



Universidad de Valladolid

**ANÁLISIS LINGÜÍSTICO DE
UN CASO DE AFASIA:
Lesiones en el hemisferio derecho.**

Autor: M^a Ángeles Ortega Centeno

Tutora: M^a Teresa Solias Aris

Facultad de Filosofía y Letras
Departamento de Lengua Española

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Afasias y Lingüística	3
3. Lesiones en el hemisferio derecho	12
4. Análisis lingüístico	19
5. Conclusiones	35
6. Bibliografía	38

1. INTRODUCCIÓN

La principal motivación para elegir y desarrollar este tema como trabajo final, tras cuatro años de formación universitaria, surge, a raíz, de acudir a una de las asignaturas impartidas por mi tutora, Teresa Solías, a quien agradezco toda la dedicación y el apoyo que me ha ofrecido durante la elaboración de este trabajo. También, me gustaría dar las gracias a Nieves Mendizabal, profesora del Departamento de Lengua Española de la Facultad de Filosofía y Letras, por haber dado su consentimiento a que estudiara el corpus que es el objeto principal de estudio de este trabajo, de un individuo que padece una lesión en el hemisferio cerebral derecho provocándole un trastorno lingüístico muy interesante para los estudios de lingüística clínica.

La investigación se basa en cuatro periodos de trabajo. En el primero de estos periodos se han transcrito las grabaciones obtenidas por Nieves Mendizabal y Teresa Solías en la Unidad Daño Cerebral del Hospital Benito Menni de Valladolid durante dos de las sesiones de logopedia a las que acude diariamente el individuo. Durante el segundo periodo se ha realizado un estado de la cuestión sobre las características e investigaciones propias de los trastornos del habla desde el punto de vista lingüístico, siendo este periodo de estudio el objetivo general, el cual nos introducirá a los distintos temas de interés propios del sujeto. En tercer lugar se han analizado dichas grabaciones extrayendo las principales características del habla del paciente, labor que constituye el objetivo central de este estudio. Por último, se ha elaborado una conclusión a partir de esas características extraídas del análisis del corpus.

El trabajo consta de cuatro apartados y un anexo. El primero de los apartados trata las investigaciones lingüísticas sobre afasias a lo largo de la historia, las causas por las que se da este tipo de trastorno del habla y la clasificación de los distintos tipos de afasias. El segundo se centra en las características de la afasia que se estudia, una afasia provocada a raíz de una lesión en el hemisferio cerebral derecho. El tercero de los apartados es el análisis del corpus de trabajo, que constituye el objetivo central o parte más importante del estudio. Y, por último, en el apartado cuarto se dan las conclusiones

personales obtenidas a partir de la elaboración de este trabajo. Los anexos incluyen las dos transcripciones realizadas a partir de las dos grabaciones.

El objetivo específico de este estudio es mostrar cómo un déficit pragmático afecta en este tipo de individuos a otro tipo de capacidades como son la prosodia, la semántica o el discurso. Asimismo, se observará cómo un déficit pragmático altera el humor, la comprensión de unidades fraseológicas y el comportamiento lingüístico del paciente ante una situación cotidiana. Además, también, se muestra la unión que mantienen la pragmática y las emociones y, la pragmática y el contexto. Por todo ello, se intentará reforzar la importancia de la pragmática como nivel del lenguaje.

2. AFASIAS Y LINGÜÍSTICA

La afasia es un trastorno del lenguaje que se observa cuando un individuo tiene dañadas las partes del cerebro que rigen o controlan el lenguaje. El término afasia fue acuñado por Armand Trousseau, médico francés, en 1864. Este término proviene de la palabra griega *αφασία*, ‘imposibilidad de hablar’. Este trastorno del lenguaje afecta tanto al contenido comprensivo como al expresivo. La afasia puede manifestarse de modo repentino o de forma lenta.

La lesión cerebral que da como resultado la afasia puede deberse a distintas causas. La primera es a causa de un traumatismo craneo-encefálico, es la única de las lesiones cerebrales posibles para que se dé un caso de afasia, que se forma por causas externas. La lesión cerebral puede venir dada por un ictus o accidente cerebro-vascular, enfermedades degenerativas, tumores cerebrales y, por último, enfermedades infecciosas del cerebro.

Los estudios sobre este tipo de trastorno se iniciaron hace mucho más de un siglo. Al principio, estos estudios venían dados a través de ciencias como la Medicina y la Neurología. La Lingüística se ha mantenido al margen hasta una época relativamente cercana. Antes de 1950 pocos lingüistas eran reconocidos en este campo de estudio. Jakobson (1956) ya denunciaba la poca atención que la Lingüística recibía por parte de las demás ciencias:

Hay en la actualidad psicopatólogos que conceden considerable importancia a los problemas lingüísticos, propiamente dichos, implicados en el estudio de los trastornos del lenguaje; algunos de estos problemas han sido abordados en los mejores tratados recientes sobre la afasia. Y, sin embargo, en la mayor parte de los casos, se ignora esta justa insistencia en la contribución de los lingüistas a las investigaciones sobre la afasia. (p.100)

Uno de los pocos lingüistas que se dedicaron al estudio de la afasia fue Jan Baudouin de Courtenay, lingüista polaco. Observó e investigó casos de pacientes con este trastorno del lenguaje y publicó su monografía “Desde la patología y embriología del lenguaje” en 1885. Courtenay indagó en el lenguaje infantil y en la afasia desde la teoría lingüística, especialmente desde la fonética. También, intentó encontrar leyes generales a partir de la comparación de las afasias con los sistemas del lenguaje.

Otro lingüista que trató este campo de estudio con anterioridad a 1950, fue el lingüista suizo Ferdinand de Saussure. En una reseña que escribió en 1908, en *Programme et méthodes de la linguistique théorique* de A. Sechehaye, da importancia a los descubrimientos neurológicos de Paul Broca y a sus observaciones sobre las múltiples formas patológicas de la afasia. A Saussure le interesaban por igual la Psicología y la Gramática.

En el siglo XIX, un anatomista alemán llamado Franz J. Gall desarrolló unos estudios basados en la localización física, localizacionismo, de las funciones mentales en las protuberancias del cerebro. Sus estudios se basaban en cuatro presupuestos. El primero dice que la mente puede ser analizada en un número específico de capacidades innatas. El segundo de ellos expone que las capacidades mentales tienen una localización específica en el cerebro, a lo que lleva al tercero de los presupuestos que nos dice que estas localizaciones físicas se manifiestan en una gran cantidad de tejido. Y por último. El cuarto comenta que ese tejido, nombrado en el anterior presupuesto, produce ciertas protuberancias en el cráneo. En conclusión, los seguidores del localizacionismo afirman en sus estudios que los centros de lenguaje se localizan de forma precisa y detallada en partes determinadas del cerebro.

Gall vio reforzados sus estudios por las aportaciones, en 1861, de Paul Broca quien concluyó sus estudios afirmando que la facultad articularia residía en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo, área de Broca. Unos años más tarde, Carl Wernicke trató a pacientes que tenían la fluidez intacta pero dificultad en la decodificación del mensaje, en la comprensión. La lesión de estos pacientes residía en la primera circunvolución temporal del hemisferio izquierdo, por lo que asumió que dicha parte era la responsable del almacenamiento memorístico de las formas auditivas.

El localizacionismo tuvo muchos enemigos porque no hay apenas razones que afirmen de forma totalmente certera, que las áreas concretas del cerebro presenten funciones lingüísticas por cercanía con áreas sensoriales o motoras.

Una de las personas que se mostró en contra del localizacionismo fue Hughlings Jackson uno de los investigadores que más énfasis puso en el campo de estudio de las afasias, desde la lingüística. Jackson, junto a Jakobson, defendió la necesidad del

estudio de las características lingüísticas de los individuos afásicos por especialistas del lenguaje. Jackson no cree en el estudio de la palabra de forma individual, no es la manera de llegar al estudio completo del lenguaje. El lenguaje es la formación de juicios proposicionales que crean relaciones entre los objetos y los sucesos a través de la concatenación de palabras.

Roman Jakobson escribió junto a Morris Halle en 1956 un libro titulado *Fundamentals of Language*. La segunda parte del libro es en la que Jakobson trata el tema de la afasia desde el punto de vista lingüístico dando una visión totalmente lingüística sobre tipos de agramatismos y afasias. Como ya se dijo anteriormente, él también fue uno de los que luchó por conseguir un puesto a la lingüística dentro del estudio de los trastornos del lenguaje. Y así dice:

La aplicación de criterios puramente lingüísticos a la interpretación y clasificación de los datos sobre la afasia puede suponer una contribución esencial a la ciencia del lenguaje y de sus alteraciones, siempre que los lingüistas permanezcan tan cuidadosamente prudentes en el manejo de los datos psicológicos y neurológicos como lo han venido siendo en su propio terreno. (p.101)

Jakobson afirma que la regresión afásica es un espejo de la adquisición del lenguaje infantil. Esta regresión sigue un orden temporal. El habla se basa en dos operaciones: selección y combinación. El hablante selecciona lexemas y les combina formando oraciones, siguiendo parámetros sintácticos. La selección se da por el bagaje léxico que comparten los hablantes. Sin embargo, en la combinación el hablante no tiene elección, ya que el código tiene establecidas las posibilidades combinatorias. La delimitación de estas dos operaciones es que en la selección dos o más elementos están presentes en la comunicación, mientras que la combinación se refiere a entidades asociadas en el código pero no en el mensaje dado en el acto comunicativo.

Esta dicotomía se ve afectada en los trastornos del habla. A la hora de estudiar los daños en la selección y en la combinación aparecen dos tipos de afasias, dependiendo que miembro de la dicotomía se vea afectado en mayor grado. El primero de los tipos es el que se da cuando la selección se ve dañada. Para estos pacientes el contexto es primordial, mantienen una conversación fácilmente pero no consiguen o no saben comenzar una. Así lo describió Jakobson (1956):

Cuanto más dependan sus palabras del contexto más éxito tendrán en sus esfuerzos de expresión. Se muestran incapaces de articular una frase que no responda ni a una réplica de su interlocutor ni a la situación que se les presenta. La frase “está lloviendo” no puede articularse a menos que el sujeto vea realmente que llueve. Cuanto más profundamente se inserte el enunciado en el contexto (verbal o no verbalizado), más probable se hace que esta clase de pacientes llegue a pronunciarlo. (p.114)

El segundo tipo de afasia propuesta por Jakobson es la que se afecta al proceso combinatorio. Los individuos que padecen este tipo de afasia pierden las reglas sintácticas siendo incapaces de formar enunciados con sentido. Otro rasgo característico es la pérdida de la flexión. El uso y el conocimiento del léxico están intactos. Anteriormente, señalamos que la regresión o pérdida del lenguaje en las afasias se da en sentido contrario a la adquisición del lenguaje en los niños, por lo tanto, en este tipo de afasia los primeros elementos que desaparecen son los puramente gramaticales. Jakobson describe el habla de estos pacientes así “El orden de las palabras se vuelve caótico y desaparecen los vínculos de la coordinación y la subordinación gramaticales, tanto en concordancia como de régimen” (Jakobson, 1956, p. 126)

En los años cincuenta, Noam Chomsky creó una nueva corriente lingüística, el Generativismo. Chomsky formuló en 1957 la gramática Generativa Transformacional. Reivindicó como requisito fundamental elaborar una teoría sobre una gramática mental. Estas ideas influyeron en la cooperación entre ciencias como la Neurología y Psicología con la Lingüística. Chomsky en su gramática Generativa propuso dos niveles de representación, la estructura profunda y la estructura superficial, y la dicotomía competencia/actuación. La competencia se define como el conocimiento implícito de la lengua materna y la actuación se da por el uso de la competencia. Esta dicotomía fue punto de partida para muchos investigadores del campo de la afasia.

En los años setenta, Harry A. Whitaker un neurolingüista estadounidense utilizó la dicotomía, propuesta por Noam Chomsky, para analizar dos tipos de agramatismos afásicos. Así nos encontramos con pacientes que tienen afectada la competencia y otros la actuación. Los agramatismos de competencia producen una alteración en la producción de secuencias fonológicas, morfológicas y sintácticas. El paciente entendería el mensaje lingüístico pero lo no produciría correctamente. Por otro lado, en los agramatismos de actuación los pacientes son capaces de organizar secuencias

fonológicas y sintácticas, pero sufren una incapacidad para la realización correcta en la producción de dichas secuencias. La competencia no estaría dañada pero los mecanismos de representación comunicativa sí lo estarían.

Las afasias no muestran pureza en sus síntomas, por lo que una clasificación exacta es muy improbable que se dé. Cada lingüista o neurolingüista encuentra o sitúa cada afasia en un orden dado por ellos, sus ideas y sus estudios propios. Por ejemplo, la afasia de conducción para Peña y Barraquer es asociada con la afasia de Wernicke, mientras que para A.R. Luria pertenece a las afasias motoras. Esto se debe a que cada afasia en particular no está determinada o no se puede encuadrar en un tipo concreto, ya que la lesión puede afectar a áreas comunes de dos tipos de afasia distintas y, también, los síntomas dependerían del tamaño y extensión de la lesión.

Las afasias afectan tanto a la expresión oral y escrita como a la comprensión oral y escrita, dando síntomas semejantes. La fluencia es una de las bases para diferenciar afasias, es la capacidad que tiene el individuo para expresar enunciados y la fluidez que con la que los emite. Las afasias fluentes los afectados tienen facilidad para expresar secuencias relativamente largas, de entre 100 a 200 vocablos, sin esfuerzo. Sin embargo, en las afasias no fluentes el individuo tiene dificultades en la expresión.

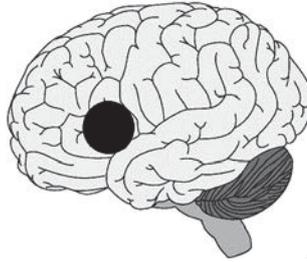
La clasificación que se sigue hoy en día se basa en los conceptos de expresión, comprensión, fluencia y repetición. En esta clasificación se dan dos tipos principales que son afasias expresivas y afasias comprensivas, luego dentro de estos dos grandes apartados se diferencia entre afasias expresivas fluentes y no fluentes, y en las afasias de comprensión también se diferencia entre fluentes y no fluentes. Comenzare a explicar las afasias expresivas de forma completa y después continuare explicando las afasias comprensivas.

1. AFASIAS EXPRESIVAS

La comprensión en este tipo de afasias no está afectada, pero las funciones expresivas sí lo están. Como antes señalamos este tipo de afasias se dividen en dos subgrupos.

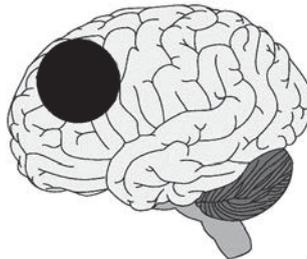
1.1. Expresivas no fluentes: pertenecen a este subgrupo la afasia de broca y la afasia motora transcortical.

- Afasia de Broca: surge por una lesión en el opérculo fronto-parietal y en la parte anterior de la ínsula.



Esta lesión da lugar a una expresión verbal afectada. La comprensión auditiva no está afectada. Estos pacientes utilizan una expresión verbal lenta y premeditada al conocer su estado. Muestran dificultad articulatoria, repiten estructuras. A veces el lenguaje escrito está más afectado que el oral, así se altera la lectura en voz alta y la expresión escrita.

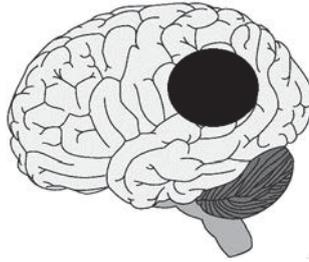
- Afasia motora transcortical: la lesión se produce en el área motora suplementaria del lóbulo frontal dominante.



La característica o carencia más importante que muestran este tipo de pacientes es que la expresión está muy deteriorada creando una falta de iniciativa para comenzar una conversación espontánea. Su discurso no es fluido y sus expresiones son poco elaboradas. El componente pragmático también está deteriorado, pero tienen buena capacidad de repetición.

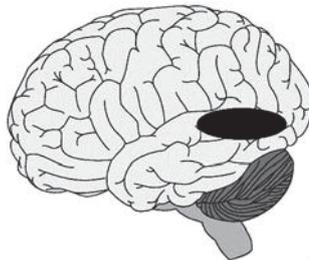
1.2. Expresivas fluentes: en este segundo grupo son las afasias expresivas fluentes que se derivan, a su vez, en la afasia de conducción y la afasia anómica.

- Afasia de conducción: la lesión se produce en la zona parietal, circunvolución postcentral y supramarginal, e ínsula.



Estos pacientes no tienen afectada la producción del lenguaje, pero presentan dificultades para la repetición. Además, su lenguaje está repleto de trastornos anómicos y parafasia fonémicas.

- Afasia anómica: la lesión se produce en el lóbulo temporal inferior.



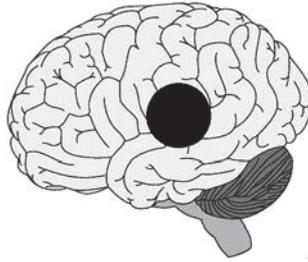
Los individuos muestran una gran dificultad para encontrar palabras de uso común. Este síntoma se denomina anomia y se da en todas las afasias fluentes, pero en este tipo de afasia está muy desarrollada. La anomia es la incapacidad de producir sustantivos. Este problema también se da en la escritura y en el habla de los pacientes. Sus estructuras son fluidas y gramaticalmente bien construidas.

2. AFASIAS COMPRESIVAS

En este grupo de afasias, la expresión no está deteriorada pero la comprensión de las estructuras gramaticales se ve afectada notoriamente. Como en las afasias expresivas, las comprensivas también se dividen en dos subgrupos las comprensivas no fluentes y las comprensivas fluentes.

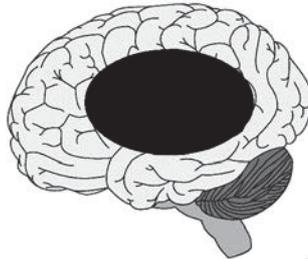
2.1. Afasias no fluentes: las afasias comprensivas no fluentes se dividen en dos, la afasia transcortical mixta y la afasia global, que explicamos a continuación.

- Afasia transcortical mixta: la lesión en este tipo de afasia se da en más de una zona cortical y subcortical.



Esta afasia deriva de una combinación entre la afasia transcortical motora y la afasia transcortical sensorial. Las características son una expresión nada fluida con una gran presencia de anomia en el discurso. Sin embargo la capacidad de repetición no está afectada. En el ámbito de la escritura nos encontramos con agrafias constantes, la escritura está muy deteriorada.

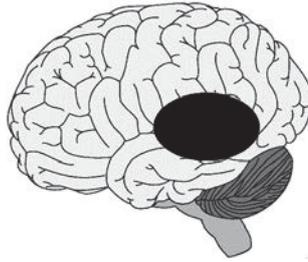
- Afasia global: se da la mayoría de las veces por un trastorno vascular que afecta a las áreas frontoparietales y tempoparietales. Estas lesiones provocan daños en la comprensión y la expresión, es la afasia con los efectos más graves.



Los pacientes sufren una anulación total de la capacidad de emitir secuencias lingüísticas, su lenguaje introduce elementos automatizados, normalmente palabras mal sonantes. También, el lenguaje está estereotipado, lo que provoca que la entonación sea el principal medio de comunicación o la base para entender al individuo. La comprensión, como antes señalamos, está deteriorada y se reduce a pocas expresiones.

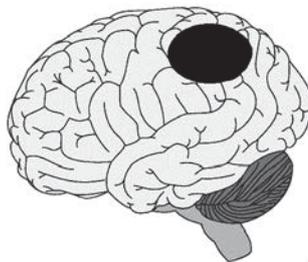
2.2. Afasias fluentes: el segundo subgrupo en el que se divide las afasias compresivas es el que corresponde a las afasias compresivas fluentes. Este subgrupo como todos los vistos anteriormente se derivan en dos tipos de afasias, la afasia de Wernicke y la transcortical sensorial.

- Afasia de Wernicke: se debe a una lesión en la zona posterior de la circunvolución temporal superior izquierda o área de Wernicke.



La característica más relevante de la afasia de Wernicke es la pérdida de la relación entre los sonidos y los fonemas a lo que corresponden estos sonidos, así los pacientes no reconocen el significado de las palabras que forman la secuencia de fonemas, este problema se llama agnosia. Esto forma un lenguaje incomprensible, sus comunicaciones son caóticas y con falta de significación en sus enunciados. La expresión es fluida y no se fuerza, también producen el lenguaje muy rápido, la velocidad de la emisión del discurso es rápida. En la escritura se ven afectados los mismos campos que en el habla.

- Afasia transcortical sensorial: la lesión se produce en la parte posterior de la unión entre los huesos parietal y occipital y se alteran las cortezas parietal y temporal.



La expresión es fluida pero es frecuente encontrarnos con ecolalia y con muchas paráfrasis. La comprensión, por otro lado, está limitada pero se conserva la comprensión auditiva. La repetición está intacta. En la escritura existen graves problemas, como en la lectura.

Hace relativamente poco tiempo se descubrieron *las afasias subcorticales*, al contrario de las afasias transcorticales que la lesión se produce en la conexión de las partes de la corteza cerebral. La lesión se produce debajo de la corteza cerebral del hemisferio izquierdo. Sus síntomas confunden a muchos investigadores, ya que los síntomas que se dan son propios de zonas cercanas a la lesión no de la zona que está

afectada. Los síntomas son diversos pero los que existen, normalmente, en este tipo de afasias son defectos articulatorios, hipofonía y disprosodia. Luego también se pueden observar otros síntomas como problemas de fluidez, trastornos en la comprensión o fenómenos anómicos.

3. LESIONES DE HEMISFERIO DERECHO

Las lesiones de hemisferio derecho han sido denominadas con múltiples nombres. Cuando se estudiaban las afasias provocadas por lesiones en el hemisferio izquierdo, todavía no se daba importancia al papel de la pragmática como componente notorio del lenguaje. Sin embargo, a partir de los años 80 la pragmática comienza a ser vista por algunos estudiosos como una parte de la lengua igual de importante que la sintaxis, fonología, morfología y semántica. Así nos encontramos con varias denominaciones como exponen Beatriz Gallardo et al (2011) en su libro *Lesiones de hemisferio derecho*:

Se han propuesto diversas etiquetas para referirse al lenguaje de hablantes con lesión de hemisferio derecho (LHD): disiponoia (Paradis 1998: 3), afasia discursiva (Hawkins 1989, apud. Smith y Leinonen 169), síndrome de hemisferio derecho (Myers 2001; Blake 2005), afasia pragmática (Joanette y Ansaldo 1999), apragmatismo (Myers 2001). (p. 10)

Los estudios, que relacionan lesiones en el hemisferio derecho con déficits en el habla de los individuos afectados por esta lesión, son muy cercanos a nuestros días. Al principio, la visión tradicional centraba los problemas del lenguaje en el hemisferio cerebral izquierdo, relegando problemas del lenguaje automático al hemisferio cerebral derecho. A raíz de diferentes estudios realizados por neurolingüistas, psicólogos y neurólogos, hoy en día la idea de que el hemisferio derecho no controla ninguna función lingüística está obsoleta, ya que en los años 80 y 90 se relacionó el hemisferio derecho con el uso pragmático de la lengua.

En los años 40 y 50 del siglo pasado los estudios sobre lesiones en el hemisferio derecho probaron déficits en campos relacionados con el lenguaje. Se realizaron análisis de las alteraciones de la disprosodia. De hecho, Monrad Khron (1947) afirmó que estos

pacientes presentaban alteraciones en la línea melódica, afectando así a la transición de valores emocionales del discurso. Estos estudios revelaron déficits viso-espaciales, no verbales y de inferencia emocional, atribuyendo al hemisferio derecho deficiencias viso-espaciales y anímico-afectivas. En la siguiente década, los años 60, los estudios se centraron en las capacidades léxico-semánticas de los afectados por lesiones en el hemisferio derecho. Estas investigaciones revelaron un claro déficit léxico-semántico. Los pacientes desarrollaron perseveraciones y dificultades con el léxico de referentes abstractos, también se vieron problemas en la escritura, alteraciones gráficas.

En los años 70 se da un gran interés por los problemas lingüísticos del hemisferio derecho, llevándose a cabo estudios contrastivos entre los problemas por una lesión en el hemisferio izquierdo con los del hemisferio derecho. Así Gardner propone déficits extralingüísticos que afectan a la prosodia, el humor, secuencias con significado figurado del individuo. Las secuencias en las que el hablante usa el sentido figurado son los modismos, por ejemplo *hacer castillos en el aire*, y las metáforas, como *las esmeraldas de su cara me miran fijamente*. Este tipo de estructuras tienen como base la creatividad del hablante, el cual compara dos realidades con alguna característica igual o parecida y las pone en comparación, sustituyendo el término real por el metafórico. Las personas que tienen afectado el hemisferio derecho pierden la creatividad, lo que produce que no puedan decodificar o no entiendan la relación entre esmeraldas y ojos verdes, ya que el sema que comparten es <color> pero en este caso no es sema principal de ninguno de los dos conceptos.

En los años 80 y 90 se produce un gran desarrollo de la pragmática clínica y así se comenzó a investigar las relaciones del hemisferio derecho con la pragmática. Estas investigaciones probaron que el hemisferio derecho era el responsable de regir la pragmática de en el acto comunicativo. Así se descartó la idea de que todo el lenguaje se deposita en el hemisferio izquierdo, dejando un hueco al hemisferio derecho dentro de la comunicación humana. A partir de estas investigaciones se descubrió que los pacientes afectados por lesiones en el hemisferio derecho sufren un déficit comunicativo y se les atribuyen rasgos como:

- Problemas de interpretación de inferencias: son problemas que se dan a la hora de decodificar secuencias de sentido figurado, estas secuencias son los modismos, las metáforas, ironías, sarcasmos y extraer moralejas.
- Su discurso es caótico sin organización alguna y, también, es egocentrista. Su discurso no empatiza con el receptor, ya que el HD controla la empatía que los usuarios del lenguaje deben usar para que se da una comunicación perfecta.
- Los pacientes que sufren este trastorno muestran anosognia o ignorancia de su problema.

Los síntomas que sufren los individuos afectados por una LHD son varios. Para resumirlos me tome la libertad de coger una tabla elaborada por Beatriz Gallardo Paúls y Verónica Moreno Campos, la cual aparece en un artículo elaborado por ambas que se llama Pragmática enunciativa en lesionados de hemisferio derecho: estudio contrastivo respecto a hablantes afásicos. Esta tabla de la que os hablo, a su vez, ellas la extrajeron de Saa (2001) a partir de Tompkins (1995). Esta tabla no solo recoge los síntomas lingüísticos, que son los que nos interesan para desarrollar este estudio, sino que nos incluye todos los problemas que se dan a todos los niveles.

LOCALIZACIÓN	DÉFICIT CONDUCTUAL
<u>Lóbulo Parietal</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Negligencia hemiespacial - Anosognia - Desorientación topográfica - Asomatognosia
<u>Lóbulo Temporal</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits estructurales - Alteración en el proceso musical - Alteración en la memoria no verbal - Interpretación pobre del contexto
<u>Lóbulo Frontal</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en el planteamiento u resolución de problemas y falta de desarrollo de estrategias. - Distractibilidad - Falta de iniciativa en actividades de forma espontánea - Perseveración

En los estudios que se dan hoy en día se ha llegado a la conclusión de que estos tipos de lesiones afectan de distinta forma dependiendo de la naturaleza de la lengua materna del paciente. Si la lengua materna es una lengua aislante, como el chino moderno o estándar la afectación se da en el léxico y la semántica. Sin embargo, si la lengua es flexiva, como el español, la lesión afectara de forma notoria la integración contextual y la interpretación pragmática. Nosotros nos centraremos, principalmente, en los problemas que se dan en las lenguas flexivas, ya que el análisis que veremos en el punto cinco del estudio es de un paciente con habla española, lengua materna español.

A continuación, desarrollaremos las alteraciones del lenguaje por causa de una lesión en el hemisferio derecho. Estas alteraciones se dividen en cuatro grupos: alteraciones en la prosodia, en las habilidades del nivel discursivo, en el procesamiento léxico-semántico y en las habilidades pragmáticas

ALTERACIONES EN LA PROSODIA

Para poder explicar las alteraciones de la prosodia primero debemos definir el término prosodia. La prosodia es un componente del lenguaje que se da a través de un procesamiento cognitivo, que es necesario para expresar y decodificar inferencias usando aspectos suprasegmentales del habla, los cuales son la entonación, las pausas y las modulaciones de intensidad. Existen dos tipos de prosodia importantes para el estudio de estos pacientes.

- Prosodia emocional: con ella el individuo expresa emociones.
- Prosodia lingüística: se forma a través de la unión de tres fenómenos. El primero de ellos es el *acento lingüístico* que permite distinguir lexías con secuencias fonémicas idénticas. El segundo es el *acento enfático* se usa para dar mayor relevancia a una información verbal importante para el hablante. Por último, el fenómeno de *modalidad* que da información extra sobre la intención del hablante.

La prosodia emocional y la prosodia lingüística de modalidad son las que dan las principales alteraciones de este campo. Las alteraciones que surgen de la prosodia son dos: la aprosodia y la disprosodia.

- Aprosodia: el paciente sufre una incapacidad de transmitir o interpretar correctamente el ritmo, el tono, el acento o la entonación del enunciado lingüístico.
- Disprosodia: el individuo afectado sufre una alteración del habla en la que esta se vuelve monótona, sin ritmo y sin melodía.

ALTERACIONES DISCURSIVAS

El discurso es el intercambio de información que se basa en normas comunicativas que comparten los componentes de una conversación. El discurso debe estar ordenado, para ello se utilizan reglas impuestas por los hablantes de una lengua común, son las máximas conversacionales propuestas por Grice en 1975. Las máximas regulan la conversación para que sea clara, ordenada, verdadera y se diga la información necesaria. Cuando el discurso se ve deteriorado puede afectar a la comprensión y expresión del individuo.

Los pacientes con déficit en el plano expresivo crean un discurso poco informativo y con una organización sencilla. Los discursos de los individuos con lesiones en el hemisferio derecho suele ser incoherente, sin progresión temática y plagado de salidas de tono, en cuanto a la utilización de lexemas mal sonantes o temas de conversación tabúes.

Por otro lado, en el plano comprensivo la dificultad que presentan estos pacientes reside en el procesamiento de inferencias verbales y, también, en compartir un contexto comunicativo con un grupo de hablantes. Estos problemas erradicadas en la falta de empatía y el egocentrismo que inunda sus conversaciones.

ALTERACIONES EN EL PROCESAMIENTO LÉXICO-SEMÁNTICO

Las alteraciones en el procesamiento léxico-semántico, como en todas las alteraciones descritas por causa de una lesión de hemisferio derecho, afectan al plano expresivo y comprensivo del paciente. La alteración más significativa dentro del procesamiento léxico-semántico proviene del plano comprensivo.

Los afectados por lesiones en el hemisferio derecho pierden la creatividad y, por lo tanto, no logran procesar enunciados o lexemas que contengan un significado

figurado de esta forma. Así lo explica Beatriz Gallardo et al (2011) en el libro titulado *Lesiones del hemisferio derecho*:

*El ámbito del significado no explícito (significado-*nn* de Grice) es, probablemente, uno de los más asociados por la bibliografía a las lesiones de HD. En general, se asume que estos hablantes tienen tendencia a interpretar los mensajes literalmente, lo que provoca problemas generalizados con la deducción de inferencias, sean éstas de naturaleza textual (moralejas de las historias, humor de los chistes), de naturaleza gramatical (tropos lexicalizados, refranes y modismos, pero también focos informativos), o de naturaleza conversacional (implicaturas, actos de habla indirectos). (Gallardo et al, 2011, p.13)*

Las palabras polisémicas que tengan significados metafóricos son incomprensibles para ellos. En un artículo publicado en la *Revista de neurología* escrito por varios autores ¹en mayo del 2008 llamado *Impacto de las lesiones del hemisferio derecho sobre las habilidades lingüísticas: perspectivas teórica y clínica* estudiaron casos de afectados con lesiones en el hemisferio derecho y ante los resultados que se extraían sobre la comprensión de los usos metafóricos en las palabras afirmaron que “ante palabras polisémicas como ‘caliente’ (asociado literal: ‘temperatura alta’), mostraban dificultad para percibir el significado alternativo metafórico ‘enojado’. En cambio no mostraban la misma dificultad para comprender los dos significados literales de la palabra ‘banco’ (mueble y entidad financiera)” (p.483)

Tomando como base el libro nombrado anteriormente *Lesiones de Hemisferio Derecho* de Beatriz Gallardo et al (2011), las causas que explican el déficit en la decodificación de inferencias son ‘un déficit atencional, cierta rigidez cognitiva, o un déficit de supresión de la información relevante.’ (p.14)

Otro de los problemas que se dan en el ámbito léxico-semántico es la imposibilidad de definir oraciones. Esto viene dado por el desconocimiento del contexto. Estos individuos solo son capaces de comunicarse o de entender los lexemas cuando estos están perfectamente introducidos en el contexto comunicativo. Además de la imposibilidad de definir palabra, también, tienen problemas para realizar el proceso contrario, a partir de la definición saber cuál es la palabra correcta. La imposibilidad de

¹ Yves Joannette, A. I. Ansaldi, K. Kahlaoui, H. Coté, V. Abusamra, A. Ferreres, A. Roch Lecours.

crear una comunicación sin contexto también les ocasiona problemas de selección, son incapaces de incluir una palabra en un texto o completar oraciones.

ALTERACIONES A NIVEL PRAGMÁTICO

Los afectados por una lesión en el hemisferio derecho no suelen tener los mismos problemas lingüísticos que los afectados por lesiones en el hemisferio izquierdo. La pragmática es el nivel que más afectado en los lesionados de hemisferio derecho. Los principales problemas que se dan son entorno al contexto común comunicativo y al proceso de decodificación de inferencias verbales. Por lo tanto, los pacientes tienen dificultad para comprender actos de habla indirecta no convencional, compartir un contexto común que envuelva la conversación y a los hablantes en una comprensión mutua, y la comprensión del humor.

Los problemas surgidos por la escasa comprensión de los actos de habla indirectos se basan en la dificultad que arrastran estos pacientes para decodificar el sentido figurado de los enunciados y palabras. Los actos de habla son comunicaciones que contienen una información implícita que el receptor debe decodificar para que se cree una comunicación fluida y correcta. La decodificación se da a través de un contexto lingüístico común en los que se agrupan todas las imágenes metafóricas que relacionan a las palabras o las situaciones que comparten un grupo de hablantes. Al perder la facultad de empatizar con las demás personas, estos individuos no entienden los dobles sentidos y las intenciones no literales de los demás hablantes. Por ejemplo, si una persona sin trastornos en el habla dice a un afectado el enunciado *¿Qué te parece si desaparece todo este desorden de tu habitación?*, el afectado entendería literalmente el enunciado y no decodificaría la información implícita que sería *limpia tu cuarto*.

La falta de empatía, que señalamos anteriormente, junto con el egocentrismo que provoca esa falta, expulsa al individuo afectado del contexto común que comparten los hablantes de una misma lengua. El afectado no extrae inferencias de los enunciados lingüísticos lo que provoca un deterioro de la comprensión.

El humor se forma a partir de una cultura lingüística y social que comparten los hablantes de una lengua, ya que estos hablantes comparten el mismo contexto comunicativo que se creó por la acumulación de vivencias y sucesos compartidos. Este

contexto crea unos gustos similares a casi todos los hablantes basando el humor en estructuras metafóricas, dobles sentidos y juegos de palabras. El humor es una forma de comunicación muy complicada para estos pacientes porque no van más allá del sentido literal y el fin de estos enunciados está en lo que no se dice o se intuye.

4. Análisis lingüístico

El siguiente análisis trata las alteraciones de un paciente que sufre una lesión en el hemisferio cerebral derecho, la cual le provoca un trastorno a nivel lingüístico, o, al menos, este análisis solo aborda alteraciones del lenguaje. El corpus son dos grabaciones ofrecidas por mi tutora y una profesora, ya nombradas en la introducción del estudio, que posteriormente las transcribí. El método seguido es deductivo, ya que primero se analizaran o se observarían las alteraciones que sufre el paciente y las que no presenta. Este análisis se basa en el cuerpo teórico ofrecido anteriormente. En segundo lugar se señalarían y explicarían los niveles del lenguaje afectados y las distintas alteraciones que dan en cada uno de ellos.

El paciente es un joven de veintidós años que vive en la localidad vallisoletana Laguna de Duero. Es un individuo diestro. Estos tipos de trastornos del lenguaje pueden darse por varias causas, pero la causa de la lesión en este individuo se dio, a raíz, de un accidente de coche. La lesión es debida a un traumatismo craneo-encefálico en el hemisferio derecho. En el corpus está representado con el turno de palabra del individuo B. Los demás participantes que participan en las grabaciones son lingüistas y logopedas que asisten la sesión.

Dependiendo de la extensión y el lugar en el que se produce la lesión, surgen distintos tipos de alteraciones. Nuestro individuo no presenta alteraciones ni en la sintaxis, ni en la morfología y tampoco en la fonología.

0115 A: ¿de bares? ¿y qué zona así hay de bares? que yo hace que estoy fuera de
ondaa↑

0116 B: no sé/ hace mucho que no salgo

0117 A: yaa hace mucho que no sales ¿y antes por dónde salías?

0118 B: cantarranas

Este fragmento no muestra ninguna alteración en los niveles nombrados anteriormente. La sintaxis no está afectada ya que el individuo sabe expresar oraciones complejas como las subordinadas sustantivas: *hace mucho que no salgo*. A nivel sintáctico no nos encontramos con agramatismos, no presenta una dificultad para conjugar verbos o un uso incorrecto de las palabras por su función sintáctica. No hay presencia de parafasias fonémicas, por lo que el nivel fonológico no está alterado. En el nivel morfológico tampoco no nos encontramos con sustitución de morfemas, ni crea palabras uniendo morfemas al azar. El siguiente fragmento muestra como el individuo no tiene alteraciones morfológicas:

0220 A: una vuelta y cuando disteis la vuelta ¿dónde fuiste?

0221 B: a casa

0222 A: después a casa pero duranteee mientras estabais dando la vuelta por la calle ¿te encontraste con gente? ¿entraste en algún bar? ¿alguna tienda?

0223 B: a una conocida

A formula una pregunta siendo el verbo principal pretérito indefinido cuando disteis la vuelta ¿dónde fuiste?, teniendo en cuenta la literalidad que presentan este tipo de lesiones, el individuo emite una respuesta lógica que coincide con el aspecto perfectivo del verbo nuclear, a casa. A literalmente pregunta que cuando disteis la vuelta que donde fueron, la respuesta tiene que coincidir con el último lugar visitado que en nuestro caso es la casa. La segunda pregunta de A está formulada en imperfectivo, entonces el paciente entiende que es el tránsito de acciones lo que le interesa a A y contesta correctamente. El individuo el aspecto verbal no lo tiene afectado, al igual que el resto de la morfología.

Las alteraciones más notorias se dan a nivel prosódico, nivel discursivo, nivel léxico-semántico y nivel pragmático. Estos niveles se ven muy afectados debido a la

falta emocional que tienen los pacientes, la falta de decodificación del significado figurado y la descontextualización que sufren.

La prosodia incluye rasgos como la entonación, las pausas y las modulaciones de intensidad. La entonación y la intensidad es muy importante a nivel emocional ya que con ella expresamos nuestros estados de ánimo, por ejemplo cuando estamos enfadados elevamos la intensidad del discurso y cuando estamos felices la suavizamos creando contextos que incorporen emociones o estados anímicos del hablante. Nuestro sujeto tiene un gran deterioro prosódico, sus enunciados tienen interrupciones constantes y, también, nos ofrece unas emisiones planas, sin entonación.

0070 C: §HAS MARCADO UN GOOL

A: = estás contentísimo

0071 C: va y aahhgg§

0072 A: §más contento/ eso es muy poco↓/ más contento↑

0073 B: no sé

Aquí el paciente no sabe mostrar el sentimiento de victoria o, por defecto, expresar felicidad. Le ocurre lo mismo al expresar cualquier tipo de emoción. Esta falta de emociones se ve reflejada en la línea tonal del individuo, de esta forma:

0227 A: cuéntalo tú solo/ lo que te acuerdes

0228 B:*(que estaban cazando// y una osa// ataco a un)*

0229 C: a un niño→

Es una emisión monótona, sin ritmo, sin consecutividad, llena de pausas y con una entonación y una intensidad casi inexistente. Estas características pertenecen a un fenómeno denominado *disprosodia* se da por una falta emocional en los discursos y una alteración en la prosodia del individuo.

El discurso se ve afectado a nivel expresivo y comprensivo. La alteración a nivel comprensivo se basa en la falta de decodificación de enunciados con presencia de

significado figurado. Para estudiar estas alteraciones es más sensato que se expliquen desde el nivel pragmático, por eso se analizaran estos fallos cuando se desarrolle el análisis del déficit pragmático del individuo.

Los pacientes no muestran un discurso, esto viene dado por una falta de creatividad que provoca la lesión. Su discurso es fluido siempre y cuando la estructura de este sea pregunta/respuesta. Como observamos en el siguiente fragmento:

0511 A: y ¿cómo es?/ o sea describe el baile ¿cómo es? ¿qué hay que hacer?// ¿cuántas personas?

0512 B: dos

0513 A: ¿y?

0514 B: ¿y? ¿qué?

0515 E: ¿y qué? ¿y qué hay que hacer?

(RISAS)

0516 B: pegarnos

El paciente necesita un pie para iniciar su emisión lingüística, y este pie tiene que tener un referente o una estructura completa para que le aporte un significado o una respuesta posible. Cuando responde al número de personas que participan da una respuesta lógica, pero cuando A le incita a continuar explicando, el individuo no entiende que paso o que secuencia sigue a ¿y?, necesita una acción que A le proporciona introduciendo un verbo, *¿y qué hay que hacer?* lo que provoca la respuesta del paciente. El individuo necesita un contexto en el que no falten datos, ya que él no tiene una capacidad creativa como para averiguarlos.

Este tipo de lesiones también hacen que los individuos formen un discurso simple y literal, sin intenciones. Sus enunciados minimizan el discurso haciéndole conciso y lógico. Esto sucede cuando el individuo está manteniendo una conversación basada en la estructura pregunta/respuesta.

0092 A: ¿y qué se hace en terapia ocupacional?

0093 B: depende

0094 A: algún día así que recuerdes que te lo pasaste bien

0095 B: escribir

0096 A: ¿escribes?

0097 B: sí

El paciente como era de esperar no crea un enunciado sintáctico, en el que se unan varios elementos, sino que con un lexema. La primera respuesta es válida, ya que el sujeto hace varios ejercicios, pero es imprecisa. No es capaz de crear un contexto oracional que explique los ejercicios que hace. Después A añade otros matices que dan forma al contexto como el tiempo y las sensaciones que le aporta la terapia ocupacional, y, en ese momento, es cuando da una respuesta más precisa, *escribir*.

Los individuos que padecen este tipo de lesiones suelen crear un discurso caótico cuando no son guiados por preguntas. Por ejemplo, explicar una dirección implica que el locutor forme solo su discurso porque el resto de participantes no conocen la información. El locutor debe ser creativo y espontáneo.

0327 A: y cuando pare allí en lagunaaa ¿cómo voy hasta tu casa?/ dime como es

0328 B: pues tiras por la calle de frente// y en la segunda/ a la izquierda/// llegas a otra calle que cruza por medio/ pasas esa calle/ y la segunda casa es la mia

0329 A: o sea/ PRIMERO tiro todo recto me has dicho ¿no?

0330 B: sí

0331 A: doblo la esquinaa↑/ y la segunda calleee/ vuelvo a tirar recto/ ¿es? o ¿cómo?

0332 B: tú cuando bajas del autobús veraass// que hay una calle/ además de la mía

0333 A: ¿es grande/ esa calle?

0334 B: sí (xxx xxx)

0335 A: tiro esa calle TODA entera la tiro/ ando por esa calle toda

0336 B: NO/ coges la segunda calle/ tiras por la segunda calle/// y cuando llegues a otra calle que sale A la derecha

0337 A: a la derecha→

0338 B: vas esa calle/ y la segunda casa es la mía

Este fragmento ejemplifica a la perfección el tipo de discurso propio que tienen los individuos afectados. Es caótico debido a la falta de claridad hay demasiadas anáforas que no marcan con claridad el referente que simbolizan, por ejemplo en *pues tiras por la calle de frente// y en la segunda/ a la izquierda/// llegas a otra calle que cruza por medio/ pasas esa calle/* el último esa no está claro si pertenece a la calle que cruza por el medio o si se refiere o a la segunda izquierda que nombro antes. Este caos discursivo se debe a la simplicidad de su discurso, solo emiten la información necesaria sin crear una estructura organizada de la explicación. Es otro ejemplo de la imposibilidad de crear un contexto.

Cuando el individuo logra estructurar un enunciado en el que cuente una vivencia o una historia, necesita tener unas nociones narrativa y encuadrar la historia temporalmente, en un lugar determinado y dar cuenta de el modo en el que el protagonista la vive.

0218 A: andres y manoli/ y bien ¿cuentanoos? Así para que no te preguntemos nosotras tanto ¿quéé hiciste/ ayer? todo seguido/ sin que nosotras te hagamos preguntas/ a ver si te sale una parrafada

0219 B: ayer por la tarde AYER por la mañana vine aquí/ ayer por la tarde salí con mi padre después de dar la siesta/ con la silla de ruedas a dar una vuelta// y no hice nada más

Este individuo no enmarca la historia en ningún lugar, ni da nociones de las emociones que le proporcionaron el paseo, solo la enmarca temporalmente. El tiempo para este paciente es muy importante ya que necesita en sus discursos una gran cantidad de marcadores discursivos temporales. Esta alteración se observa también en las conversaciones pregunta/respuesta.

También en este fragmento aparece una sustitución verbal que es curiosa. El individuo no tiene fluidez en sus emisiones. Y le cuesta construir enunciados, por lo que debe prepararlo. Esto provoca una selección verbal errónea y se sustituyen verbos algunos verbos por el verbo nuclear o el verbo de la acción más destacada. En el texto aparece *dar la siesta* por echar la siesta, *dar* coincide con el siguiente predicado cuyo verbo, también, es dar. El individuo con estas emisiones nos refleja una preparación de sus enunciados de forma torpe, sin una visión general de estructuración.

0586 A: ¿cuántos días estuviste?

(3.0)

0587 B: no me acuerdo

0588 A: pero estarías por lo menos una semana ¿no? porque está muy lejos/ ¿resultado muy pesado el viaje? ¿muy largo?

0589 B: no§

0590 A: §¿cuántas horas de avión?

0591 B: no me acuerdo

El individuo responde perfectamente a preguntas relacionadas con el modo o la distancia sabe diferenciar entre hacerse un viaje largo o corto, puede saber si fue pesado el viaje. Pero cuando A le pregunta por un periodo de tiempo el sujeto no sabe responder, de hecho A le pregunta dos veces por periodos de tiempo y en ninguna responde. Al principio de las grabaciones le preguntan al sujeto cuanto tiempo lleva en terapia y solo sabe el mes en el cual la empezó pero no sabe la cantidad de tiempo que ha transcurrido entre el principio y el momento de la grabación.

0053 C: ¿llevas mucho tiempo viniendo [aquí] a la unidad?

0054 B: [((no sé cuanto))] // no sé cuanto

0055 A: no te acuerdas ¿cuántos meses?/ pues desde octubre que te pillo un coche pues si ahora estamos en/ febrero/ pues será noviembre diciembre

0056 E: desde enero

0057 A: ¿enero? Aahh muy poquito entonces↓

Presenta una alteración en el trascurso del tiempo, de ahí que pueda afirmar que el sujeto, al ser consciente de su problema, fabrique un discurso tan marcado temporalmente porque si no tiene el tiempo no puede introducir las acciones en los distintos tiempos de una historia. Puede que se deba a un problema en la memoria temporal.

Otra alteración del discurso son las respuestas estereotipadas y la falta de espontaneidad. Estos dos problemas son debidos a la falta creativa que padece el afectado. Cuando al individuo se le introduce en una situación, en la que se le da un contexto perfectamente estructurado, el individuo accede a colaborar pero como un mero actor guiado por unas normas.

0184 A: bueno pero lo tienes aquí yaa/ venga pide el taxi por teléfono// no no des a ninguna tecla usa- hablaa/ pidele un taxi

0185 B: hola buenos días

0186 A: hola buenos días ¿qué quiere?

0187 B: quería ir a no sé donde

0188 A: pues sí que lo sabe usted bien/ di a la plaza mayor

0189 B: a la plaza mayor

0190 A: venga ahora voy en diez minutos estoy allí

0191 B: vale de acuerdo↑

0192 A: ya llega el taxista/ te montas en el taxi/ ¿dónde quiere que le lleve?

0193 B: a la plaza mayor§

Se ciñe a las reglas de cortesía que nos enseñan cuando comenzamos a hablar. Se parece a una conversación de un adulto con un niño que no tiene recursos ante un adulto. Cuando le pregunta por el lugar de destino, y el individuo se da cuenta que no

tiene esa información, no es capaz de crearla, sino que acude a A para que se la proporcione directamente, esto saca a la luz un deterioro de la espontaneidad.

La falta de creatividad en el individuo provoca que no sepa empezar un discurso. Uno de los ejercicios que muestran las grabaciones es que se le proporciona una historia con datos y el afectado debe repetirla sin interrupción. En el primero de este tipo de ejercicios ocurrió esto:

0209 C: escucha/ yo ahora te voy a explicar algo que he leído en el periódico y luego tú me lo cuentas a mí ¿vale? MIRA/ el otro día leí en el periódico que dos submarinos que estaban en el atlántico/ uno francés y otro inglés// resulta que CHOCARON porque tienen unos sensores tan eevolucionados que para que no les reconozcan en tiempos de guerra/ que resulta que cuando están haciendo prácticas y maniobras en tiempos de paz tampoco eeehhh se ven en el radar y entonces de tanta evolución en – de la técnica resulta que al final se han chocao de frente dos submarinos nucleares/ pero afortunadamente no paso nada a nadie ¿vale? Entonces ¿me lo puedes tú ahora contar a mí?

0210 B: no me acuerdo

0211 C: yaa pero sabes de qué iba/ iba de el– iba de pájaros§

0212 B: §de submarinos nucleares

El individuo no crea un inicio argumental, es incapaz de repetir la historia. Cuando C le introduce un tema central erróneo, él reacciona y da información acerca de la historia. Comprende y recuerda la historia pero no selecciona el orden correcto del hilo argumental, y sin un orden correcto no puede expresar una historia ordenada. En el segundo de los ejercicios el individuo al recordar la estructura que le marcaron los demás participantes logra iniciar y continuar la historia.

El nivel léxico-semántico en este tipo de lesiones se ve afectado en bastantes casos, pero el individuo del estudio no presenta grandes alteraciones. Lo más relevante es la importancia entre hiperónimos e hipónimos, tiende a decantarse por sustantivos específicos de un grupo semántico.

0222 A: después a casa pero duranteee mientras estabais dando la vuelta por la calle ¿te encontraste con gente? ¿entraste en algún bar? ¿alguna tienda?

0223 B: a una conocida

En este fragmento, el individuo usa conocida. Aunque es una respuesta válida no presenta agramatismos destacables, en las conversaciones del día a día los hablantes suelen usar palabras más generales, con significados amplios, como señora o mujer, por eso este dato es interesante. Esta tendencia de preferencia de hipónimos, viene dada por la simplicidad de su lenguaje. Los términos específicos provocan que el individuo de más información sin depender de un gran número de elementos gramaticales.

En el nivel de representación gráfica, el sujeto tiene problemas para recordar nombres de objetos mostrados, esto es consecuencia de una falta de memoria. Se podría afirmar que presenta una pequeña anomia, ya que tampoco se puede afirmar que esta alteración sea constante.

Para concluir con el análisis lingüístico del lenguaje de este caso de trastorno del lenguaje por lesiones en el hemisferio cerebral derecho trataremos las alteraciones pragmáticas. La pragmática es el nivel de la lengua que más alterado se encuentra ya que la falta de decodificación del significado figurado, de contexto y de empatía o de carácter emocional son notorias. La pragmática estudia el uso del lenguaje de los hablantes relacionado con un contexto, y como ese contexto puede cambiar el significado de un enunciado. El sujeto carece de contexto, o mejor dicho no es capaz de crear contextos por si solo. La falta de contexto ya fue nombrada en las alteraciones discursivas ya que afecta su falta a la hora de crear un enunciado oracional.

0480 C: ese si cuando vas a uuuun uno de los encargados del aeropuerto/ yy y ¿qué dices?

0481 B: donde están mis maletas

0482 A: pero se te habrán perdido las habrás perdido/ habrán llegado a su destino se habrán ido a otro país/ ¿tú qué crees?

0483 B: no sé

El individuo no crea un nuevo contexto ya que el contexto presente de la enunciación es claro y es que la maleta no está. La respuesta natural de una persona sin trastornos sería crear un nuevo contexto con el que explicar esa pérdida, y así crear nuevas estructuras oracionales o estrategias lingüísticas que le lleven al contexto adecuado para la explicación de la pérdida.

Las características principales de estos individuos son la falta de empatía, el egocentrismo y la desinhibición, causa que las máximas conversacionales propuestas por Grice a partir de la teoría de la cooperación sean violadas. Las máximas conversacionales son una serie de reglas no escritas que estructuran y rigen la conversación para que sea adecuada. Las máximas se dividen en cuatro: máxima de cantidad, cualidad, relación y modalidad.

0377 C: aja↑ que bien ¿no?/ y ¿cuéntanos cosas de Málaga?// ¿qué recuerdas de Málaga?

0378 B: que mi tío tiene/ un restaurante

En este fragmento de conversación se observa una violación de una de las máximas. La máxima violada es la máxima de relación. Esta máxima concreta la información que se da, o sea dicta que el discurso tiene que ser relevante y se debe seguir un hilo temático. Aquí al individuo le preguntan por la ciudad de Málaga y él contesta con el trabajo de su tío, cosa que no tiene relación con el tema de la conversación.

0273 B: una mujer en miss universo/ que cogió el sombrero tenía que salir al jardín// y saltar a laa

0274 D: bueeenoo§

En este otro trozo de conversación se viola la máxima de cantidad. Esta máxima controla la cantidad de información que debemos ofrecer, esta debe ser la justa y necesaria, no debemos dar demasiada pero tampoco nos debemos quedar cortos. El sujeto introduce una información que no es relevante y es innecesaria que es *que cogió el sombrero*, esa información no cambia nada la historia, está de más.

Las máximas conversacionales suelen ser una parte importante para la formación de enunciados humorísticos, los chistes, como también los son el sentido figurado y los juegos de palabras. El ámbito del humor es algo difícil de entender por este tipo de afectados, ya que las bases para crear y entender el humor propio de los hablantes con lengua materna española son las alteraciones que presentan. El humor de estos sujetos suele ser simple y desinhibido.

0663 B: si tú miras por debajo de tus piernas/ y ves cuatro huevos (RISAS) ¿qué pasa?

0664 C: ¿qué paasa?§

0665 D: §¿y ves cuatro huevos?

0666 A: pues que se han caído cuatro huevos de la huevera

0667 C: es una gallina

0668 A: ¿qué pasa?

0669 B: que te han dado por el culo

Es un enunciado que carece de estructuras típicas del humor. Es desagradable y descortés, ya que las personas que están presentes en el contexto no tienen un grado de confianza tal como para tratar temas sexuales. El sexo es un tema tabú para la sociedad, por lo que los hablantes lo tratan a partir de eufemismos. El individuo no reconoce la situación en la que se encuentra, ni el papel social que tiene que desempeñar. En la segunda sesión, también, conto un chiste:

0011 B: ¿qué dicen dos piernas de una prostituta cuando la prostituta ya se ha muerto?→

0012 A: que ¿qué dicen?↑

0013 B: dos piernas de una prostituta cuando la prostituta se ha muerto

0014 A: no lo sé→

0015 B: por fin juntas

En este otro ejemplo, se observa la misma falta situacional. El individuo vuelve a tratar el sexo como base de humor de una forma maleducada y fuera de contexto. El individuo cuando se da la situación comunicativa está rodeado de mujeres, pero sin embargo no se pone en la piel de estas, no empatiza. El chiste no es correcto, ya que trata el tema sexual relacionado con la profesión femenina que lo ejerce, tema controvertido para la sociedad.

Las siguientes alteraciones se basan en la decodificación de implicaturas conversacionales que estudio Grice junto con la teoría de la cooperación, para entender lo que es una implicatura os voy a presentar una explicación realizada por M^a Victoria Escandell (2013), en su libro *Introducción a la Pragmática*:

Una distinción fundamental en la teoría de Grice es la establece entre lo que se dice y lo que se comunica. Lo que se dice corresponde básicamente al contenido proposicional del enunciado tal y como se entiende desde el punto de vista lógico, y es evaluable en una lógica de tipo veritativo-condicional. Lo que se comunica es toda la información que se trasmite con el enunciado, pero que es diferente de su contenido proposicional. Se trata, por tanto, de un contenido implícito, y recibe el nombre de implicatura. (p.82)

La primera de estas alteraciones en las que las implicaturas son el mayor problema para estos individuos son los actos de habla. Los actos de habla son emisiones que transforman la realidad, es decir producen acciones y efectos en el resto de participantes conversacionales.

0676 A: OYEE/ Raúl/ ya la última pregunta/ eeehhh/ tú imagínate que entras aquí en esta habitación/ están todas las ventanas abiertas y hace un frío/ QUE pela/ ¿qué dices? A la persona que está aquí dentro§

0677 B: que hace frío

0678 A: y y no le dices nada más/ hace frío ¿y qué más?/ están todas las ventanas abiertas

0679 C: si hace frío/ mmm/ pero

0680 B: no sé/ me puedo abrigar

0681 A: que te puedes abrigar/ y algún pero si están las ventanas abiertas no la dices algo

0682 B: que↑

0683 A: no le pides a patricia/ están las ventanas abiertas

0684 B: que las cierre/ por favor

Los actos de habla se dan a través de una implicatura que intenta causar un afecto en la otra persona. Cuando hace frío y decimos ¡que frío hace aquí!, la mayoría de las personas con este acto de habla quieren que la otra persona involucrada cierre la ventana o dé la calefacción. Es curioso el comportamiento de nuestro sujeto, ya que no muestra intencionalidad. No busca que otra persona le ayude a superar esa situación. Su egocentrismo hace que se abrigue antes de implicar a otra persona. Es incapaz de emitir un enunciado con intencionalidad.

La ironía es otra de las estructuras lingüísticas que se dan a través de implicaturas. La ironía debe decodificarse a partir de las implicaturas del enunciado, se debe entender justo lo contrario a lo que el significado literal nos ofrece.

0701 A: y si/ imagínate quee/ túú llevas unas semanas sin afeitarte/ yy sin peinarte y con el pelo largo y un amigo te dice ANDA queee estás tú guapo eehh/ bien peinadito y bien afeitadito// ¿qué entiendes que te ha dicho?

0702 B: que estoy bien peinaditoo y bien afeitadito

0703 A: eso/ pero ¿lo entiendes así?

0704 B: sí

0705 A: ¿o entiendes lo contrario?

0706 B: no

Como era de esperar, dada su falta de decodificación de implicaturas, el sujeto no logra decodificar la implicatura, no logra entender que no tiene una buena presencia. Entiende la secuencia literal, extrayendo los significados dados por el sistema

lingüístico. Este mismo ejemplo de ironía se le proporciona en la segunda sesión siendo el resultado el siguiente:

0159 A: de cuchilla buenoo↓ pues imagínate quee tu amigo te dice oye tío que hoy laaa gillette de cuchilla la tenías estropeada eehh↑ ¿qué te ha dicho?

0160 B: que no me he afeitao↑

Al ser un ejercicio igual al de la anterior sesión el individuo reacciona y entiende la enunciación, pero si le cambiamos el tema de la ironía sucede esto:

0717 A: imagínate que este es un examen/ y lo hacees FATAAL/ te ponen un cero/ porque no has estudiado nada y te dice el profesor/ OYE majo muy bien eehh muy bien te ha salidooo de cine/ ¿qué entiendes?

0718 B: que me ha salido bien

Vuelve a suceder lo mismo que en el primer ejemplo. El sujeto no decodifica las implicaturas y las intenciones del hablante. Vuelve a interpretarlo de forma literal.

Para finalizar este análisis, vamos a ver las alteraciones que se dan dentro de unas estructuras populares y expresivas de la lengua que son las frases hechas y los refranes. Estas estructuras basan su formación en el sentido figurado y adaptación de significados a objetos que tienen algo en común con el objeto que tiene el significado cedido. Estas estructuras se basan en el sentido figurado o las connotaciones que el usuario añade para dar más expresividad a sus emisiones. Las frases hechas son estructuras fijadas por la sociedad que se utilizan en todo tipo de contextos y en cualquier emisión lingüística.

0020 A: oye↑ y si yo te digo que tú tienes un corazón de oro/ ¿cómo tienes tú el corazón?

0021 B: no sé

0022 A: RAÚL tienes un corazón de oro ¿cómo es tu corazón?

0023 B: no sé

0024 A: sí hombree↑ ¿DE ORO?

0025 B: NO

0026 A: ¿cómo?

0027 B: normal§

El individuo muestra una dificultad para entender que ese corazón de oro no es algo real. No logra encontrar la similitud entre el oro, el valor y la bondad. Algo que es de oro es bueno porque tiene un gran valor, así que si una persona es buena tiene el corazón de oro, ya que el corazón es el símbolo del amor y la bondad humana. Este análisis con el que se llega al sentido real de la frase hecha es algo imposible para el sujeto, ya que no entiende el sentido figurado que se le añade a corazón, ni lo que corazón representa en la enunciación y en el contexto formado por los hablantes de una comunidad concreta.

Los refranes es un enunciado que comparte una comunidad de hablantes, pero como distinción de las frases hechas hay que añadir que el refrán incluye una enseñanza. Es de carácter popular igual que la frase hecha, y por supuesto se forma por el uso del sentido figurado en su estructura, apareciendo metáforas.

0687 A: claro/ o ya si cierra la ventana no hace falta ¿verdad?/ y ¿qué significa el refrán?/ un refrán/ CHICAS/ andaa↑// a buen hambre no hay pan duro

0688 B: no sé

0689 C: no por mucho madrugar amanece más temprano

0690 B: no por levantarte antes amanece antes

0691 A: ande yo caliente y ríase la gente

0692 B: no sé

0693 E: es que son unos refranes muy difíciles

0694 D: ¿son difíciles los refranes?

0695 C: en casa del herrero cuchillo de palo

0696 B: no sé

Como entiende el refrán el paciente es muy curioso ya que esta estructura es totalmente popular, y es utilizada, sobretodo, en pueblos o villas. El sujeto proviene de un pueblo y estará acostumbrado a escuchar este tipo de enunciados, pero a la hora de entenderlos diferencia entre los refranes que si entiende y los que no entiende. Los refranes *a buen hambre no hay pan duro, ande yo caliente y ríase la gente y en casa del herrero cuchillo de palo* no son procesados, por lo tanto no entiende lo que significan. Sin embargo, el refrán *no por mucho madrugar amanece más temprano* sí que logra decodificar el significa figurado. Los primeros refranes, los cuales eran incompresibles por el sujeto, introducen una carga de significado figurado mucho más elaborada que el segundo.

En el refrán *ande yo caliente y ríase la gente* la metáfora se basa en la sustitución de semas entre criticar y reír, pero reír se usa con un tono sarcástico, difícil de comprender por este tipo de sujetos, ya que las implicaturas que relacionan la acción de criticar con reír son complicadas porque son acciones que en el significado literal no tienen nada que ver la una con la otra.

5. Conclusiones

En este estudio he observado como una lesión en el hemisferio derecho condiciona a nuestro paciente en la comunicación diaria. El sujeto muestra alteraciones en el nivel prosódico, discursivo, semántico y pragmático. Las alteraciones en el nivel prosódico provocan que sus emisiones sean monótonas, sin ritmo y con múltiples pausas. Este déficit provoca un nuestro sujeto un habla carente de emociones, ni rasgos tonales que puedan implicar un estado de ánimo.

A nivel discursivo el individuo muestra falta de creatividad, porque es incapaz de iniciar una conversación o contar una historia. El sujeto solo colabora si la conversación tiene una estructura pregunta/respuesta. Cuando este tipo de estructura conversacional no se lleva a cabo el discurso se vuelve caótico y desinhibido, siendo en algún momento ofensivo para los demás hablantes que forman parte de la conversación. También observamos una falta de temporalidad siendo el sujeto incapaz de responder preguntas de carácter temporal.

La mayor alteración que presenta a nivel semántico es la incapacidad para procesar significados figurados, pero lo realmente curioso de este nivel es la capacidad de selección del individuo. El individuo muestra preferencia por los sustantivos hipónimos o por la especificidad, y no por los sustantivos generales o hiperónimos.

Todos estos niveles están afectados por un déficit pragmático, el nivel pragmático es el condicionante de todos los demás niveles lingüísticos alterados. Este déficit pragmático provoca en el sujeto alteraciones por la falta de comprensión del significado figurado y violaciones constantes de las máximas conversacionales. La falta de comprensión del significado figurado causa problemas para entender refranes y frases hechas, es un condicionante notorio para la comunicación cotidiana. Las violaciones de las máximas son constantes ya que no contesta a lo que se le pregunto o al formar enunciados introduce información adicional de más. Todas las alteraciones a nivel pragmático muestran un gran descaro en el uso del humor. Sus enunciados humorísticos no incluyen implicaturas, ni juegos de palabras complicados, simplemente crea un humor básico centrándose en temas tabúes para la sociedad como es el sexo. Este tratamiento del humor muestra una falta de empatía en el sujeto

Las lesiones de hemisferio derecho son iguales o más imprecisas para diagnosticar sus síntomas lingüísticos que las afasias con lesión en el hemisferio izquierdo. Posiblemente sea más imprecisas dados los pocos estudios que las tratan, en comparación con los estudios que abordan las afasias generales. Esto se debe a la localización del lenguaje en el hemisferio izquierdo, centrando el interés de neurólogos, psicólogos y lingüistas en su estudio. Debido a la localización de los niveles del lenguaje en el hemisferio izquierdo no se denominó como afasia a los tipos de trastornos tratados en este estudio.

La pragmática hasta los años 80 no fue considerada como parte del lenguaje, de ahí que no se consideraran afasias y, posiblemente, muchos investigadores no lo consideren. Al realizar este estudio me di cuenta que la pragmática puede ser igual de importante que cualquier otro nivel lingüístico que afecte a las afasias. Si partimos de la definición de afasia *La afasia es un trastorno del lenguaje ocasionado por un factor externo que se observa cuando un individuo tiene dañadas las partes del cerebro que rigen o controlan el lenguaje* y consideramos la pragmática como un nivel lingüístico que controla el lenguaje podríamos decir que estos trastornos podrían denominarse afasias.

6. Bibliografía

- Aguilar. M. A. (2004) Chomsky y la gramática generativa. *Revista digital "Investigación y educación"*. 3 (7). [Visto el 23 de Marzo del 2015]
- Borregón. S., González. A. (2006) *La afasia: exploración, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: CEPE
- Courtenay. J.B. (1885) Z patologii i embryologii języka, *Prace Philologiczne* I.
- Gallardo. B. (2007) *Pragmática para logopedas*. Cádiz: Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz.
- Gallardo. B., Moreno. V., Pablo. M.R. (2011) *Lesiones del hemisferio derecho*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Gallardo. B., Moreno. V. (2011) Pragmática enunciativa en lesionados de hemisferio derecho: estudio contrastivo respecto a hablantes afásicos. *Revista de Investigación lingüística*, (14), 23-24. [Visto el 13 de Abril de 2015]
- Jakobson. R. (1956) Dos aspectos del lenguaje y dos tipos de afasias. En H. Morris y R. Jakobson, *Fundamentals of Language* (pags. 99- 143), La Haya, de blogs.macba.cat . [Visto el 3 de Marzo del 2015]
- Jiménez. M.P. (2011) La afasia (I): Clasificación y descripción. *Revista digital CSI-F*, (48). http://www.csi-f.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/iee/Numero_48/MARIA_DEL_PILAR_JIMENEZ_HORNERO_01.pdf . [Visto el 25 de Febrero de 2015]
- Joanette. Y., Ansaldo. A.I., Kahlaoui. K., Côte. H., Abusamra. V., Ferreres. A. & Roch-Lecours. A. (2008) Impacto de las lesiones del hemisferio derecho sobre las habilidades lingüísticas: perspectivas teórica y clínica. *Revista de Neurología*, 46 (8), 481- 488.
- Reyes. M., Camacho. M. V. (2007) *Patologías del lenguaje: lingüística, afasias y agramatismos*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Saá. N. (2001) Lenguaje y Hemisferio derecho. *Cuadernos de Neurología* XXI, <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2001/03.html> [visto el 28 de Mayo]
- Tompkins. C. (1995) *Right hemisphere communication disorders*. San Diego: Singular.