera, permite conocer la evolución de la persona y representarla gráficamente.

La prueba puede encontrarse en México en bibliotecas y en internet, tanto la versión completa como la versión corta (*BLOC Screening*).

Los estímulos en los que se apoya esta batería para elicitar los enunciados del paciente son muy forzados y, desde mi perspectiva, este tipo de evaluación iría en contra de la concepción de que la pragmática lingüística es el estudio del lenguaje en uso.

Conversational Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)

De Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser (1997), fue desarrollado como un recurso que complementa otros protocolos o perfiles del lenguaje, el perfil pretende motivar terapias que se enfoquen en facilitar estrategias efectivas de comunicación entre personas con afasia y su interlocutor clave (*key conversational partner*). La prueba gira en torno a comportamientos identificados dentro de cuatro categorías: deficiencias lingüísticas (*linguistic impairments*), inicio y toma de turno (*initiation and turn-taking*), dominio del tema (*topic management*) y rectificaciones (*repair*) (Whitworth, 2003). La información es recogida a través de

- (a) a structured interview with both the person with aphasia and the key conversational partner, usually separately, and

(b) an analysis of a 10 minute sample of unscripted conversation between the person with aphasia and his/her conversational partner.

These two sources of information are then combined onto a summary profile. This allows analysis of the level of agreement between the two sources of information and establishes a baseline for intervention. (Whitworth, 2003)⁴

Además, hay otra sección (en la entrevista al interlocutor clave) que reúne información sobre la conducta comunicativa previa a la afasia del paciente para hacer una comparación con su situación actual, lo cual permite identificar los cambios que están enfrentando el paciente y su familia.

La versión original de este perfil está en inglés, su adquisición en México es difícil o imposible; sin embargo, Beatriz Gallardo Páuls (2002) hace una reseña de él y proporciona una traducción al español.

El perfil de análisis que proponen estas autoras es una gran aportación a las evaluaciones de la pragmática, pues es el primero que le otorga al interlocutor-clave de los pacientes el lugar que le corresponde, pues es una pieza fundamental en la rehabilitación.

Protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal (protocolo MEC)

Fue desarrollado por Helene Côté, Bernardette Ska e Yves Joanette en 1997 con el propósito de evaluar los trastornos de la comunicación en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho. A través de catorce pruebas evalúa cinco áreas: Prosodia, Semántica léxica, Discurso, Pragmática y Conciencia del déficit. El bloque de pragmática está dividido en dos partes: interpretación de metáforas e interpretación de actos de habla indirectos.

⁴ a) una entrevista estructurada con la persona con afasia y su interlocutor clave, separados, y
b) un análisis de una muestra de 10 minutos de transcripción de la conversación entre la persona con afasia y su interlocutor clave.
Estas dos fuentes de información son, posteriormente, combinadas en un resumen del perfil. Lo que permite el análisis del nivel de acuerdo entre las dos fuentes de información y establece una línea base para la rehabilitación.

Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática (PREP)

Beatriz Gallardo Páuls (2008) desarrolló este protocolo para evaluar a partir de datos orales: 1) la Pragmática enunciativa, 2) la Pragmática textual y 3) la Pragmática interactiva. Es un cuestionario de 17 preguntas que el examinador debe contestar con: *sí*, *no* o *no evidencia*. El protocolo está dividido en tres áreas que corresponden a las pragmáticas mencionadas, en la primera evalúa actos de habla, tareas de edición e inferencias; en la segunda, coherencia y cohesión; y, en la tercera, la agilidad del turno, el índice de participación, los tipos de intervención y la gestualidad.

Esta prueba evalúa en porcentajes y es posible establecer tres medidas:

1. *Habilidad Pragmática General (HPG)*: resultado de dividir las respuestas afirmativas entre los ítems evaluados y multiplicar por 100 [...];
2. *Habilidad Pragmática Específica (HPE)*: reduce el inventario de categorías pragmáticas, eliminando aquellas cuya ejecución necesita por completo el dominio léxico, semántico, fónico y morfosintáctico [...];
3. *Habilidad Pragmática de Base Gramatical (HPGr)*: engloba las categorías cuya eficacia depende de una habilidad previa en los componentes gramaticales [...] (Gallardo Páuls, 2008)

Es importante destacar que, de las cinco pruebas que hemos presentado, es la única que toma en consideración todos los elementos teóricos de la pragmática lingüística para la evaluación.

2.2 Observaciones a las pruebas presentadas

Las cinco pruebas que mencioné han sido grandes aportaciones a la investigación de déficits pragmáticos en las patologías del lenguaje, por un lado, el *Pragmatic Protocol* al ser la primera prueba dedicada exclusivamente a la pragmática es el punto de partida para las investigaciones y protocolos siguientes, pues la toman en consideración; la *Batería del lenguaje objetiva y criterial* (BLOC) es digna de mención por ser la primera en habla hispana que tiene un área de evaluación de la pragmática; del *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia* (CAPPA) podríamos enfatizar la importancia

que le otorga al interlocutor-clave del paciente; por otro lado, el *Protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal (protocolo MEC)* es el primero dedicado a pacientes con lesión en el hemisferio derecho que evalúa las habilidades básicas relacionadas con la comunicación, entre ellas la pragmática; y, finalmente, el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática (PREP)* es muy importante porque no deja fuera ningún aspecto del lenguaje considerado dentro de la pragmática lingüística.

Es evidente que estas pruebas coinciden en que es importante la evaluación de la pragmática; sin embargo, hay tres diferencias destacables entre ellas: primero, no coinciden en la manera en que evalúan los aspectos pragmáticos; segundo, no todas consideran, de manera completa, las bases teóricas de la Pragmática lingüística; y, tercero, tampoco todas consideran la importancia del interlocutor-clave del paciente en la valoración.

La primer diferencia es evidente porque las cinco pruebas pueden ser divididas en dos grupos: 1) las que ofrecen estímulos (dibujos, comandos) que provocan la producción de enunciados de la persona que está siendo examinada para obtener la información que se evaluará; y, por otro lado, 2) las que evalúan la pragmática a partir de transcripciones de entrevistas con los pacientes o conversaciones familiares-paciente, terapeuta-paciente, etc. En el primer grupo: la *Batería del lenguaje objetiva y criterial*, así como el *Protocolo MEC*; en el segundo: el *Pragmatic Protocol*, el *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia* y el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática*.

En cuanto a la segunda diferencia, desde la introducción de la pragmática en la Lingüística, surgieron diversas teorías que siguen vigentes hoy en día, como la “teoría de los actos del habla” de John Langshaw Austin (1970) y John Searle (1969) , el “principio de cooperación” y las “implicaturas” de Herbert Paul Grice (1975) , o la “teoría de la relevancia” y el “proceso de inferencia” de Dan Sperberg y Deirdre Wilson (1986) (Escandell, 1993), todas necesarias para comprender los mecanismos por los cuales emitimos y comprendemos los enunciados en cada conversación. Sin embargo, el único protocolo descrito en este trabajo que toma a todas en consideración es el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática* de Beatriz Gallardo Páuls, cuyos estudios cumplen con esta importante característica y no dejan de demostrar la

relevancia de evaluar estos aspectos teóricos de la pragmática en las patologías del lenguaje.

Finalmente, es bien sabido que en la rehabilitación de un paciente con cualquier tipo de alteración del lenguaje, sus cuidadores, familiares o personas que conviven la mayor parte del tiempo con él, son uno de los elementos más importantes para su rehabilitación; el *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia* y el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática* son los primeros perfiles que incluyen al interlocutor-clave del paciente para obtener una evaluación de la pragmática aún más completa y efectiva para la rehabilitación.

Capítulo 3. Propuesta de evaluación de la pragmática

Como mencioné en el capítulo 1, la valoración del lenguaje de un paciente con afasia implica el examen de las características de la fonética y la fonología, la morfología, la sintaxis y la semántica del paciente mediante diversas pruebas; sin embargo, la evaluación de los aspectos pragmáticos no figura en dicha valoración, a pesar de la existencia de protocolos que específicamente se dedican a la evaluación de la pragmática u otros que le otorgan un área. Por otro lado, al analizar dichos protocolos (véase el capítulo 2), nos encontramos con ciertas limitaciones como: la manera en que son evaluadas las habilidades pragmáticas (a través de estímulos que predeterminan las emisiones del paciente); ya que no todos los protocolos consideran las bases teóricas de la pragmática lingüística, y la mayoría no toma en cuenta al interlocutor-clave dentro de la valoración.

Con la finalidad de suplir estas deficiencias, mi propuesta pretende evaluar la pragmática del lenguaje de pacientes con afasia de una manera más completa y objetiva, otorgándole la importancia que merece el interlocutor-clave y con el propósito de que dicha evaluación sea considerada como complemento en la valoración de los pacientes, pues considero que esto proporcionará una visión amplia de los déficits que presenten, y, posiblemente, desarrollar una rehabilitación completa y efectiva.

Es probable aplicar el instrumento a pacientes con cualquier tipo de afasia (excepto la afasia global) y grado de severidad, así como a pacientes con lesión en el hemisferio derecho, de cualquier edad, género y escolaridad.

3.1 Descripción

En el apartado 1.2.1 quedó asentado que la manera de evaluar la pragmática puede ser a partir de tres puntos: producción de enunciados, interpretación de enunciados y comunicación no verbal. Por lo tanto, los aspectos pragmáticos estarán organizados de manera que el aplicador pueda iniciar la valoración a partir de cualquiera de estos tres puntos.

El área de producción de enunciados consta de 17 reactivos, mientras que la de interpretación de enunciados está conformada por 3 y, finalmente, la

de comunicación no verbal tiene 2. Es decir, el instrumento está formado por 22 reactivos en total.

El bloque de producción de enunciados incluye del reactivo 1 al 10. El reactivo número uno (Elección de formulaciones) pretende evaluar si el paciente elige sus formulaciones de acuerdo al contexto en el que está inmersa la conversación. El segundo está dividido en los tres actos del habla; por un lado, en el acto locutivo (2a) el instrumento evalúa si el paciente no presenta grandes dificultades al emitir una palabra, en el ilocutivo (2b) si es posible comprender la intención del paciente; y en el perlocutivo (2c) reconocer si el paciente provoca los efectos que desea en su interlocutor. El reactivo número tres evalúa la comunicación ostensiva, la cual está dividida en intención informativa (3a) e intención comunicativa (3b): la primera se concentra en la habilidad del paciente para demostrar la intención de lo que quiere informar a través de gestos o movimientos, mientras que la segunda evalúa si el paciente corrobora dicha gestualidad a través de enunciados. El principio de cooperación corresponde al reactivo número 4, donde el instrumento evaluará si la información que proporciona el paciente es suficiente (4a), verdadera (4b), relevante y pertinente (4c), así como clara, precisa y ordenada (4d); en este reactivo el aplicador debe tomar en cuenta que los pacientes con afasia presentan algunas dificultades gramaticales; sin embargo, estamos evaluando la pragmática, por lo tanto, debemos entender por “clara, precisa y ordenada” aquella información que sigue un orden de acontecimientos, está relacionada con el tema y contextos que se están manejando en la conversación y el interlocutor no presenta mayores dificultades para comprenderla. El reactivo 5 se refiere al control del contacto, el cual evalúa si el paciente utiliza distintos recursos para atraer la atención de su interlocutor como: vocativos, formas verbales en segunda persona y formas interrogativas. Las pausas que utiliza el paciente en una conversación son evaluadas en el reactivo 6, divididas en pausas sintácticas o predecibles (6a) y pausas de planificación (6b), las primeras se refieren a aquellas pausas que coinciden con las unidades sintácticas y las segundas son las que se utilizan para planificar la intervención o encontrar la palabra oportuna o expresión sintáctica apropiada (pueden ser silenciosas u oralizadas con alargamientos vocálicos o consonánticos). Con el reactivo número 7, el instrumento pretende evaluar las reformulaciones que

hace el paciente; es decir, si el paciente replantea lo que dirá para expresar de mejor manera la información utilizando expresiones como “o sea” o dejando palabras, frases o enunciados inconclusos, así como con la emisión de sonidos vocálicos. Las autointerrupciones (reactivo 8) y reinicios (reactivo 9) también son valorados, con ellos se evalúa si el paciente tiene la habilidad de interrumpir su propia intervención cuando nota que su interlocutor no comprende la información y la reinicia utilizando formulaciones más sencillas o que expliquen de mejor manera lo que quiere expresar. Finalmente, en este bloque de producción de enunciados, el reactivo 10 evalúa el paralenguaje del paciente, como las modificaciones en la intensidad, velocidad o timbre de su voz, el uso de sonidos como “psst”, “uuh” o llanto, risas, silencios, etc. para reforzar sus estímulos verbales o corporales.

En cuanto a la interpretación de enunciados, consideré tres reactivos: capacidad inferencial (reactivo 11), continuadores (reactivo 12) y turnos de palabra (reactivo 13). El primero evalúa si el paciente entiende lo que expresa su interlocutor, aun si su información contiene ironía, sentido figurado, dichos o refranes. En el segundo se valora si el paciente muestra que sigue la intervención del hablante y no desea tomar la palabra, los continuadores pueden ser verbales (“sí”, “claro”, “ajá” o no verbales). Y, para finalizar este bloque, en el tercer reactivo se evalúa si la intervención del paciente se encuentra en un lugar adecuado de la conversación para la transición de la palabra.

Por último, el tercer bloque valora el área de comunicación no verbal a través de dos reactivos: kinesia (reactivo 14) que evalúa si el paciente utiliza movimientos y posiciones de base psicomuscular conscientes o inconscientes con valor comunicativo intencionado o no, como mirada, gestos, maneras y posturas; y proxémica (reactivo 15), donde se toma en cuenta la manera en que se sitúa el paciente dentro del espacio en la interacción.

La división de la evaluación en los tres bloques ya descritos, permite que quien aplica el instrumento decida si es necesario aplicarlo completo o, como en el caso de los pacientes cuya producción oral está dañada por completo, considerar sólo la aplicación de los bloques de comprensión de enunciados y comunicación no verbal.

En esta evaluación evitamos las calificaciones: “apropiado”, “inapropiado”, “nulo”, “1”, “0”, etc., ya que como mencioné respecto al *Pragmatic Protocol*, puede resultar difícil para el examinador ser objetivo y jerarquizar de esa manera la información. Por lo tanto, considero acertada la manera en que Beatriz Gallardo Páuls (2008) evalúa los aspectos pragmáticos en el *PREP*: a través de preguntas que debe hacerse a sí mismo el evaluador y responder con: “sí”, “no” o “sin evidencia” de la habilidad pragmática en cuestión y sacar el porcentaje de respuestas afirmativas en cada área. De esta manera, será posible identificar en qué bloque presenta mayores dificultades el paciente y la terapia podrá poner especial atención en él.

Finalmente, para que se logre la evaluación completa de la pragmática en uso y contexto real, considero que será necesario que el análisis se haga a partir de la observación de una conversación natural del paciente con la persona con quien convive y se comunica la mayor parte del tiempo, así como de la videograbación de ésta, pues es posible que durante la observación, el examinador pierda de vista detalles importantes.

A continuación presento mi propuesta de evaluación de la pragmática en forma de tabla.

PRODUCCIÓN DE ENUNCIADOS			
	SI	NO	SIN EVIDENCIA
1. Elección de formulaciones: El paciente expresa sus ideas apropiadamente, de acuerdo al contexto de la conversación, con la cortesía debida, en el momento ideal.			
2. Actos de habla:			
a) Locutivo: El paciente no presenta grandes dificultades cuando dice una palabra.			
b) Ilocutivo: Es posible entender la intención que el paciente quiere comunicar.			
c) Perlocutivo: Lo que dice el paciente con sentido literal o figurado logra efectos en su interlocutor (risas, asombro, enojo, alegría, realización de algún comando, etc.)			
3. Comunicación ostensiva:			
a) Intención informativa: El paciente demuestra su intención de lo que quiere informar ya sea a través de gestos o movimientos.			
b) Intención comunicativa: El paciente corrobora la gestualidad a su interlocutor a través de expresiones, frases u oraciones.			
4. Principio de cooperación: La información que proporciona el paciente...			
a) es suficiente			
b) es verdadera			
c) es relevante y pertinente			
d) es clara, precisa y ordenada ⁵			
5. Control del contacto: El paciente utiliza distintos recursos para atraer la atención de su interlocutor como el uso del nombre del interlocutor o la etiqueta social de éste (Raúl, Sonia, tío, mamá, papá, amigo, etc.), o expresiones como: “oye”, “mira”, “fíjate”, “ve”, “¿sabes?”, “¿verdad?”, “¿entiendes?”, “¿no?”, etc.			
6. Pausas:			
a) Sintácticas o predecibles: El paciente realiza pausas donde corresponde, por ejemplo, de la manera en que se haría al leer un texto.			
b) De planificación: El paciente se detiene en ocasiones para planificar lo que va a decir; o alarga las palabras como: “yyy...”, “fui aaaal...”, “estuve ennn...”, etc, o emite segregados vocálicos.			

⁵ La información que emite el paciente tiene un orden de acontecimientos, es fluida y su interlocutor no presenta grandes dificultades para entenderla, a pesar de los errores gramaticales que pueda presentar el paciente.

7. Reformulaciones: El paciente replantea lo que dirá dejando palabras, frases o enunciados inconclusos, haciendo uso de silencios o expresiones como “o sea”, “digo”.			
8. Autointerrupciones: El paciente interrumpe lo que está diciendo.			
9. Reinicios: El paciente reinicia con enunciados más sencillos o que expliquen de mejor manera lo que quiere expresar, de modo que su interlocutor lo comprenda mejor.			
10. Paralenguaje: El paciente modifica su voz en intensidad, velocidad o timbre, hace uso de sonidos (“psst”, “uuh”, “ufff”) o silencios, llanto, risas, suspiros, etc., para apoyar lo que está diciendo.			
INTERPRETACIÓN DE ENUNCIADOS			
	SI	NO	SIN EVIDENCIA
11. Capacidad inferencial: El paciente entiende lo que su interlocutor le dice con sentido figurado, refranes o ironía.			
12. Continuadores: El paciente demuestra que está atento a lo que su interlocutor está diciendo a través de risas, asentimientos con la cabeza, miradas, cambios de postura o expresiones como: “sí”, “claro”, “ajá”, “mmm”, “ufff”, “wow”, etc.			
13. Turnos de palabra: El paciente interviene de manera adecuada en la conversación, no interrumpe cuando está hablando su interlocutor.			
COMUNICACIÓN NO VERBAL			
14. Kinesia: El paciente logra comunicarse a través de miradas, gestos, movimientos de las manos y/o pies, o posturas.			
15. Proxémica: La distancia espacial (aprox. 55 cm) entre el paciente y su interlocutor corresponde al tipo de actividad que están realizando en el momento de la conversación.			

3. 2 Aplicación de la propuesta en cuatro casos de afasia

Los pacientes que participaron en la aplicación del instrumento de esta investigación no fueron elegidos según algún rango de edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, etiología o tipo de afasia. Participaron cuatro pacientes con afasia, así como su familiar responsable (interlocutor clave), que tuvieron la disponibilidad y, previamente, dieron su consentimiento para ser evaluados y videograbados. En la tabla 1 se exponen los datos de cada uno de ellos, podemos observar que los cuatro pacientes son mayores de 50 años; que el inicio del padecimiento (y, por lo tanto, el tiempo en terapia) varía en cada paciente: el paciente A, con afasia anómica, tiene 3 años con su padecimiento; el paciente B, con afasia de Broca, 6 años; el paciente C, con afasia de Wernicke, algunos meses, y el paciente D, también con ésta última, 1 año.

El procedimiento de evaluación se llevó a cabo en el consultorio donde toman su terapia del lenguaje a la hora de ésta. Se le daba la instrucción a ambos (paciente e interlocutor) de que iniciaran una conversación de cualquier tema de su preferencia mientras yo los observaba y videogrababa en un lapso de tiempo de 15 a 20 minutos.

3.2.1 Resultados

A continuación, presentaré una tabla por cada paciente evaluado, la cual proporcionará la transcripción ancha⁶ de algunos fragmentos extraídos de las conversaciones grabadas, de manera que el lector tenga evidencia de las características de los enunciados que fueron considerados en cada reactivo.

⁶ Transliteración ortográfica ampliada con los rasgos que contribuyen a la significación: acentuación, pausas, alargamientos de sonidos y elevación o disminución de la entonación.

Tabla 1

Paciente	Edad	Lateralidad previa/ actual	Género	Escolaridad	Ocupación previa	Inicio de padecimiento	Etiología	Tipo de afasia	Secuelas motoras	Interlocutor clave	Estado civil
A	62 años	D/D	M	Maestría	Restaurador de obras de arte, docente en la UNAM, posgrado en artes plásticas	2010	infarto cerebral en el territorio de arteria cerebral media izquierda	Anómica	-----	Esposa	Casado
B	51 años	D/Z	F	Técnico radiólogo en medicina nuclear	Técnico radiólogo	2007	EVC isquémico en la arteria cerebral media izquierda.	De Broca	Hemiplejia	Hermano	Soltera
C	67 años	D/D	M	Licenciatura, Contador Público	Actual: empresario	2013	EVC hematoma occipitoparietal izquierdo	De Wernicke	-----	Esposa	Casado
D	87 años	D/D	F	3° de primaria, terminó 6° en el 2010	Hogar	2012	EVC por ateroma carotídeo, infarto en la zona del lóbulo temporal izquierdo y síndrome metabólico	De Wernicke	-----	Hija y esposo	Casada

Tabla 2

Reactivo	Paciente A	SI	NO
PRODUCCIÓN DE ENUNCIADOS			
1. Elección de formulaciones	<p>IC: te sen'tiste mas se'guero de ke estu'bieran 'eyos kon'tigo ↗</p> <p>PA: m:e me: gusta'ria es'tar mas 'solo 'pero 'pero nor:mal'mente la 'xente lo lo 'kuando es'toi a'i me 'pongo mas ner'bioso ke si es'toi yo 'solo en 'ese mo'mento 'pero eya kes'tubo kon:o'sotros a'i i: i: 'luego es'tubo bien</p> <p>IC: 'bueno 'pero la i'dea 'era ber 'komo te desen'buelbes</p> <p>PA: esakta'mente</p>	x	
2. Actos de habla	<p>PA: 'para 'blar de mi se 'buelbe mas di'fisil 'pero 'kuando es'toi kon la 'xen: 'bueno ke'ria a'blar kon la 'xente 'pero 'komo no ye'go 'nadie 'dixe 'bueno es'taba mas tran'kilo no/</p> <p>IC: (levanta las cejas y asienta con la cabeza)</p>	x	
a) Locutivo		x	
b) Illocutivo		x	
c) Perlocutivo		x	
3. Comunicación ostensiva	<p>IC: i no se'ra ke si 'era la'lumna i al 'berse 'sola 'dixo:</p> <p>PA: (niega con la cabeza) no/ no por'ke le 'dixe me 'yamo ar'turo de la 'serna i en'tonses me 'dixo 'eske no te ko'nosko</p>	x	
a) Intención informativa		x	
b) Intención comunicativa		x	
4. Principio de cooperación	<p>PA: i estu'bimos a'i 'asta: ke se'ra ↗ 'komo 'seis i 'media no ↗</p> <p>IC: si 'komo 'desde las 'kuatro 'asta las 'seis i 'media</p> <p>PA: maso'menos 'algo a'si i no a'bia 'nadie a'i el mi'erkoles regre'samos en 'esto </p> <p>'digo el 'lunes</p> <p>IC: a'xa</p>	x	
a) es suficiente		x	
b) es verdadera		x	
c) es relevante y		x	

pertinente	PA: 'otra bes nueba'mente 'bino kon mi: kon mi: kon 'yudi		
d) es clara, precisa y ordenada		x	
5. Control del contacto	PA: i estu'bimos a'i 'asta: ke se'ra ↗ 'komo 'seis i 'media no ↗	x	
6. Pausas: a) sintácticas	PA: 'kuando estu'bimos a'i ka'yo un agua'sero te'rible es'tabamos kon ar'turo	x	
b) de planificación	PA: el mar: el mar el mi'erkoles 'bino: ri'kardo	x	
7. Reformulaciones	IC: i ke 'sientes de ke por 'suertel no se inskribi'o niñ'gun a'lumno ↗ PA: al prin 'bueno primera'mente ke'ria ke'ria traba'xar si/ lo ke'ria'ser a'ser mis 'klases a'i 'pero en'tiendo kes mas di'fisil a'ser 'estas estas 'kosas	x	
8. Autointerrupciones	PA: /en'tons es'taba yo'biendo por 'todos 'lados kes'ta o'ri: es'ta ma'let̃o por'ke el 'agua	x	
9. Reinicios	en'bes de sa'irse se: se re'gresa 'para 'este lu'gar	x	
10. Paralenguaje	PA: en'tro 'una se'ñora ke ki'en 'sabe a ki'en bus'kaba ↘ (eleva los hombros) me 'dise 'tengo ke te'ner 'mut̃so kui'dado por'ke me boi no me 'baya kaer a'i (señala hacia abajo) por'ke a'bia dema'siada 'agua i: lo ke kla'baron (hace círculos en la mesa con la mano derecha) es'taba mui: mui: este: kla: / 'este: 'komo se 'yama ↗ am: 'este: blan: / no 'komo s e 'dise ↗ no me a'kuerdo yo ↘	x	
INTERPRETACIÓN DE ENUNCIADOS			
11. Capacidad inferencial	IC: te fi'xaste kempe'so tra'bado i se sol'to al ra'tito ↗ 'komo ke se kalen'to 'komo mo'tor i ya 'pudo 'mut̃so mas Aplicador: si es el e'fekto de la 'kamara	x	

	PA: (ríe)		
12. Continuadores	PA: les u'biera 'dado 'klases de: de deste de de medi'sina (sonriendo) IC: pues 'klaro aprobe'tjar intoksikasi'on por sol'bentes PA: (ríe) IC: no ↗ PA: si	x	
13. Turnos de palabra	IC: en'tonses 'taba mui ba'sio/ PA: si IC: 'para ser 'todo u'nidad de pos'grado no a'bia 'tanta 'xente PA: si	x	
COMUNICACIÓN NO VERBAL			
14. Kinesia	IC: i 'era en la 'planta 'baxa o en la 'ultima ↗ PA: en la 'ultima (eleva brazo derecho)	x	
15. Proxémica	El paciente y el interlocutor clave permanecieron sentados a una distancia de 60 cm aproximadamente	x	

En cuanto al paciente A, se puede observar que no presenta grandes dificultades al producir enunciados de oraciones completas, los formula de acuerdo al contexto y su interlocutor clave entiende la intención de éstos; es decir, el paciente es capaz de transmitir de manera pertinente, clara y suficiente la información que quiere en el momento indicado de acuerdo a la conversación; por lo tanto, los reactivos que corresponden a actos de habla, comunicación ostensiva y principio de cooperación fueron positivos.

A lo largo de la evaluación, el paciente mantuvo su atención en el interlocutor y procuró atraer la atención de éste, principalmente realizando la pregunta de control del contacto “¿no?” al final de algunas intervenciones. Por otro lado, las pausas sintácticas y de planificación en sus emisiones fueron claras; en cuanto a las segundas, se presentaban en el alargamiento del último sonido del segmento de la palabra que dejaba inconclusa para planificar la continuación de su mensaje. En varias ocasiones recurrió a las reformulaciones a través de la palabra: “bueno” y se autointerrumpía cuando notaba que la palabra que estaba emitiendo no era la adecuada, posteriormente reiniciaba.

Para el reactivo de paralenguaje, se tomó en consideración la modificación de su tono de voz de acuerdo a las emociones que experimentaba cuando estaba contando alguna anécdota o cuando no recordaba alguna palabra que quería emitir, como se muestra en el ejemplo de la tabla.

El paciente demostró su capacidad de interpretación de enunciados, así como para inferir mensajes en sentido figurado, a través de risas, asentimientos con la cabeza y ejerciendo sus turnos de palabra de manera adecuada. Por último, utilizaba la kinesia para apoyar sus intervenciones y facilitar la interpretación de sus enunciados al interlocutor.

De acuerdo a los resultados y ejemplos proporcionados en la tabla anterior, es posible decir que el paciente A utiliza los recursos pragmáticos de manera eficaz cuando se comunica.

Tabla 3

Reactivo	Paciente B	SI	NO
PRODUCCIÓN DE ENUNCIADOS			
1. Elección de formulaciones	IC: 'bamos plati'kar de tu er'mana ke 'bibe en 'otro pa'is PA: m:xa IC: 'komo se 'yama ↗ PA: m: 'li:dia IC: i su es'poso 'komo se yama ↗ PA: m m mario	x	
2. Actos de habla			x
a) Locutivo			
b) Illocutivo		x	
c) Perlocutivo	IC: i 'komo te 'ibas ↗ en ke 'medio te 'ibas ↗ PA: (mira hacia arriba, eleva el brazo) m: en a: em: a: i i'on: abi'on/	x	
3. Comunicación ostensiva			
a) Intención informativa	IC: tu as 'ido a 'berlos a'ya ↗ PA: (afirma con la cabeza) s:i	x	
b) Intención comunicativa		x	
4. Principio de cooperación			
a) es suficiente	IC: 'bueno a'ora te boi a pregun'tar por tu 'otro er'mano ke 'bibe en tam'piko 'komo	x	
b) es verdadera		x	

c) es relevante y pertinente	se 'yama ↗ PA: m:a 'karlos	x	
d) es clara, precisa y ordenada	IC: i 'kuanfos 'ixos 'tiene ↗ PA: (enseña tres dedos de la mano izquierda) 'uno dos tres	x	
5. Control del contacto	IC: i 'komo te 'ibas ↗ en ke 'medio te 'ibas ↗ PA: (mira hacia arriba, eleva el brazo) m: en a: em: a: i i'o:n: abi'on/ m: m:bo'ni:to m:'mira m:bo'nito 'ka:ble no	x	
6. Pausas: a) sintácticas	No hay producción de oraciones completas que permitan identificarlas.		x
b) de planificación	IC: i 'komo se 'yaman ↗ PA: m: 'karlos e:'lias u m: m:a:rio	x	
7. Reformulaciones	IC: 'bueno 'dime 'komo se 'yama tu er'mano el ke 'bibe en bera'krus PA: a: li: no ka:rló: no em: e:'li:a:s	x	
8. Autointerrupciones		x	
9. Reinicios	IC: por abi'on o por kare'tera te 'gusta 'irte ↗ PA: me:a:bi'o no p a 'ka:ro	x	
10. Paralenguaje	IC: i 'tienes mas fami'liares en bera:krus ↗ PA: m: ps si m: si ba:sta:nte/ (eleva brazo izquierdo)	x	
INTERPRETACIÓN DE ENUNCIADOS			

11. Capacidad inferencial	Sin evidencia		
12. Continuadores	IC: 'bamos plati'kar de tu er'mana ke 'bibe en 'otro pa'is PA: m:xa IC: 'komo se 'yama ↗ PA: m: 'li:dia	x	
13. Turnos de palabra	IC: a ti te 'gusta bera'krus ↗ PA: si: IC: ke te 'gusta mas de bera'krus ↗ PA: m: m:bo'nito (ríe) m:bo'nito pai'saxe (eleva brazo izquierdo de izquierda a derecha) m:bo'nito	x	
COMUNICACIÓN NO VERBAL			
14. Kinesia	IC: por'ke te 'gusta 'irte mas en el 'karo ↗ por'ke te 'gusta mas ↗ PA: e: b:an: bo'nitos be: bera:'kru:s (con la mano izquierda simula curvas) m:bo'nito bo'nito	x	
15. Proxémica	El paciente y su interlocutor permanecieron sentados a una distancia de 80 cm aproximadamente.	x	

En contraste, la tabla 3 nos demuestra que los enunciados que emitió el paciente B fueron segregados vocálicos, sílabas, palabras y frases; sin embargo, estaban dentro del contexto de la conversación y, aunque presentaba dificultades para producir las palabras, lograba transmitir su intención comunicativa a través de movimientos con su mano izquierda (presenta hemiplejía derecha) y gestos. La conversación que mantuvo fue posible porque el interlocutor clave realizaba preguntas concretas y la mayoría de las veces, el paciente expresaba sus respuestas con relevancia, coherencia y veracidad.

Ya que no emitió oraciones completas a lo largo de la evaluación, el reactivo de pausas sintácticas no fue positivo; aunque sí se obtuvo evidencia de pausas de planificación y reformulaciones, pues por la dificultad que presentaba el paciente al producir palabras, emitía segregados vocálicos mientras planificaba o reformulaba lo que quería expresar.

Siempre mantuvo su atención en las intervenciones del interlocutor clave y producía los enunciados adecuadamente, sin interrumpir. Una característica peculiar de este paciente y que no es fácil presentar a través de las transcripciones, es que intensificaba su voz cada vez que, después de varios intentos, podía emitir las palabras que tenía en mente.

Los resultados indican que la terapia de esta paciente debe tomar en cuenta la dificultad que presenta en la producción de enunciados y brindarle alternativas de comunicación que puedan aplicar tanto ella como su interlocutor clave.

Tabla 4

Reactivo	Paciente C	SI	NO
PRODUCCIÓN DE ENUNCIADOS			
1. Elección de formulaciones	IC: 'emos es'tado en la 'playa PA: en la 'playa tambi'en 'mut̃ʃas 'beses IC: to'mando el sol PA: me 'gusta 'mut̃ʃo na'dar por'ke 'pienso ke se me ba me ba ba es'tar me'xor IC: a'xa i ade'mas te 'gusta 'mut̃ʃo PA: ka'mino 'mut̃ʃo en la 'kata por las 'kasas por la 'kasa be'bimos 'mut̃ʃo to'bia ko'mimos 'mut̃ʃo m: be: 'bemos 'mut̃ʃo a mi pa'pa kon mi: kon mis 'ixos		x
2. Actos de habla			
a) Locutivo	PA: 'emos 'ido 'komo tres 'beses o 'singo 'beses aka'pulko 'desde kes'toi en'fermo es'toi	x	
b) Ilocutivo	en'fermo 'desde 'ase: (enseña tres dedos de la mano izquierda) de tres 'dias de	x	
c) Perlocutivo	tres 'apos tres 'meses tres ke ↗ IC: 'kuatro 'meses	x	
3. Comunicación ostensiva a) Intención informativa	PA: 'bamos a ber al 'mediko ke nos a'be dos 'beses 'emos 'ido tres 'beses 'ido a su 'kasa a su: a su: ke ↗ IC: konsul'torio		x
b) Intención comunicativa	PA: a su 'koyo ke su ke ↗ IC: konsul'torio PA: koyo'a'kan no ke ↗ IC: konsul'torio a'xa PA: su ke ↗ IC: si 'emos 'ido al konsul'torio PA: 'komo se 'yama ↗		x

	IC: kon.sul.'to.rio		
4. Principio de cooperación	PA: m:e me mo'lesta 'mutʃo ke 'kuando es'toi por al'gunas 'kosas ki'siera yo a'blar 'bamos no 'puedo a'blar 'bamos 'oita me kon la 'otra seño'ita 'komo se 'yama ↗ no los a'migos ke 'fuimos a: a: 'komo se 'yama ↗ mui 'lexos a'ki 'fuimos ser'kita 'komo 'fuimos ↗ 'serkas o 'lexos ↗		x
a) es suficiente			
b) es verdadera			x
c) es relevante y pertinente			x
d) es clara, precisa y ordenada			x
5. Control del contacto	IC: mui deskan'sados 'fuimos 'biendo telebisi'on PA: si	x	
6. Pausas:	No son claras en la mayoría de sus intervenciones.		
a) sintácticas			x
b) de planificación	PA: 'emos 'ido kon el tres 'kuatro 'beses i'emos 'bisto al 'mediko tambi'en ke: mes'ta: a'siendo 'esto 'komo se 'yama ↗	x	
7. Reformulaciones	IC: kon el neurotera'pista tambi'en 'bamos ir el 'martes PA: 'bamos ir por'ke me 'dise ke: m: lo nese'sito 'bamos	x	
8. Autointerrupciones	PA: 'bamos a ber al 'mediko ke nos a'be dos 'beses 'emos 'ido tres 'beses 'ido a su 'kasa a su: a su: ke ↗	x	
9. Reinicios	No reinicia las autointerrupciones, pide ayuda a su interlocutor.		
10. Paralenguaje	PA: no no se ke 'kies ke te 'pueda ʎo de'sir 'deso no me a'kuerdo bien 'mutʃas 'kosas por'ke se me a olbi'dado 'todo ↘ (modifica la intensidad de su voz de acuerdo a sus emociones)	x	

INTERPRETACIÓN DE ENUNCIADOS			
11. Capacidad inferencial	Sin evidencia		
12. Continuadores	IC: en kami'on nos 'fuimos PA: si en kami'on IC: mui deskan'sados 'fuimos 'biendo telebisi'on PA: si	x	
13. Turnos de palabra	IC: de ke 'kieres a'blar ↗ PA: ps no se de ke 'kiere ke 'able (eleva levemente los hombros) no se ke de'sir 'ablo mui 'pokas 'beses kon 'eya (señala a su interlocutor) por'ke'pako 'mutʃo kon 'eya IC: e: de ke 'fuimos aka'pulko PA: ps 'fuimos aka'pulko tambi'en estu'bimos 'todo 'emos 'ido 'komo 'kuatro 'sinko 'beses aka'pulko 'desde kes'tuben'fermo	x	
COMUNICACIÓN NO VERBAL			
14. Kinesia	IC: de ke 'kieres a'blar ↗ PA: ps no se de ke 'kiere ke 'able (eleva levemente los hombros) no se ke de'sir 'ablo mui 'pokas 'beses kon 'eya (señala a su interlocutor)	x	
15. Proxémica	El paciente y su interlocutor clave permanecieron sentados a una distancia de 80 cm aproximadamente.	x	

En la tabla anterior podemos observar que el paciente C y su interlocutor tocaron varios temas de conversación a lo largo de la evaluación, los cambios de un tema a otro se daban porque el interlocutor y el paciente se preguntaban: “¿ahora de qué hablamos?”; o bien, el paciente respondía fuera del contexto conversacional y su interlocutor lo seguía; la mayoría de las intervenciones del paciente seguían el hilo de la conversación, pero de pronto cambiaba de tema y salía del contexto. Fueron muy pocos los movimientos o gestos que el paciente presentó y, por lo tanto, su comunicación ostensiva está afectada, pues no demuestra la intención que tiene de informar algo. Por otro lado, el principio de cooperación también fue negativo, pues la información que proporcionaba no era clara, verdadera, relevante, ni suficiente para facilitar la comprensión de su interlocutor.

Cuando emitía enunciados extensos, podemos observar que las pausas sintácticas eran nulas o muy poco claras; sin embargo, sí se detenía para planificar o recordar alguna palabra, aunque no reiniciaba estas autointerrupciones sin antes pedir ayuda a su interlocutor. En cuanto a los turnos de palabra, la mayor parte del tiempo que duró la evaluación, fueron adecuados y mantuvo el contacto y la atención con su interlocutor.

Algo que no es posible registrar en la evaluación, es la modificación del tono de voz del paciente cuando expresaba su enojo al no poder recordar palabras o decirlas equivocadamente.

Los resultados de la evaluación de este paciente, demuestran que es necesario resaltar en sus terapias la importancia de la coherencia entre las preguntas o comentarios del interlocutor y las respuestas del paciente, así como las pausas sintácticas y el uso de movimientos en manos o gesticulaciones para facilitar la comunicación entre ambos.

Tabla 5

Reactivo	Paciente D	SI	NO
PRODUCCIÓN DE ENUNCIADOS			
1. Elección de formulaciones	<p>IC: 'mami me 'puedes le.'er 'esta kan'sion ↗ me la 'kantas ↗</p> <p>PA: se me ol'bida ya no'es i'gual (dirigiéndose al aplicador)</p> <p>IC: 'ponte tus 'lentes i empi'esamela le.'er a ber 'mami a'ki es'tan tus 'lentes 'mira 'pontelos</p> <p>PA: 'mira 'mira 'linda 'antes sea 'mut̃ʃo lo apren'di por'ke me sen'ti mal per'di mi 'esto i mi 'nija ke yo kan'taba total'mente mu't̃ʃisimo i 'komo es 'uno ka'toliko ek'siste 'uno 'mut̃ʃo en la i'glesia de 'mexiko (dirigiéndose al aplicador)</p>		x
2. Actos de habla			
a) Locutivo	PA: 'esto es lo ke 'ago 'ixa (toma su cuaderno y lo acerca al aplicador) a'prendelo	x	
b) Illocutivo	AP: si se'pora	x	
c) Perlocutivo	PA: 'este es el 'xefe (señala la fotografía de Porfirio Díaz en una revista)	x	
3. Comunicación ostensiva			
a) Intención informativa	<p>IC: 'komo te 'sientes ao'rita ↗</p> <p>PA: pues olbi'dada mui olbi'dada (mira hacia abajo y niega con la cabeza) 'inko: yamein:koen'ferma me 'pierdo me estra'bio</p>	x	
b) Intención comunicativa		x	
4. Principio de cooperación			
a) es suficiente	<p>IC: 'mami 'komo dor'miste a'not̃ʃe ↗</p> <p>PA: a'ora ps es'tamos al 'kinse ao'rita 'xuebes</p>		x
b) es verdadera			x
c) es relevante y pertinente	IC: 'mami 'komo dor.'mis.te a.'no.t̃ʃe ↗		x

d) es clara, precisa y ordenada	PA: es la 'fiesta 'deste mes de sep'timbre		x
5. Control del contacto	PA: tu 'eres mi 'ixo mi es'poso a si mi es'poso ↘ mi 'ixo kon 'una e'dad kon un: mas 'tʃiko ke mi e'dad yo yo soi le 'yebo 'sinko 'apos mas yo 'tengo 'diesi: le 'yebo bas'tantes mas a el IC: (ríe) ka'torse PA: yo le 'yebo su e'dad a mi 'ixo 'nija lo ke son la 'bida 'berdad mi prin: ↗ (dirigiéndose al aplicador)	x	
6. Pausas: a) sintácticas	PA: 'desde es'tados u'nidos de 'eyos (señala varias hojas de su revista de presidentes de México) 'asta a'ora los 'tengo al 'dia te los boi a dar 'bean es'tudien us'tedes a'prendan	x	
b) de planificación	PA: 'esta soi yo (señala una foto en su revista) de 'sinko de tres de tres 'meses de 'sinko 'siete el me bes'tia kon el (señala otra foto)		x
7. Reformulaciones	PA: es'tas 'xoben es'tas 'nija 'pero yos'toi 'biexa i 'eyos son a'ora (señala su cuardeno) mexi'kanos kon 'esa: mexi'kana soi ka'tolika 'pero primera'mente dios pri'mero dios ber'dad ↗		x
8. Autointerrupciones			x
9. Reinicios			x
10. Paralenguaje	PA: 'bean 'eso por'ke yo'iba la es'kuela yo 'iba 'ta:nta 'xente 'pero es 'esa me'moria ↘ i'xito (modifica su voz de acuerdo a sus emociones)	x	
INTERPRETACIÓN DE ENUNCIADOS			
11. Capacidad inferencial	Sin evidencia		
12. Continuadores	IC: (dirigiéndose al aplicador) 'fixate ke dere'pente si reak'siona bien PA: dere'pente (afirma con la cabeza) IC: 'pero de re'pente se le ba	x	

13. Turnos de palabra	IC: (dirigiéndose al aplicador) ao'ita mes'taba kor'dando ke: PA: a'kuidan (enseña revista al aplicador) IC: 'kuando: PA: (dirigiéndose al aplicador) 'teŋgo 'otro 'deste a ber ki'en la 'xefa ke 'biene o 'eʎa (señala hacia afuera) o tu es'kuela 'lean		x
COMUNICACIÓN NO VERBAL			
14. Kinesia	PA: (señala al aplicador con el dedo índice) por tʃiki'tita o'rita i la 'maestra: (señala la oficina de la terapeuta) re'xugelos (toma sus libros y los da al aplicador) re'partan/ re'partan por fa'bor/ 'bean/	x	
15. Proxémica	El paciente y sus interlocutores (interlocutor clave y aplicador) permanecieron sentados a una distancia de 70 cm aproximadamente.	x	

La tabla 5 nos muestra que el paciente D tuvo problemas en la elección de formulaciones, pues los enunciados que emitía estaban fuera de contexto, además de que la mayoría de las veces ignoraba las preguntas de su interlocutor clave y se dirigía al aplicador. El principio de cooperación no fue positivo en su evaluación, ya que la información que transmitía no era suficiente, verdadera, relevante ni precisa. Por otro lado, no realizaba pausas de planificación, reformulaciones, autointerrupciones, ni reinicios, pues era posible observar que la paciente no estaba consciente de los errores que cometía cuando emitía sus enunciados y, por lo tanto, no se detenía a planificar lo que iba a decir. Muchas de sus intervenciones no eran en el momento adecuado e interrumpía a sus interlocutores; sin embargo, a pesar de ello y de sus emisiones fuera de contexto, el mensaje que ella quería comunicar siempre iba apoyado de movimientos corporales y la modificación del tono de voz, la cual transmitía al interlocutor la tristeza que experimentaba cada vez que hablaba de las consecuencias de su evento cerebrovascular.

Considerando los resultados que nos proporciona la tabla de la evaluación de esta paciente, es evidente que en la terapia del lenguaje se debe poner atención en la dificultad que presenta para establecer un lazo de comunicación constante con su interlocutor.

Ahora bien, un análisis comparativo de los datos proporcionados en las tablas y el tipo de afasia de cada uno de los pacientes evaluados (paciente A: afasia anómica, paciente B: afasia de Broca, paciente C y D: afasia de Wernicke), nos permite detectar ciertas características de la pragmática similares u opuestas entre ellos en cuanto a la producción de enunciados, interpretación de éstos y comunicación no verbal.

En el área de producción de enunciados es necesario resaltar cuatro puntos: tipo de emisiones y consideración del contexto, comunicación ostensiva, principio de cooperación y paralenguaje. En cuanto al punto uno, los pacientes con afasia de Wernicke coinciden en la producción de enunciados de oraciones completas fuera de contexto, mientras que el paciente con afasia anómica producía también oraciones completas pero dentro del contexto y el paciente con afasia de Broca sólo emitía palabras y frases también dentro del contexto. Por otro lado, la comunicación ostensiva en el paciente con afasia

anómica y el de afasia de Broca no se vieron afectadas porque era clara su intención informativa y comunicativa; sin embargo, uno de los pacientes con afasia de Wernicke (paciente C) no demostraba su intención informativa e inmediatamente solicitaba la ayuda de su interlocutor clave, quien debía inferir la palabra o el mensaje que quería expresar. El principio de cooperación en ambos pacientes con afasia de Wernicke está afectado, mientras que en los que tienen afasia anómica y de Broca no es así. En cuanto al paralenguaje, es muy importante destacar que los cuatro pacientes presentaron una evidente modificación del tono e intensidad de voz cuando hablaban de su trastorno.

En la interpretación de enunciados, fue posible observar que los pacientes con afasia de Wernicke interrumpían a su interlocutor clave en algunas ocasiones. Y por último, en cuanto al área de comunicación no verbal, fue claro que los pacientes han desarrollado, en mayor o menor medida, el uso de la kinesia para facilitar su comunicación.

Es decir, considerando que cada paciente con afasia presenta características específicas en las alteraciones del lenguaje, y asumiendo que las clasificaciones de las afasias y lesiones del hemisferio derecho se basan en síntomas que suelen aparecer, los resultados obtenidos en la evaluación de la pragmática permiten considerar que la aplicación del instrumento en un número mayor de pacientes puede proporcionar datos valiosos a la descripción de los déficits pragmáticos en cada tipo de afasia pues, como expuse anteriormente, ambos pacientes con afasia de Wernicke tuvieron ciertas similitudes en la evaluación.

En conclusión, el instrumento propuesto al inicio de este capítulo es efectivo para evaluar las habilidades pragmáticas de los pacientes, pues los resultados demuestran un panorama claro de las dificultades que presenta cada uno de ellos en cada reactivo. Por otra parte, si aplicáramos la evaluación en más pacientes, con la intención de estudiar si presentan síntomas semejantes entre afasias del mismo tipo o lesiones del HD, es posible que obtengamos información digna de ser considerada para una descripción detallada de éstas.

Conclusiones

Como resultado de este trabajo, podemos afirmar que la valoración de la pragmática en personas con afasia debe ser considerada, al igual que los aspectos fonéticos, fonológicos, morfológicos, sintácticos y semánticos, una parte importante para el diagnóstico de déficits lingüísticos y, por lo tanto, para la planeación de las terapias de rehabilitación, de manera que sea posible obtener datos detallados y completos de las características de la lengua del paciente y resultados favorables para la reintegración del mismo en la sociedad.

Es necesaria la valoración de la pragmática en todos los tipos de afasia (excepto la afasia global) y lesiones del hemisferio derecho, ya que los recursos pragmáticos que utilizamos en el acto de la comunicación (como los actos no verbales) siempre estarán presentes; por un lado, la comprensión de enunciados debe ser evaluada para registrar el grado de afectación que tuvo la lesión en cuanto a este aspecto; y, por otro, si el paciente preserva el lenguaje oral, evaluar hasta en qué medida es capaz de utilizar los aspectos de la pragmática para producir sus emisiones.

Considerar los trabajos de investigación de la pragmática en las patologías del lenguaje que inició desde los años 80, tanto teórica como práctica, impulsa el desarrollo de estudios, protocolos y, en consecuencia, terapias de rehabilitación, a partir de sus aportaciones y la confrontación de las limitaciones que éstos posean. El análisis de los cinco protocolos tomados en cuenta para este trabajo (*Pragmatic Protocol*, *Batería del lenguaje objetiva y criterial*, *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*, *Protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal* y *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática*) permitió la elaboración de la propuesta de evaluación de la pragmática presentada en el último capítulo. La cual, como observamos a través de las tablas de resultados, cumple el objetivo en base al cual se ideó: evaluar eficazmente los déficits pragmáticos, pues aporta datos lingüísticos verdaderamente valiosos que no tenían la atención debida en la valoración de los pacientes afásicos.

Este trabajo es una aportación que, considero, podría ser un punto importante de partida para otorgarle la atención debida a la evaluación de la

pragmática en estos trastornos del lenguaje, así como para agregar información en las descripciones de los síntomas de cada tipo de afasia, según la clasificación neoconexionista en la que se basa esta investigación.

Bibliografía

- Ávila, Raúl (1977). "Afasias: selección, combinación, signos y fonemas", *Nueva Revista de Filología Hispánica*, 26 (2), pp. 276 – 285.
- Cuetos Vega, Fernando (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Madrid: Panamericana.
- Escandell Vidal, M. (1993): *Introducción a la Pragmática*. Barcelona: Anthropos; Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Gallardo Páuls, Beatriz (2002): "La investigación de los déficits pragmáticos", en Luque, J; Pamies, A. y Majón, F. (Eds.) *Nuevas tendencias en la investigación lingüística*, Granada: Ed. Método, pp. 525- 538.
- (2007): *Pragmática para logopedas*. España: Universidad de Cádiz.
- (2008): *Protocolo rápido de la evaluación de la Pragmática, PREP-INIA en "Pragmática Textual y TDAH"*. *Actas del XXVI Congreso Internacional de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología*; La Laguna, 2008.
- (2012): "Fronteras disciplinarias: Pragmática y patología del lenguaje" en Hernández Sacristán, C. y Serra Alegre, E. (Coords.), *Estudios de lingüística clínica*, Valencia: Nau Llibres, pp. 129- 174.
- Gallardo Páuls, Beatriz y Verónica Moreno Campos (2006): "Evolución de la Pragmática en un caso de afasia de Broca severa". *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (2006); 28 (4), pp. 188-203.
- Goodglass, Harold y Edith Kaplan (1996): *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados*, 3ª ed., Madrid: Panamericana. Adaptación de J. E. García-Albea.
- González Lázaro, P. y González Ortuño B. (2012): *Afasia. De la teoría a la práctica*. México: Panamericana.
- Joanette, Yves; A. I. Ansaldo; K. Kahlaoui; et al (2008): "Impacto de las lesiones del hemisferio derecho sobre habilidades lingüísticas: perspectiva teórica y clínica". *Revista de Neurología* (2008); 46 (8), pp. 481-488.
- Lesser, Ruth (1978): *Linguistic investigations of aphasia*. London: E. Arnold.
- Mitrushina, Laura, Kyle Boone, Jill Razani y Louis D'Elia (2005). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. 2a ed., New York: Oxford University Press.

- Morris, Charles (1985): *Fundamentos de la teoría de los signos* (Rafael Grassa, trad.). Barcelona: Paidós (Obra original publicada en 1938).
- Peña-Casanova, Jordi (1991): "Programa integrado de exploración neuropsicológica – Test Barcelona: Bases teóricas, objetivos y contenidos". *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (1991); 2(2), pp. 66-79.
- (1999) "Capítulo 18: El Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN)" en *Curso de Neurología de la conducta y demencias* [en línea] [fecha de consulta: 21 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/18_programa_pien.pdf>
- Portolés, José (2004): *Pragmática para hispanistas*. Madrid: Síntesis.
- Puyuelo Sanclemente, Miguel; Elisabeth H. Wiig; et al (1998): *Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial. Manual de evaluación*. Barcelona: Masson.
- Reyes, Graciela (1990): *La pragmática lingüística. El estudio del uso del lenguaje*. España: Biblioteca de Divulgación Temática.
- (1996): *El abecé de la Pragmática*. 2ª ed. Madrid: Arco Libros.
- Whitworth, Anne (2003): "The application of Conversation Analysis (CA) to the management of aphasia". *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 38/39, pp. 63-76.