



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE SECUENCIAS DE COMUNICACIÓN
EN UN PACIENTE CON AFASIA NO FLUIDA
EN CONTEXTOS DISCURSIVOS DIFERENTES**

T E S I S

Que para obtener el grado de:

MAESTRO EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

P r e s e n t a

MARÍA IBARRA LORENCE

DIRECTOR DE TESIS:

DR. MARIO MANDUJANO VALDÉS

ASESORES:

DRA. TERESA LEONOR SÁNCHEZ PÉREZ

MRN. SILVIA CLEMENTINA IZAZOLA EZQUERRO

México, D.F.

Julio, 2006

Para Andrés y John por todo el tiempo que no les dediqué

A mis amigos, mi familia

A mis padres, hermanos y tía Berta

A mis maestros y compañeros de la Maestría en Rehabilitación Neurológica y
del Instituto Nacional de Pediatría

Índice de contenidos

		Página
Índice de cuadros, tablas y gráficas		4
Introducción		
I. Antecedentes históricos de la afasia		5
II. Pragmática en afasias		7
III. Caracterización de la afasia		13
1. Enfoques en el estudio de la afasia y diagnóstico		13
2. Recuperación y pronóstico		15
3. Aspectos psicosociales		15
Análisis comparativo de secuencias de comunicación en un paciente con afasia no fluida en dos contextos discursivos diferentes		
IV. Justificación		17
V. Planteamiento del problema e Hipótesis		19
VI. Objetivos		19
VII. Materiales y Métodos		20
VIII. Resultados		27
IX. Discusión		38
X. Conclusiones		45
XI. Anexos		
A. Corrientes en afasiología de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud		47
B. Indicadores y definiciones operativas		51
C. Notación para la transcripción		54
D. Confiabilidad intraobservador en las secuencias de interacción		55
XII. Anexos en disco compacto (CD)		
E. Transcripción y codificación de filmación en el hogar: Desayuno		
F. Transcripción y codificación de filmación en el hogar: Cena		
G. Transcripción y codificación de filmación en la primera sesión de terapia de lenguaje		
H. Transcripción y codificación de filmación en la segunda sesión de terapia de lenguaje		
XIII. Bibliografía		58

Índice de cuadros, tablas y gráficas

	Página
Cuadros	
1. Algoritmo para el diagnóstico de los tipos clásicos de afasia cortical	14
2. Efecto de los problemas psicosociales en la afasia	16
Tablas	
1. Periodos de interacción y segmentos transcritos en dos contextos discursivos	23
2. Confiabilidad intraobservador en la codificación de transcripciones	24
3. Calificación de CCG en el <i>Western Aphasia Battery (WAB)</i>	26
4. Promedio de turnos en las secuencias de interacción por contexto	28
5. Cantidad de secuencias de comunicación por participante	29
6. Proporción de turnos en proyectos locales por contexto	31
7. Proporción de turnos por contexto en el manejo del tema	33
8. Proporción de turnos por contexto en procesos de reparación	34
9. Proporción de turnos en movimientos conversacionales	36
Gráficas	
1. Proporción de participación de CCG en secuencias y turnos	27
2. Proporción de turnos de todos los participantes en proyectos locales	30
3. Proporción de turnos por contexto en el manejo de turnos	32
Figuras	
1. Hemisferio izquierdo del cerebro de Leborgne	5
2. Esquema clásico de los centros del lenguaje	5

Introducción

I. Antecedentes de la afasia

La afasia es un problema en la comunicación que resulta del daño de centros cerebrales del lenguaje y constituye una serie de disrupciones en la comprensión y producción del lenguaje en las modalidades oral y escrita (Swinney, 1998) y puede ser temporal o permanente. La idea de la pérdida de una de las características exclusivas del ser humano ha cautivado el interés de muchos. La investigación científica ha dado múltiples formas de clasificación y sugerido formas de tratamiento. Sin embargo, el mero análisis de los síntomas de la afasia no satisface el objetivo de definir los problemas a los que se encuentra una persona en esta condición, el padecimiento transforma a la persona y sus relaciones con el entorno, por lo que el individuo presenta, adquiere y desarrolla conductas nuevas que no se explican a través de la tipología anátomo-clínica.

Desde tiempos remotos el hombre se ha dado cuenta de la asociación del daño cerebral con problemas de habla. El documento más antiguo que se conoce es un papiro médico egipcio (Breasted 1930 en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000) escrito aproximadamente en 1600 a.C. basado en documentos del siglo XXVIII a.C. donde se describe un paciente con pérdida del lenguaje como consecuencia de un golpe en la cabeza. Desde el siglo IV a.C. hasta el Renacimiento (s. XV-XVII d.C.) existía un esquema de localización ventricular, donde las facultades mentales como percepción, razonamiento y memoria se localizaban en distintos lugares del sistema ventricular (Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000). Durante el Renacimiento, la localización cambió a la materia cerebral y la descripción clínica se usó para demostrar la asociación cerebro-lenguaje (Roth y Heilman en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000).

En el siglo XIX se dan grandes avances en el conocimiento clínico, teórico y neuropatológico de la afasia, aparecen las primeras definiciones y descripciones para la tipología. En 1863 Paul Broca relacionó los datos clínicos sobre la pérdida del lenguaje expresivo con información anátomo-patológica del paciente Leborgue (Figura 1) (Broca, 1863 en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000), e inició las teorías de localización cortical (teorías localizacionistas) y los conceptos de diferencia funcional entre los hemisferios cerebrales y la dominancia cerebral para el lenguaje. También propuso dicotomías comunicación no-lingüística vs. lingüística y comprensión vs. expresión para el estudio de la afasia. Broca empleó originalmente el término *afemia*, para la patología de lenguaje que describió, pero fue reemplazado posteriormente por *afasia*¹ (Trousseau, 1864 en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000).

¹ Aunque se le atribuye a Broca el nombre de afasia, Roth, H. y Heilman, H. (2000) mencionan que el término “afemia” fue reemplazado por “afasia” a pesar de la oposición de Broca porque en ese tiempo un médico de origen griego asistía a Armand Trousseau, otro neurólogo connotado de la época; el asistente griego sostenía que en Griego actual *afemia* significaba “infamia”

Figura 1. Hemisferio izquierdo del cerebro de Leborgne

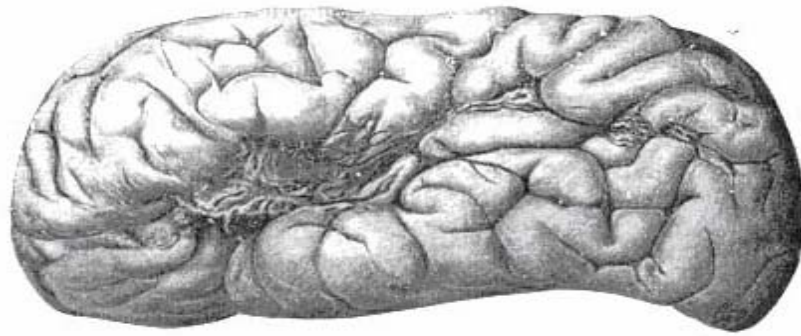


Fig. 2. — Hémisphère gauche du cerveau de Leborgne, première autopsie de Broca. Dessin fait sur la photographie de la pièce actuellement conservée au Musée Dupuytren. On voit que, en outre de la lésion de la troisième frontale, le ramollissement existait tout le long de la scissure de Sylvius et siégeait par conséquent aussi dans la zone de Wernicke. [D'après Pierre Marie (2), *Sem. méd.* 1906, p. 365.]

Nota. Tomado de Achard, Marie, Bllet, Lévi, Lévi y Laignel-Lavastine (1911). *Sémiologie Nerveuse*. En A. Gilbert y L. Thoinot. (Eds.). *Traité de Médecine et de Therapeutique*. Fascículo 31. Paris: Librairie J.-B. Bailliére et fils

Figura 2 Esquema clásico de los centros del lenguaje



En Alemania, Carl Wernike propuso el primer modelo asociacionista para el funcionamiento del lenguaje (Wernicke, 1884 en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000), en 1874, Esta postura sostiene que las funciones mentales básicas (motoras y perceptuales) se encuentran localizadas en áreas específicas y que las funciones intelectuales más complejas son producto de las interconexiones entre sitios funcionales. En 1885 Lichteim propuso un modelo conexionista (Lichtheim, 1885 en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000), con cinco centros corticales interconectados no sólo entre sí, sino con otras áreas corticales y subcorticales. Describió las afasias transcorticales motora y sensorial; intentó predecir la existencia de 7 síndromes afásicos que se describirán en el apartado correspondiente pues es la tipología que se emplea actualmente con mayor frecuencia. En la Figura 2 se encuentra el esquema clásico de los centros del lenguaje (Achard, Marie, Bllet, Lévi, Lévi y Laignel-Lavastine, 1911).

Posteriormente surgieron modelos cognitivos donde se proponía que la afasia es una alteración en el pensamiento y no un desorden puramente lingüístico. John Hughlings Jackson argumentó contra los diagramas conexionistas y sostenía que "localizar la lesión que destruye el lenguaje y localizar el lenguaje son dos cosas diferentes" (Jackson, 1878 en Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000), concluyó que el lenguaje y otras conductas están organizados jerárquicamente en el cerebro.

En 1916 con la publicación de las ideas de Ferdinand de Saussure (1985) se sistematizó el estudio de la lengua. A finales del siglo XIX y principio del siglo XX los eventos bélicos mundiales dieron la posibilidad de realizar estudios cuasi-experimentales que incorporaron la lingüística y la neurología en heridos de guerra. El psicólogo ruso A.R. Luria (Goldberg, 1990) propuso modelos dinámicos funcionales para explicar alteraciones en las operaciones mentales y en los componentes formales del lenguaje: fonológico –sonidos del idioma-, gramatical –palabras y la forma de combinarlas- y semántico –significados de las palabras y oraciones-. Propone que las lesiones en los sistemas funcionales afectan distintos niveles del lenguaje en distintos grados y en distintos modos, por lo tanto, el mismo tipo de daño neurológico puede producir expresiones funcionales distintas (Luria, 1970).

La mayor parte de los estudios en afasia se enfocaban en el los problemas de lenguaje producto de lesiones en el hemisferio izquierdo, por lo que se consideró dominante para el lenguaje. Sin embargo, se ha encontrado que el hemisferio derecho posee ciertas habilidades particulares en la comprensión (Zaidel en Caramazza y Zurif, 1978), adquisición de una segunda lengua (Krashen, 1981) y recuperación de algunas funciones del lenguaje en afasia (Helm-Estabrooks, 1983). Los estudios generados en las dos últimas décadas consideran que ambos hemisferios y su coordinación permiten la realización de funciones comunicativas (Helm-Estabrooks, 1983; Feinberg y Farah, 2003).

En la segunda mitad siglo XX estudios multidisciplinarios en la lingüística (Jakobson, 1929), neurología (Geschwind, 1971), neurofisiología (Finger, Koehler y Jagella, 2004) y psicología (Luria, 1970) enriquecen la afasiología. Se enfatiza el estudio de las funciones mentales y su relación con mecanismos neurales subyacentes (Geschwind, 1972). Los conceptos de lateralización (especialización funcional de un hemisferio cerebral sobre el otro) y plasticidad (Nieto-Sampedro, 1996) (capacidad del cerebro para reparar y generar funciones con fines adaptativos), dan nueva luz al concepto de recuperación de funciones y el cambio en su forma de expresión a lo largo del tiempo. Investigadores se interesa en la recuperación espontánea, se reporta que el periodo con mayor recuperación espontánea comprende los primeros tres meses (Kertesz y McCabe, 1977). Se estudian la eficacia de la terapia de lenguaje; el tiempo de inicio, su frecuencia, el periodo de intervención y el tipo de intervención (Holland, 1999; Robey, 1998). Otras disciplinas se incorporan para ampliar el estudio de la afasia visto como una entidad patológica aislada, a considerar a los efectos de la afasia en personas en su vida cotidiana (Prutting, 1982; Lafond, Joannette, Degiovani y Sarno, 1993; Le Dorze y Brassard, 1995).

II. Pragmática en afasias

La pragmática puede definirse como el estudio del uso y comprensión del lenguaje en contexto (Perkins y Lesser, 1993), como el estudio del lenguaje situacional (Basso, 2003) y como la disciplina que estudia la relación de los signos y sus hablantes (Morris, 1938 en Carnap, 2000). Actualmente se considera que la pragmática es parte central en la teoría general de la lingüística (Joanette y Ansaldi, 1999), es decir, el campo de estudio de la lingüística incluye, además de la pragmática, los componentes fonológicos –sonidos del lenguaje–, morfosintácticos o gramaticales –todas las palabras del lenguaje y sus reglas de combinación– y semánticos –los significados de las palabras y oraciones–. Distintos enfoques filosóficos, psicológicos, lingüísticos, antropológicos y sociológicos han abordado esta disciplina, es por esta variada herencia académica que no hay un paradigma definido para estudiarla (Joanette y Brownell, 1990). En la pragmática no hay una terminología consistente, ni claridad en la delimitación de su campo de estudio, ni de sus métodos de estudio (Levinson, 1983; Penn, 1999; Gallagher, 1991).

El campo de la patología del lenguaje ha beneficiado con el desarrollo de distintas disciplinas académicas para aplicarlas en la investigación y rehabilitación de personas con problemas de lenguaje. En afasiología las teorías pragmáticas han contribuido a dar distintas perspectivas a la investigación, evaluación e intervención.

Los temas o conceptos principales de la pragmática son deixis, presuposiciones, implicaturas conversacionales y actos de habla. Las expresiones deícticas son aquéllas que sólo se pueden interpretar dentro de la situación en que se producen, refiriéndose al momento, lugar e interlocutores, ej. "aquí", "así", "ayer", "tú", "cerca", "en media hora", etc. La presuposición es la información contenida en una proposición que va más allá del mensaje lingüístico, pero se presupone que el oyente puede entenderlo. Ej. "El que llegó ayer fue Pedro" puede ser una emisión para alguien que ya tiene el conocimiento que alguien llegó.

En las implicaturas conversacionales (Grice, 1975) se asume que las contribuciones de cada interlocutor son relevantes y útiles y sólo pueden interpretarse dentro de esa conversación particular. Ej. –"¿Dónde está Carlos?", –"Hay un carro amarillo frente a la casa de Ana", aparentemente la respuesta no tiene relación con la pregunta a menos que se implique en la conversación que Carlos tiene un carro amarillo, que conoce a Ana y que el hablante está sugiriendo que Carlos está en la casa de Ana. En la teoría de actos de habla (Austin, 1962) se sostiene que el lenguaje es un instrumento para realizar acciones o actos de habla que tienen distinta fuerza de acuerdo al contexto; como aseverar (Juan tiene una pistola), pedir (¿Juan tiene una pistola?) o advertir (¡Juan tiene una pistola!).

En afasiología existen estudios en las áreas de la pragmática que se mencionaron sin embargo, éstas, aunque estudian el uso del lenguaje situacional, no abarcan el significado global de una conversación (Basso, 2003).

A finales de los años 60s y 70s cuando se adopta una perspectiva funcional o comunicativa, el campo de las afasias incorpora la pragmática (Taylor, 1969; Joanette y Brownell, 1990) y se sugiere que los pacientes con afasia se comunican mejor de lo que hablan

(Holland, 1977). Por un lado, algunos estudios abordaron esta sugerencia y existe una tendencia para asumir que las habilidades pragmáticas están alteradas en pacientes con lesión cerebral derecha ya que presentan problemas en la comprensión de expresiones faciales y características suprasegmentales (la entonación, el tono de la voz y ritmo al hablar) comparados con pacientes con lesión cerebral en el hemisferio izquierdo (Heilman, Bowers y Valenstein, 1993). Estos estudios se llevan a cabo dando tareas específicas a los pacientes y en contextos controlados (Ulatowskka, Freedman, Weiss, Vacaluso y North, 1983). Sin embargo, se ha demostrado, que las habilidades conversacionales de casi todos los pacientes afásicos parecen estar afectadas de algún modo (Holland, 1991).

En otras investigaciones se analizó la conversación funcionalmente; se estudiaron las estrategias interactivas y compensatorias de los pacientes afásicos como hablantes en una interacción (Kippli, 1996), pero no se consideraba el trabajo colaborativo entre los interlocutores (Holland, 1982) en la conversación cotidiana. De estas investigaciones surgieron instrumentos de evaluación como el inventario *Pragmatic Protocol* de Prutting y Kirchner (1987).

De manera paralela al estudio funcional del lenguaje, se desarrollaron líneas de investigación en los aspectos interactivos de la conversación y en estrategias comunicativas bajo el modelo del análisis conversacional (Heritage, 1989) originado por sociólogos, empleando la etnometodología (Garfinkel, 1967) como su forma de trabajo, es decir, en el análisis conversacional no hay un establecimiento previo de categorías de estudio, sino que se considera que todo lo que sucede entre los interlocutores es relevante y es a partir de los datos que se crean las categorías de análisis; es una metodología inductiva. El análisis conversacional es una herramienta útil para describir las habilidades conversacionales del paciente con afasia (Lesser y Milroy, 1993; Kippli, 1996) porque se considera no sólo al paciente, sino a su interlocutor y analiza las contribuciones de cada uno en el contexto y secuencia en que ocurren y no únicamente el aporte individual. Finalmente, este modelo evalúa si la comunicación fue exitosa, más que considerar la conducta verbal del paciente como apropiada o pertinente (Basso, 2003).

El análisis conversacional considera la conversación como un trabajo colaborativo, donde los participantes (hablante y escucha) comparten la responsabilidad de mantener la comunicación (Sacks, 1992). Los conceptos centrales de este modelo son la toma de turnos y *preference organization*, secuencias, pares adyacentes y los procesos de reparación (Levinson, 1983).

La toma de turnos se refiere a la forma en que los interlocutores comparten el tiempo y la secuencia de sus contribuciones. Un turno es una contribución conversacional de un participante y puede seguirse por el silencio u otra contribución del otro. Sacks, Schegloff y Jefferson (1974) propusieron que ésta organización de la conversación es un sistema organizado con una serie de turnos secuenciales. Por ejemplo, con base en las reglas de toma de turnos, un silencio puede tener distintas consecuencias en la interacción. El concepto de organización por preferencias (*preference organization*) concierne los turnos que continúan a los turnos que abren o inician y que juntos, los turnos de inicio y respuesta, forman un par

adyacente, en el que ambos turnos están relacionados; se considera que hay tipos de respuesta que se prefieren o son favorables al primer turno en un par, comparados con respuestas que son desfavorables. Ambos tipos de turnos presentan características distintas.

Los procesos de reparación se fundamentan en la noción que la conversación es secuencial, cada turno se construye en relación con el turno anterior (Schegloff, 1979) y pueden surgir problemas en la comunicación. Sin embargo, cuando en una interacción hay un obstáculo, los mecanismos de reparación se emplean para organizar el uso del lenguaje en la interacción social. Existen reparaciones iniciadas por el hablante o por el otro participante para corregir su propia emisión o para ayudar al otro a reparar. En la conversación cotidiana las reparaciones se presentan de acuerdo con las oportunidades de los participantes para realizarlas y se observa un mayor uso de la auto-reparación que de la reparación iniciada por el otro (Sacks, Schegloff y Jefferson, 1974). En el modelo de procesos colaborativos (Clark, 1996) enumera los problemas en la recepción, algunos son individuales o privados, donde el participante detecta y corrige un problema sin que el otro participante sepa. Clark menciona que los problemas que se hacen explícitos en la conversación son conjuntos, y requieren repararse públicamente a través de acciones conjuntas.

El manejo del tema se considera que es “de lo que se habla a través de una serie de turnos” (Lesser y Milroy, 1992:2). La coherencia en el tema se construye a través de la colaboración de los turnos de los participantes. Los interlocutores paso a paso van construyendo la relación entre los temas, por lo que un tema se transfiere al otro y los límites de los temas tienen distintos marcadores en la conversación (Sacks, 1992). De acuerdo al modelo de Clark (1996) el tema es el objetivo general que se logra conjuntamente o se realiza; el objetivo individual de los hablantes para lograr en la conversación o que va surgiendo a lo largo de ella, es lo que moldea la dirección de la conversación. Esta noción es similar a los actos de habla (Austin, 1962) donde se busca conjuntamente lograr algo como saludar, informarse de la salud de alguien, etc.

En algunos estudios se analizan las habilidades pragmáticas en las producciones de los pacientes; se considera que la alteración pragmática es secundaria a los problemas en los componentes formales del lenguaje que afectan en última instancia al discurso cotidiano (Bates, Hamby y Zurif, 1983; Ulatowska, Allard y Chapman, 1990). Estas investigaciones sugieren que la competencia comunicativa en pacientes con afasia está preservada. Por otro lado, en estudios de análisis conversacional se sugiere que la comunicación interpersonal con pacientes con afasia requiere una mayor colaboración de los participantes con integridad neurológica (Perkins, 1995), es decir, de acuerdo con los interlocutores que participan en una conversación, las habilidades pragmáticas de los pacientes pueden presentar mayor o menor alteración (Simmons-Mackie y Damico, 1996).

El análisis de las conversaciones con pacientes afásicos ha mostrado que las interacciones de éstos con la terapeuta de lenguaje, comparados con las interacciones de los pacientes con otros interlocutores son muy distintas (Ferguson y Elliot, 2001). Se ha documentado que el terapeuta de lenguaje lleva un papel dominante al solicitar información, clarificación y facilitación para que el paciente responda (Silvast, 1990; Togher, Hand y Code, 1997).

En el trabajo clínico puede observarse que el tipo y grado de alteración lingüística en los pacientes con afasia, no determina la presencia de problemas pragmáticos o comunicativos (Kippli, 1996; Perkins, 1995). Algunos pacientes presentan problemas de comunicación con algunos familiares y no con otros. Es entonces que al evaluar las habilidades pragmáticas de un paciente se debe considerar el interlocutor, el grado de familiaridad que existe entre ellos, la forma de establecer la comunicación y el contexto donde se observa la interacción (Whitworth, Perkins y Lesser, 1997).

El análisis conversacional (Sacks, Schegloff y Jefferson, 1974) y el modelo de procesos colaborativos de Clark (1996) comparten la visión de construcción de la conversación con responsabilidad compartida para mantener la interacción, ambos consideran los mecanismos para organizar la conversación como la toma de turnos y reparación. A diferencia del análisis conversacional, Clark propone que los participantes construyen la comunicación a través de negociar y acordar mutuamente lo que se habla, en este modelo el concepto de conocimiento compartido tiene carácter dinámico, parcial y colaborativo (Hengst, 2003), considera la conversación un tipo de acción conjunta.

En la literatura se encuentran pocas referencias del modelo de procesos colaborativos aplicado al estudio de la afasia, algunos autores estudiaron el proceso de referenciación colaborativa (Hengst, 2003; Hengst, Frame, Neuman-Stritzel y Gannaway, 2005), donde se reporta que la plasticidad de la función comunicativa se observa en la diversidad de formas en que las parejas conversacionales trabajan para completar la misma tarea y mencionan la importancia del proceso de comprensión que se construye sucesivamente en las secuencias de interacción.

Clark (1996) considera que el lenguaje incluye procesos individuales y sociales, su uso es una forma de acción conjunta que es desarrolla por un grupo de personas que actúan coordinadamente entre sí a través de la producción e identificación de señales deliberadas que tienen significado en circunstancias idóneas. Así, una sonrisa o un gesto convencional pueden tener significados distintos en momentos diferentes.

En el modelo de procesos colaborativos se considera que las emisiones no son prerrogativas de los hablantes por sí mismos, se proponen distintos niveles simultáneos de acciones conjuntas que interactúan para producir las emisiones. Los hablantes realizan ciertas conductas como vocalizaciones y gesticulaciones para mantener la atención del otro, al mismo tiempo los hablantes producen distintas señales para que el otro identifique cuándo debe intervenir o dar retroalimentación. Los compañeros conversacionales deben interpretar las señales y mostrar que existe un acuerdo en lo que se está realizando, estos niveles requieren una batería de estrategias para coordinar los distintos niveles de acción.

Para que dos interlocutores puedan coordinarse en una acción conjunta se requiere que compartan información y/o experiencias de hechos anteriores, mientras más tiempo interactúen las personas, el conocimiento compartido aumenta.

En el modelo de procesos colaborativos, la conversación cotidiana cara a cara se considera el entorno básico por estar presente en todas las sociedades humanas, por no requerir un entrenamiento especial y por ser esencial en la adquisición de la primera lengua. La mayor parte de los productos conversacionales son emergentes y no anticipados, los elementos lingüísticos que la conforman se encuentran al mismo nivel que los elementos no lingüísticos pues al igual que las palabras en el habla, son signos que los hablantes usan intencionalmente para comunicar.

En las acciones conjuntas los participantes son activos, construyen y modifican la interacción de acuerdo con los roles que se mantienen, a su personalidad, creencias, deseos y pensamientos. En este modelo el uso del lenguaje en la conversación se integra de secuencias de acciones conjuntas que integran secuencias mayores o eventos. Es decir, en una conversación se pueden encontrar jerarquías de acciones conjuntas que se identifican por su estructura, donde hay una etapa inicial, una etapa en que se desarrollan y una etapa de salida o cierre.

Clark (1996) menciona que las conversaciones tienden a dividirse en secciones, secuencias de habla que se enfocan a un punto de discusión u objetivo, un ejemplo de las secuencias puede ser: apertura, cuerpo de la conversación y cierre. Las conversaciones se construyen con cada contribución, las personas pueden tener objetivos para realizara pero no pueden lograrlo más que turno a turno, esto es, al iniciar una conversación se requiere que los participantes tengan un compromiso común o deseo de comunicarse, entonces se generan proyectos comunes mínimos que emergen para integrar las secciones de proyectos mayores.

Las entradas y salidas a las acciones conjuntas son particularmente importantes, pues permiten transiciones hacia un proyecto conjunto mayor o distinto, o para terminar la interacción. En las entradas y salidas se pueden identificar, la mayoría de las ocasiones los turnos que los conforman, aunque un turno puede tener la función de cerrar la secuencia anterior y abrir la siguiente y así conformar secuencias comunicativas.

Las interacciones avanzan en secuencias jerárquicas de acciones conjuntas incrustadas una en otra que aumentan su complejidad en el tiempo, esto es, la mínima acción conjunta es el par de emisiones, no necesariamente lingüísticas, producidas por distintos interlocutores. Este par es llamado por Schegloff y Sacks (1973) par adyacente que Clark considera el proyecto local mínimo, donde el hablante propone el proyecto conjunto y el otro toma la propuesta para organizar una acción conjunta. Cuando el hablante inicia el par adyacente, el otro puede continuar el proyecto, alterarlo, continuarlo o retirarse del proyecto, Clark sugiere que lingüísticamente es más sencillo continuar el proyecto que alterarlo.

En una interacción, las acciones conjuntas son acumulativas. Una secuencia de acciones integra otra de orden mayor y los interlocutores aumentan el conocimiento común que comparten sobre esa actividad, la “conversación se acumula” (Clark, 1996: 39). Este incremento progresivo de conocimiento compartido se presenta en todas las acciones conjuntas.

Clark propone que las conversaciones pueden describirse mejor de acuerdo al objetivo dominante o general que se realiza: saludar, hacer una transacción, hacerse notar, en lugar del tema o asunto. Esta noción es similar al concepto de actos de habla de Austin (1962) donde el significado se construye conjuntamente por las acciones de los participantes. El objetivo de los participantes moldea el tema que, a lo largo de la interacción, a su vez afecta los objetivos de los participantes. Estas ideas u objetivos pueden ser identificables pero otros no. Los participantes pueden tener objetivos previos o asumidos de ciertas acciones conjuntas como saludar a alguien o indagar sobre el estado de salud de otro, también hay objetivos no están preconcebidos al iniciar la interacción, sino que evolucionan en el transcurso de la actividad.

En la conversación los participantes son capaces de manejar objetivos amplios a través de proyectos extendidos que incluyen más de un proyecto conjunto, éstos a su vez construyen las conversaciones con cada turno y los hablantes deben adaptar sus acciones para manejar las exigencias de cada momento, es decir, las acciones de los participantes son locales y oportunísticas.

III. Caracterización de la afasia

La afasia es un problema de lenguaje adquirido secundario a un daño cerebral, la pérdida total o parcial del lenguaje se puede encontrar en la forma oral o escrita (Swinney, 1998; Schuell, 1964). El daño cerebral que puede producir afasia se presenta por alteración en el hemisferio izquierdo en el 95%-99% de las personas diestras y en aproximadamente el 50% de las personas zurdas (Swinney, 1998). Como resultado, los individuos que anteriormente eran capaces de comunicarse hablando, escuchando, escribiendo y leyendo presentan una capacidad limitada para hacerlo.

La afasia puede ocurrir por un accidente traumático o cuando el cerebro es privado de oxígeno por embolismo, por hemorragia, tumor cerebral; por enfermedades como Alzheimer o como consecuencia de una infección como encefalitis.

El accidente vascular cerebral (AVC) es la causa más común de afasia en los Estados Unidos. Aproximadamente 500,000 individuos sufren AVC al año; 20% de ellos desarrollan algún tipo de afasia. Aproximadamente la mitad de las personas que presentan síntomas afásicos tienen afasia temporal o transitoria y se recuperan completamente en unos cuantos días. Se estima que un millón de estadounidenses sufren alguna forma permanente de afasia. Este padecimiento se encuentra más frecuentemente en hombres que en mujeres. 66% de los pacientes son menores de 30 años, se presenta con mayor frecuencia en bajo nivel socioeconómico y personas desempleadas. También es más frecuente entre las personas con problemas preexistentes como antecedentes de alcoholismo, abuso de sustancias o antecedentes psiquiátricos (British Society of Rehabilitation Medicine, 1998)

En México, la Secretaría de Salud reporta a nivel nacional para 2003 incidencia de AVC de 35.6 por 100,000 habitantes para la población general que aumenta de 80.1 a 360.3 en los grupos de edad de 50 a 65 años y más (Dirección General de Epidemiología, 2003). En estas estadísticas no se especifican los pacientes que como consecuencia al AVC presentan afasia.

1. Enfoques en el estudio de la afasia y diagnóstico

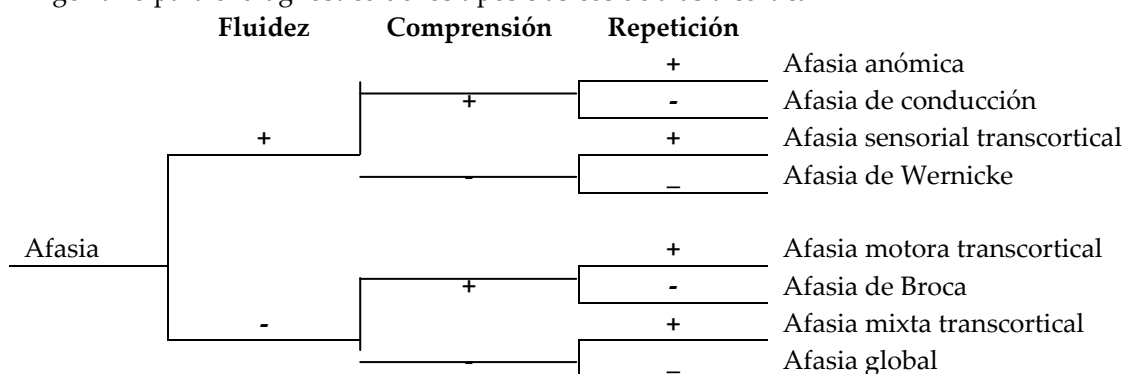
En el Anexo A se presentan las distintas corrientes en el estudio y rehabilitación de las afasias (Hilary y Cruice, 2004) de acuerdo a la clasificación de impedimento, discapacidad e invalidez de la Organización Mundial de la Salud. Estos enfoques han enriquecido los términos y metodologías de estudio e intervención en afasiología, la nomenclatura que se usa con mayor frecuencia en la caracterización de la afasia es producto del enfoque sindromático donde los tipos de afasia se clasifican de acuerdo a los síntomas, se basa en el modelo médico a partir de las publicaciones de Broca y Wernicke (Nadeau, Gonzalez y Crosson, 2000). En términos generales se consideran siete tipos de afasia cortical: global, de conducción, de Broca, de Wernicke, anómica y transcorticales motora y sensorial.

En el Cuadro 1 se enumeran los siete tipos clásicos de afasia de acuerdo a habilidades lingüísticas (Murdoch, 1990). Actualmente esta tipología incluye la afasia mixta transcortical y la afasia subcortical, que se asocia con lesión en áreas del cerebro que no se identifican típicamente con el procesamiento del lenguaje.

Clínicamente es poco común encontrar formas puras de afasia, generalmente se hace el diagnóstico por la predominancia de algún grupo de signos de lenguaje y de conductas que indiquen el tipo de síndrome o perfil que se presenta, incluso se encuentra que en ocasiones no se puede determinar con certeza el lugar de la lesión (Basso, 2003). En este enfoque sindromático o clásico no hay una relación directa y absoluta entre la localización del daño cerebral y el patrón de trastornos cognitivos.

Cuadro 1

Algoritmo para el diagnóstico de los tipos clásicos de afasia cortical



Traducido de *Acquired speech and language disorders: A neuroanatomical and functional neurological approach* por B. Murdoch, 1990,. London: Chapman & Hall

El diagnóstico tradicional de afasia se hace a través de evaluaciones formales en seis funciones lingüísticas:

1. Fluidez: habilidad para producir oraciones completas al describir una lámina.
2. Nominación: habilidad para identificar un objeto, color u otro objeto por su nombre.
3. Repetición: habilidad para repetir palabras, frases y oraciones.
4. Comprensión auditiva: habilidad para comprender lenguaje oral, se evalúa a través de preguntas y señalando.
5. Lectura: habilidad para comprender palabras escritas y su significado.
6. Escritura: habilidad para comunicar y registrar eventos en un texto.

Entre las evaluaciones más usadas se encuentran el *Boston Diagnostic Aphasia Test (BDAE)* (Goodglass y Kaplan,1981)y el *Western Aphasia Battery (WAB)*(Kertesz, 1982). Los resultados de estas baterías proporcionan el tipo y la severidad de la afasia (Cuadro 1). Se obtiene información adicional sobre la localización y extensión de la lesión con la tecnología de imagen como la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de positrones y la tomografía axial computarizada.

La forma de clasificación a partir de resultados numéricos es ampliamente usada en el campo de la afasiología, se considera un método válido y confiable para clasificar a los pacientes con afasia y para comparar datos (Ferro y Wertz, 1987)

La aplicación del *Western Aphasia Battery* toma entre una y cuatro horas. Es un instrumento ampliamente utilizado. Evalúa los aspectos clínicos principales de la función del

lenguaje: contenido, fluidez, comprensión auditiva, repetición, denominación, lectura, escritura y cálculo. También considera habilidades no verbales como dibujar y diseñar con bloques. La calificación total del WAB permite obtener un cociente de afasia, que refleja el tipo y la severidad del problema del lenguaje (Crary y Gonzalez Rothi, 1989). El instrumento que se aplicó es traducción de la tercera edición del WAB. Esta batería fue estandarizada en su tercera versión en 1982.

Para que una evaluación de tipo objetivo tenga utilidad clínica debe correlacionarse con las percepciones del hablante y de lo que se considera normal (Kreiman, Gerrat, Kempster, Erman y Berke, 1993). Sin embargo, la percepción de las habilidades comunicativas de las personas con afasia en contextos cotidianos no se correlacionan bien con los cambios en las evaluaciones tradicionales como el WAB, donde el lenguaje se evalúa con tareas lingüísticas descontextualizadas de la cotidianeidad (Wertz, 1999)

2. Recuperación y pronóstico

Los tres meses posteriores al AVC son el periodo con mayor recuperación espontánea que va declinando gradualmente durante el primer año después del evento (Kertesz y McCabe, 1977). Se considera que los pacientes que continúan con afasia después de los primeros seis meses continuarán con cierto grado de impedimento lingüístico permanente con graves implicaciones para el paciente y su familia. Después del primer año se encuentran otros mecanismos de recuperación funcional y desarrollo de estrategias compensatorias (Hillis, 2002)

Los factores que influyen en el pronóstico y posibilidad de recuperación (Kertesz y McCabe, 1977) durante el primer año son: grado de severidad inicial de la afasia; tipo de lesión neurológica, su tamaño y localización; terapia de lenguaje y otros factores como la recurrencia de otro AVC. Después del primer año se considera que la afasia es crónica y presenta cierta recuperación funcional que está determinada por factores médicos, personales, familiares y sociales (Sarno, 1993).

El efecto real a largo plazo de la afasia sobre la vida de la persona y su entorno es difícil de pronosticar. La calidad de vida del paciente y las personas que lo atienden, depende en gran medida de las redes de apoyo familiares (Parr, 2001).

3. Aspectos psicosociales

Los aspectos psicosociales (Sarno, 1993) se refieren a la participación e integración del paciente con afasia en la sociedad, a su sentido de identidad, el estado emocional y en general su calidad de vida. La afasia se ha caracterizado como una enfermedad familiar pues sus efectos abarcan no sólo la persona con afasia, sino el consorte y otros miembros de la familia. Los pacientes deben adaptarse a ser personas distintas en el grupo social, desarrollan sentimientos de pérdida, baja autoestima y posible depresión. En el cuadro 3 se observan los efectos psicosociales en los pacientes con afasia

Parr (2001) estudia pacientes con afasia crónica y observaron que la respuesta emocional a la afasia gradualmente se vuelve estable y predecible pero la intensidad de los sentimientos

sigue jugando un papel muy importante en las relaciones, aún años después del evento.

Cuadro 2

Efecto de los problemas psicosociales en la afasia

Efectos en la persona	Efectos en el estilo de vida
Depresión	Educación
Identidad	Trabajo, ocupación
Estigma	Aislamiento social
Autoestima	Descanso
Relaciones	Finanzas, economía

Nota. Tomado de "Aphasia rehabilitation: psychosocial and ethical considerations," por M. Sarno, 1993, *Aphasiology*, 7(4), p. 328.

Pound, Parr, y Duchan (2001) En la afasia crónica, las relaciones con familiares y amigos son las que se afectan más por el cambio de roles de los miembros, toma de decisiones sobre pertenencias y economía familiar y sobreprotección. En el mismo estudio se reporta que los pacientes se preocupan más por los problemas de comunicación mientras que a los familiares les interesan los cambios de conducta y la dificultad del paciente de controlar las emociones, además de los cambios en la vida familiar y marital. Otro elemento de conflicto en el seno familiar es la dependencia del paciente y la disminución o pérdida de tiempo libre por cuidarlo. En Estados Unidos (Gillen, Tennen y Affleck, 1998) se reporta 47% de los cuidadores con depresión al inicio de la afasia y 19% continuaron con depresión meses después del evento, sin embargo, la depresión del cuidador no se asoció con la severidad del padecimiento.

Lo anterior enfatiza la importancia de apoyar en la terapia de lenguaje el establecimiento de interacciones satisfactorias del paciente con afasia y sus interlocutores cotidianos (Whitworth, Perkins y Lesser, 1997).

Análisis comparativo de secuencias de comunicación entre una persona con afasia no fluida en dos contextos discursivos diferentes

IV. Justificación

Los hablantes muestran conductas lingüísticas diferentes en contextos discursivos distintos. El lenguaje es el vehículo social que permite construir situaciones, relaciones y conocimiento sobre las personas (Schiffrin, 1988). Se considera que el lenguaje permite establecer relaciones interpersonales, regular la conducta de otros, satisfacer necesidades materiales o deseos, explorar y organizar el entorno e intercambiar información y mensajes (Halliday citado en Cole, 1982). Sin embargo, en el trabajo clínico hay un entrenamiento en elementos lingüísticos específicos en actividades como señalar o completar oraciones. Estos métodos, aunque ofrecen ciertos aspectos positivos, ignoran que la lengua es primordialmente un instrumento interactivo que se usa para una multiplicidad de funciones (Green, 1984, Basso, 2003).

A partir de la década de 1980 la terapia de lenguaje emplea la pragmática lingüística, disciplina que estudia el uso del lenguaje (Bloom y Lahey, 1978) para el estudio (Penn, 1999) y atención de pacientes con afasia (Basso, 2003). Sin embargo, la pragmática no se encuentra definida claramente (Levinson, 1983); existen distintos acercamientos para su estudio y cada uno de ellos propone diversas definiciones de contexto, de niveles y partes que lo conforman. No existe consenso en la definición de conceptos y metodologías para el estudio del uso del lenguaje (Ninio y Snow, 1996; Levinson, 1983)

La conversación es la expresión fundamental del uso de lenguaje pues en ella la forma o componentes del lenguaje (sonidos del lenguaje, palabras, estructuras gramaticales y significados) se usan como instrumento de interacción. La comunicación permite que los participantes intercambien, coordinen y construyan información en un grupo social (Clark, 1996).

La afasia es un impedimento adquirido del lenguaje que afecta aspectos comunicativos y de relación (Davis, 1993). Aunque ha habido una tendencia para asumir que las habilidades pragmáticas en la afasia están preservadas (Holland 1991), se reconoce actualmente que las habilidades conversacionales de casi todos los pacientes afásicos parecen estar afectadas de algún modo (Avent, Wertz y Auther, 1998). Algunos estudios sugieren que las alteraciones pragmáticas son consecuencia de la alteración en los componentes formales del lenguaje (Glosser, Weiner y Kaplan, 1988) o producto de daño localizado en áreas prefrontales, en el hemisferio derecho o consecuencia de daño más generalizado (Paradis, 1998, Penn, 1999).

Estos estudios de pragmática en afasias analizan el uso del lenguaje situacional y no abarcan el significado global de una conversación (Basso, 2003), es decir, las mayor parte de las investigaciones de áreas pragmáticas y afasias se llevan a cabo dando a los pacientes tareas específicas y en contextos controlados (cf. Ulatowska y Chapman, 1994). Perkins (1995) sugiere el uso de modelos colaborativos donde se considera la responsabilidad de ambos participantes para mantener la comunicación y se analicen las habilidades pragmáticas de los pacientes con afasia en relación con la participación del interlocutor. Otros estudios reportan

que la familiaridad que los interlocutores tienen con la persona con afasia y el contexto social de la interacción (sesión de terapia de lenguaje vs. hogar) afectan la forma, cantidad y contenido de información en la conversación (Brenneise-Sarshad, Nicholas, y Brookshire, 1991; Milroy y Perkins, 1992; Kippli, 1996).

La sociolingüística ha documentado los cambios en el manejo y estructura de la conversación en distintos contextos (Goodwin y Duranti, 1992). En personas con afasia se sabe que el déficit lingüístico limita las interacciones cotidianas en el hogar (Whitworth, Perkins y Lesser, 1997) con importantes repercusiones psicosociales (Kagan, 1995) que se agudizan en pacientes crónicos (Taylor, 1997; Kagan y Gailey, 1993).

La labor del logopeda es intervenir para ayudar al paciente y las personas con las que se relaciona a lograr interacciones mutuamente satisfactorias dentro de su grupo familiar y social (Whitworth, Perkins y Lesser, 1997). Para alcanzar este objetivo se requiere conocer las características conversacionales del paciente en su entorno natural con distintos interlocutores familiares porque se reconoce que el tipo y grado de severidad de la afasia no se asocia directamente con la capacidad comunicativa (Kippli, 1996).

Como se mencionó en secciones anteriores, el estudio de habilidades pragmáticas en afasias ha empleado modelos orientados a la conducta del paciente como hablante, donde se estudia el lenguaje situacional, posteriormente surgieron modelos funcionales y modelos interaccionales con base en la sociolingüística (Lesser y Milroy, 1993; Penn, 1999).

H. H. Clark (1996) propone un modelo colaborativo donde considera el uso del lenguaje como un tipo de acción conjunta que se construye y mantiene coordinadamente entre los interlocutores donde el proceso de colaboración es flexible y establece conocimientos comunes entre los participantes. Bajo este enfoque se implica que la evaluación y rehabilitación de problemas de lenguaje reconozca la íntima conexión entre uso del lenguaje, forma y contenido analizando unidades y regularidades que no necesariamente concuerdan con categorías lingüísticas tradicionales (ej. La oración) y observar no sólo las herramientas lingüísticas que los pacientes tiene, sino la forma en que las adaptan a la limitación del lenguaje y las estrategias que aportan para la construcción de significado (Abbeduto y Short-Meyerson, 2002).

También es importante mencionar que por a las aportaciones de la sociolingüística se sabe que las distintas culturas estructuran los intercambios de información de manera diferente (Goodwin y Duranti, 1992) es así como los reportes de estrategias conversacionales en pacientes con afasia en países anglófonos no necesariamente son generalizables o aplicables a hispanoparlantes como el caso mexicano.

En virtud de lo anteriormente señalado, el estudio se justifica por la necesidad de conocer las formas y secuencias de comunicación entre un paciente con afasia no fluida y compañeros conversacionales familiares en contextos distintos ya que la terapia se administra en situaciones controladas que no corresponden necesariamente a la comunicación cotidiana. Este estudio se centra en las características comunicativas y relacionales de un paciente afásico en fase de secuela en el que se contrastan el ambiente terapéutico con el domiciliario. No se

encontraron publicaciones en las que se aborde este tipo de problema con el modelo colaborativo (Clark, 1996).

V. Planteamiento del problema e hipótesis

La pregunta de la investigación se formula en los siguientes términos:

¿Qué características conversacionales presenta la interacción en secuencias comunicativas de una persona con afasia no fluida y distintos interlocutores que le son familiares en contextos comunicativos distintos?

En la hipótesis de trabajo se plantea que existen diferencias cualitativas y cuantitativas en las secuencias comunicativas de un adulto con afasia no fluida e interlocutores que le son familiares en el hogar y en el ámbito terapéutico.

VI. Objetivos

Objetivo general

Analizar las secuencias comunicativas que conforman la conversación en la que uno de los interlocutores es un paciente con afasia no fluida, con la finalidad de aportar algunos elementos de juicio en el tratamiento de pacientes con estas características.

Objetivos específicos

Describir los tipos de acciones en la comunicación, descritos en la tabla B1 del anexo B (Clark, 1996)

Describir las estrategias para el manejo conversacional, descritos en la tabla B2 del anexo B (Clark 1996; Whitworth, Perkins y Lesser, 1997)

Describir los movimientos conversacionales, descritos en la tabla B3 del anexo B.

Comparar el número y calidad de las secuencias comunicativas en el hogar y en el espacio terapéutico.

VII. Materiales y métodos

Tipo de estudio

Este es un estudio de caso: descriptivo, longitudinal, prospectivo y observacional.

Unidades de estudio

Un paciente con afasia no fluida (CCG) definida con los criterios de la *Western Aphasia Battery* (WAB) (Kertesz, 1982). Lateralidad manual diestra antes del evento vascular cerebral (AVC), Estable desde el punto de vista neurológico. Considerado oyente y hablante competente del español antes del AVC, residente de la Ciudad de México con asistencia a las sesiones de terapia de lenguaje de manera regular.

La información para este estudio se recabó a través de registros de observación participante, entrevistas y videograbaciones de las sesiones de terapia de lenguaje y de las interacciones en el hogar. La información recolectada comprende las interacciones entre la terapeuta de lenguaje, el paciente y familiares (2 hijos, hija, nuera, esposa y sobrina) que aceptaron participar en el estudio y firmaron cartas de consentimiento informado.

Los elementos de estudio son las expresiones conductuales en secuencias de relación entre individuos (compañeros conversacionales familiares) donde uno de ellos presenta afasia no fluida.

Criterios de inclusión y de exclusión

Se transcribieron siete minutos de interacción secuencial en cada una de las 4 grabaciones en oposición a transcribir fragmentos a intervalos de tiempo constante (Bakeman y Gottman, 1997). Se incluyeron los episodios (o periodos), en los cuales el caso estudiado estuvo presente, participando o no de la conversación, durante las sesiones de terapia en cubículo y en el domicilio.

Se excluyeron las secuencias de terapia de lenguaje en las que se trabajaron elementos lingüísticos sistemáticos sin constituir conversación libre.

Ubicación espacio temporal

Los grupos de producciones lingüísticas fueron recolectadas a través de grabaciones en vídeo en el espacio terapéutico y en el hogar del sujeto estudiado, de octubre de 1998 a febrero de 1999.

Variables de estudio

Variables independientes

1. Entorno de interacción
 - 1.a. Hogar o vivienda
 - 1.b. Espacio terapéutico
2. Tipo de afasia
 - 2.a. No fluida

Variables dependientes

Elementos en las secuencias de interacción

1. Acciones en la interacción
 - 1.a. Acciones conjuntas mayores
 - 1.b. Proyectos locales
 - 1.c. No interacción
2. Estrategias para el manejo conversacional
 - 2.a. Toma de turnos
 - 2.b. Procesos de reparación
 - 2.c. Manejo del tema
- 3 Movimientos conversacionales
 - 3.a. Apertura
 - 3.b. Elaboración
 - 3.c. Cierre

Afasia. Padecimiento adquirido del lenguaje, secundario a un accidente vascular cerebral (AVC). De acuerdo a Murdoch (1990) la afasia global es producto de una lesión neurológica extensa, el habla se limita a emisiones estereotipadas, uso de la inflexión de la voz y expresiones emocionales para comunicarse, la comprensión auditiva está severamente limitada, para comunicarse se apoya de elementos no verbales como gestos y expresión facial. La escritura y lectura, la repetición y denominación están severamente alteradas. En ocasiones también se encuentran alteraciones motrices y problemas del campo visual.

En el Anexo B se encuentran los indicadores y las definiciones operativas de los elementos en las secuencias de comunicación.

Procedimiento

En este estudio de corte cualitativo se emplearon técnicas etnográficas que requirieron que el paciente y su familia accedieran a concertar citas para recibir al investigador en su hogar en varias ocasiones y a distintas horas para observar, entrevistar y videografiar al paciente en distintos momentos, interactuando con interlocutores diferentes.

El proceso de captación de la información comprendió establecer contacto con la terapeuta de lenguaje, a quien se le explicaron los objetivos del proyecto, quien a su vez lo comentó con el paciente para saber si éste accedía participar en la investigación. Finalmente el investigador se entrevistó con el paciente y sus familiares obteniendo el consentimiento informado.

La información para este estudio se recabó a través de registros de observación participante, entrevistas y videografías de las sesiones de terapia de lenguaje y de las interacciones en el hogar. La terapeuta de lenguaje, el paciente CCG y familiares (2 hijos, hija, nuera, esposa y sobrina) aceptaron participar en el estudio y firmaron cartas de consentimiento informado.

Se realizaron entrevistas etnográficas (Spradley, 1979) que permitieron a los entrevistados narrar sus experiencias y puntos de vista; el investigador explicó el propósito y tomó notas mientras se realizaban. Se obtuvieron datos sobre la historia familiar, el padecimiento de CCG y cómo la familia ha reaccionado a lo largo del tiempo ante la persistencia de la afasia.

Una vez realizadas las entrevistas a los informantes, se visitó el hogar. A la primera visita asistió el investigador junto con la terapeuta de lenguaje; posteriormente el investigador realizó otras visitas como observador participante. La observación participante (Taylor y Bodgan, 1989) involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, durante este proceso se recogen datos sistemáticamente pero no de manera intrusiva.

Los registros de observación participante o notas de campo se registraron después de los encuentros. Estas notas incluyen comentarios, interpretaciones y descripciones de las personas y escenarios que permitieron identificar los momentos idóneos para la grabación, que en el caso de CCG fueron los momentos en los que existía algún tipo de interacción, pues la mayor parte del tiempo el paciente permanecía solo en casa.

Entre octubre de 1998 y febrero de 1999 el observador acudió a casa de CCG, variando los días y los tiempos. Una vez que el investigador sintió que las formas de interacción entre la familia eran consistentes, se iniciaron las grabaciones. La cámara grabó todo el tiempo que el investigador estaba presente, hasta que finalmente el investigador consideró que aun con la presencia de la videocámara, las formas de interacción eran consistentes y los participantes parecían estar acostumbrados a la grabación.

En el espacio terapéutico, la terapeuta de lenguaje fue responsable de activar y desactivar la videocámara, el investigador no estuvo presente. La terapeuta activaba la cámara en cuanto el paciente tocaba la puerta y la apagaba una vez que el paciente se iba. Se grabaron consistentemente las sesiones de terapia durante 8 semanas.

En total se obtuvieron aproximadamente 10 horas de grabación donde se consideró que la grabación de vídeo no afectaba la conducta lingüística de los participantes: 5 horas en el hogar y 5 en el espacio terapéutico. De las 10 horas, se seleccionaron 2 grabaciones de cada contexto, es decir, dos videograbaciones de la terapia de lenguaje y dos del hogar. De estas cuatro grabaciones se seleccionaron las secuencias donde se presentaba interacción con el paciente para transcribir y posteriormente codificar.

En el hogar, se escogieron un desayuno y una cena porque fueron los momentos en que CCG interactuaba con otras personas. Del grupo de grabaciones de la terapia de lenguaje se seleccionaron dos sesiones consecutivas donde se encontraron periodos largos de conversación.

En la Tabla 1 se describen las cuatro grabaciones. En la segunda columna se encuentra el tiempo total de grabación; en la tercera columna, el tiempo en que CCG se encuentra interactuando y en la última columna se registra el tiempo de interacción que se transcribió. Para obtener el tiempo en que se observaron interacciones se registraron y cronometraron las actividades filmadas, posteriormente se seleccionaron los segmentos donde CCG interactuaba y finalmente se transcribieron.

Tabla 1

Periodos de interacción y segmentos transcritos en dos contextos discursivos

Entorno de interacción	Tiempo total de grabación	Tiempo en que se observan interacciones/ conversación	Tiempo transcrito y codificado
Cena	0:56:00 hr	0:13:58 hr	0:07:29 hr
Desayuno	2:03:14 hr	0:27:28 hr	0:07:13 hr
Sesión 1	0:52:41 hr	0:12:10 hr	0:07:24 hr
Sesión 2	0:46:54 hr	0:13:06 hr	0:07:07 hr

Para la transcripción y codificación se emplearon las herramientas *CHAT* (*Codes for the Human Analysis of Transcripts*) y *CLAN* (*Computerized Language Analysis*), que son parte del sistema computacional para datos lingüísticos *CHILDES* (*Child Language Data Exchange System*) (MacWhinney, 2000). Las transcripciones incluyeron anotaciones paralingüísticas y contextuales que permitieron interpretar mejor la situación. En el proceso de codificación en ocasiones se hicieron inferencias basadas en la competencia lingüística del investigador. La notación que se usó en las transcripciones se encuentra en el Anexo C

El sistema de codificación (Anexo B) fue desarrollado a partir del modelo de procesos colaborativos de Clark (1996) y de elementos del análisis conversacional (Sacks, 1992; Whitworth, Perkins y Lesser, 1997)

Las transcripciones, codificaciones (Anexos E, F, G y H) y registros se realizaron y revisaron por el investigador, por lo que en este estudio sólo se reporta la consistencia intraobservador del registro.(Bakeman y Gottman, 1997).

La confiabilidad intraobservador en la codificación se obtuvo al comparar en una matriz de confusión la codificación y recodificación para obtener el porcentaje de acuerdos y la Kappa de Cohen que es el acuerdo estadístico que permite corregir el efecto del azar (Bakeman y Gottman, 1997).

El porcentaje de acuerdos se obtuvo con la fórmula $P_A = [N_A / (N_A + N_D)] \times 100$, donde P_A es el porcentaje de acuerdos, N_A es el número de acuerdos y N_D es el número de desacuerdos.

La Kappa de Cohen se obtuvo con la fórmula $K = (P_O - P_C) / (1 - P_C)$, donde P_O es la proporción de acuerdos que se observaron y se calcula sumando el número de acuerdos y entre el número total de calificaciones. P_C es la proporción de calificaciones esperada por azar, se

calcula sumando el producto de cada columna por cada renglón y dividiendo por el cuadrado del número total de calificaciones. Anexo D.

Confiabilidad intraobservador

El sistema de codificación que se desarrolló se sustenta en el concepto de acciones y proyectos conjuntos del modelo colaborativo de Clark (1996) y elementos del análisis conversacional (Sacks, 1992; Whitworth, Perkins, y Lesser, 1997). Se analizaron siete minutos de segmentos seleccionados de interacciones entre un paciente con afasia no fluida e interlocutores familiares en el hogar y en las sesiones de terapia. Los segmentos seleccionados se transcribieron, codificaron y fueron parcialmente analizados usando el sistema computacional para datos lingüísticos *CHILDES* (*Child Language Data Exchange System*) (McWhinney, 2000)

El investigador realizó las transcripciones, registros y codificaciones. Cada codificación se realizó entre dos y tres días y la recodificación se hizo un mes después. Se enumeró la cantidad de códigos en que hubo discrepancia, se compararon y se revisó la videograbación para decidir cómo se clasificaban. Estos mismos resultados se compararon en una matriz de confusión (Anexo I) para obtener el porcentaje de acuerdos y la Kappa de Cohen (Tabla 2).

Tabla 2

Confiabilidad intraobservador en la codificación de transcripciones

Confiabilidad intraobservador							
	Cantidad de categorías	Casa			Terapia de lenguaje		
		P _A ⁺	K ⁺⁺	Turnos ^o	P _A	K	Turnos
Acciones conjuntas	5	84.38%	0.6731	634	96.31%	0.7080	786
Eventos							
Proyectos locales	3	81.44%	0.7040	555	91.79%	0.8657	780
Movimientos conversacionales*	3	88.95%	0.8381	516	92.50%	0.8903	761
Estrategias conversacionales							
Tema	5	81.36%	0.7666	59	84.13%	0.7823	63
Toma de turnos	2	90.79%	0.7542	76	93.63%	0.8409	110
Reparación	3	85.29%	0.7665	34	84.78%	0.7811	92

* Porcentaje de acuerdos ++ Kappa de Cohen ° No. de turnos codificados

* Sólo se incluyeron los movimientos de inicio, elaboración y respuesta

En la toma de turnos se observa una desproporción entre la kappa de Cohen y el porcentaje de acuerdos, porque la cantidad de categorías que se consideraron sólo fueron dos (Bakeman y Gottman, 1997:64). Es decir, en la toma de turnos sólo hay 2 indicadores: traslape de emisiones y toma rápida del turno, en este caso la proporción de acuerdos observados es alta (90.79% en el hogar y 93.63% en la terapia) pero también la proporción de acuerdos por

efecto del azar. Como resultado, el valor de Kappa es considerablemente menor al porcentaje de acuerdos.

En general se observa que la consistencia en el registro intraobservador fue mayor en la terapia de lenguaje, esto puede deberse a la familiaridad del investigador con el contexto; y a que el contexto lingüístico es más estructurado y predecible comparado con las interacciones en el hogar (Lesser y Milroy, 1993; Basso 2003). Otro factor puede ser la cantidad de participantes y eventos simultáneos, en la terapia del lenguaje es principalmente una diada mientras en la casa es multiparticipante.

En las acciones conjuntas se obtiene una Kappa de 0.67318 en los eventos donde fue más difícil delimitar las unidades de estudio. Los eventos son acciones conjuntas mayores integradas por secuencias de proyectos locales y establecer su estructura y límites requirió más trabajo pues estos proyectos conjuntos extendidos se delimitan de acuerdo al objetivo, acción o función general que se logra como saludar, enterarse del estado de salud de alguien, etc. Esta descripción permite observar que la actividad tuvo un objetivo, algo que los participantes conjuntamente alcanzaron, aunque en algunas acciones conjuntas como la plática de un chisme, el objetivo general no sea claro, o evolucione en el transcurso de la actividad.

Por ejemplo, en el desayuno (Anexo E) el proyecto conjunto 21 (\$JE21:) se integra por 91 turnos y 21 proyectos locales, en él el paciente discute consistentemente. El objetivo de discutir guía la selección del tema, pues el paciente introduce un tema nuevo, no relacionado con el tema presente para continuar la discusión.

Para solucionar los desacuerdos se resolvió determinar los objetivos de los eventos o acciones conjuntas mayores retrospectivamente y no conforme la conversación se estructuraba pues al interactuar los participantes pueden o no tener expectativas sobre la interacción y aunque uno de los hablantes tenga un objetivo predeterminado, éste puede transformarse o pueden surgir nuevos objetivos en la conversación (Clark, 1996).

La codificación de los proyectos locales fue más consistente que los eventos, los primeros son más fáciles de identificar porque son más pequeños que los segundos. Los proyectos locales se integran por secuencias sucesivas que incluyen solamente entre dos y nueve turnos. Sus objetivos inmediatos y estructura (inicio, cuerpo y cierre) se detectan con mayor facilidad en contraste con los eventos que pueden contener muchos más turnos.

En esta misma tabla se observa también que la identificación y codificación de los indicadores en la transcripción fue más consistente cuando el nivel de análisis es la emisión individual. Tal es el caso de los movimientos conversacionales que mostraron la Kappa más alta.

VIII. Resultados

Los resultados se presentan en tres secciones, en la primera parte se reportan las características del paciente, en la segunda la confiabilidad intraobservador en la codificación y en la tercera sección se reportan los resultados de los tres aspectos pragmáticos obtenidos a través de la codificación e información de las entrevistas y observación participante.

CCG es un paciente masculino originario de la Ciudad de México, de 51 años al momento de inicio del estudio, con escolaridad de primero de secundaria, chofer de camiones de carga, monolingüe, con antecedentes de cardiopatía reumática inactiva con implantación de válvula mecánica en 1993. En junio de 1995 fue hospitalizado trece días por trombosis de la arteria cerebral media izquierda, dejando como secuela alteraciones motoras del hemicuerpo derecho y afasia motora, inicia terapia de lenguaje. En agosto de 1996 es internado nuevamente durante seis días por AVC recurrente aterotrómbico. Egresó con hemiparesia derecha y afasia. CCG tiene antecedentes de alcoholismo y se encuentra desempleado desde que se le insertó la prótesis mitral en 1993. Comparte vivienda con esposa, tres hijos sanos, una nuera, un yerno, tres nietos y una sobrina.

En septiembre de 1996 se reporta como independiente en acciones de la vida diaria e higiene, presenta discreta paresia facial derecha y dispraxias orofaciales. Comprende órdenes sencillas no comprende relaciones lógico-gramaticales. Presenta disnomia, palabra-frase, enunciados cortos, jerga parafásica, lenguaje repetitivo y bradilalia. Bradipsiquia, desubicado en tiempo y espacio, imposibilidad para la lectura, escritura y cálculo elemental. Desde 1993 CCG asiste a terapia de lenguaje al ISSSTE, a la fecha del estudio con programa domiciliario.

El paciente fue diagnosticado con afasia "Global" usando el *Western Aphasia Battery* (WAB) (Kertesz, 1982). La clasificación de la afasia se corroboró con dos terapeutas. El investigador aplicó y calificó la batería de pruebas; posteriormente las videograbaciones de las dos sesiones de evaluación fueron revisadas por otro terapeuta quien calificó nuevamente la batería de pruebas, ambos resultados se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3

Calificación de CCG en el *Western Aphasia Battery* (WAB)

Area	Puntuación	Tipo de afasia
Fluidez	4/10	No fluida
Comprensión	3.9/10	Global
Repetición	0.5/10	Global
Denominación	3.1/10	Global

Nota. Tomado de Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Al momento del estudio, CCG presenta alteraciones importantes en la comprensión y expresión del lenguaje oral y escrito con ligera alteración motriz en el hemicuerpo derecho y no se reportaron problemas del campo visual.

Elementos en secuencias de interacción

Acciones en las secuencias de interacción

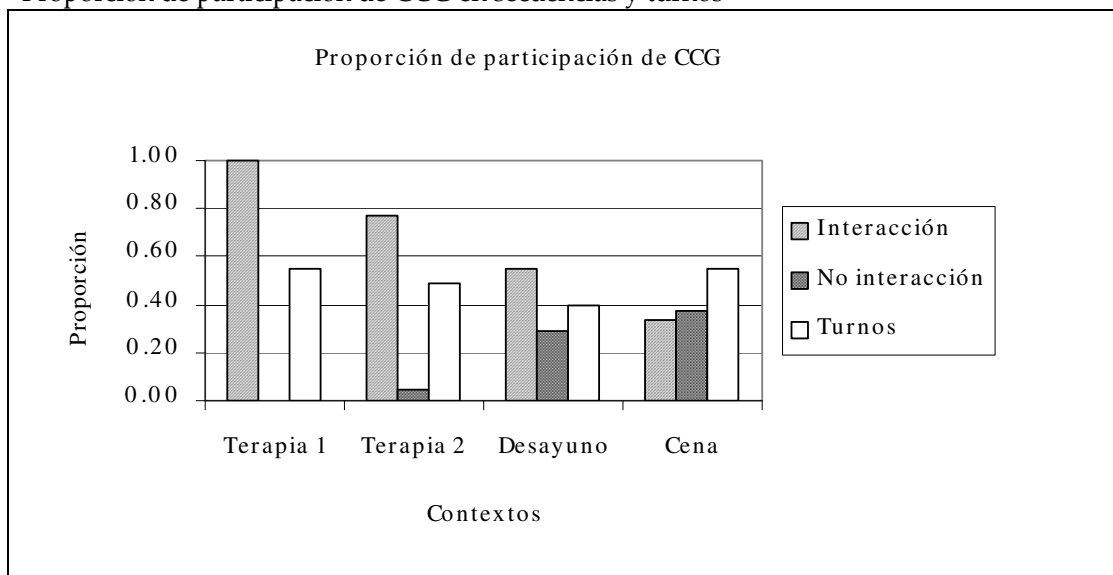
En los Anexos E, F, G y H, se encuentran las transcripciones codificadas de 7 minutos de segmentos seleccionados en las grabaciones donde CCG está en presencia de personas (familiares y terapeuta de lenguaje), lo que permite la posibilidad de interacción. Por la forma de seleccionar los segmentos, se esperaba que el paciente tuviera una proporción alta de participación en todos los contextos.

Clark (1996) menciona que las conversaciones tienden a dividirse en secciones, secuencias de habla que se enfocan a un punto de discusión u objetivo, las secuencias puede formarse de apertura, cuerpo de la conversación y cierre. Las conversaciones se construyen con cada contribución, las personas pueden tener objetivos para realizara pero no pueden lograrlo más que turno a turno, esto es, al iniciar una conversación se requiere que los participantes tengan un compromiso común o deseo de comunicarse, entonces se generan proyectos comunes mínimos que emergen para integrar las secciones de proyectos mayores.

En la Gráfica 1 se encuentra la proporción de turnos y de acciones conjuntas mayores en las que el paciente participó en cada contexto. En ambas sesiones de terapia de lenguaje CCG produjo aproximadamente la mitad de los turnos y en la primera sesión participó en todas las acciones conjuntas que era lo esperado. En la segunda sesión de terapia CCG forma parte de más del 70% de las acciones conjuntas, el 23% restante se conforma de conversación paralela entre la terapeuta y el familiar donde el paciente es el tema de conversación pero no participa en ella.

Gráfica 1

Proporción de participación de CCG en secuencias y turnos



En el desayuno el paciente con afasia participa en la mitad de las acciones conjuntas que se establecen y en la cena se observa que aunque CCG interviene en más del 50% de los turnos, sólo establece y participa en una tercera parte de las acciones conjuntas.

En la Tabla 4 se muestran las acciones en cada contexto por participante de tipos de interacción basado en el modelo colaborativo de Clark (1996). En la terapia de lenguaje el paciente y la terapeuta establecen y mantienen interacción a lo largo de los siete minutos, ambos participan en 32 acciones conjuntas (eventos y proyectos conjuntos) de un total de 37 tipos de interacciones codificadas, mientras en el hogar CCG participó en 35 acciones conjuntas de 85 acciones codificadas, estos datos reflejan la diferencia en las interacciones del paciente en los dos contextos.

Las acciones o tipos de interacción varían también en la cantidad de turnos que los integran, las acciones conjuntas, eventos y proyectos locales, abarcan la mayor cantidad de turnos. El promedio de turnos en cada acción conjunta para cada contexto es el siguiente:

Tabla 4

Promedio de turnos en las secuencias de interacción por contexto			
Promedio de turnos en las secuencias			
Contexto		Total	
Sesión 1	27 turnos	Terapia	22 turnos
Sesión 2	19 turnos		
Desayuno	8.4 turnos	Casa	6.7 turnos
Cena	5.6 turnos		

En la terapia de lenguaje se establecen interacciones que se forman en promedio de 22 turnos y en la casa aproximadamente con 7 turnos. El paciente es capaz de establecer acciones conjuntas con secuencias largas de turnos con la terapeuta pero en su núcleo familiar son en promedio más cortas. Esto puede deberse en parte al estilo interaccional, se reporta que anterior a la afasia CCG era bromista y dominaba la conversación, al momento del estudio se refiere que el paciente es pasivo, serio, no bromea, ocasionalmente inicia conversaciones, interrumpe con frecuencia al interlocutor, le es difícil tomar el papel de escucha y discute constantemente. Los familiares consideran que comparando las oportunidades de interacción y estilos comunicativos de CCG antes y con la afasia, el paciente conserva la capacidad para iniciar conversaciones, platicar con algunas personas fuera del núcleo familiar y el uso de maldiciones a lo largo de la conversación, mientras que hablar con rapidez, tener el papel de escucha y discutir se han exacerbado.

En la Tabla 5 se presentan las secuencias de interacción, aquéllas donde hay comunicación con CCG y se establecen acciones conjuntas y secuencias de acciones donde no se establece comunicación con el paciente. En la casa se observaron 14 acciones en las que el paciente fue el tema de conversación pero no participó; 14 acciones en las que el tema no tuvo relación con él y no participó y 21 acciones en las que CCG se encontró en *copresencia*, es decir, en total en 49 de 85 secuencias en el hogar no se establece comunicación con el

paciente. Se observa que el total secuencias en la cena (54) es mayor que en el desayuno (31), aunque en ambos momentos hay 18 secuencias de acciones conjuntas. En la cena el paciente se encuentra más tiempo en copresencia, esto significa que las secuencias de interacción fueron cortas y frecuentes como en las discusiones. Esta información se corroboró con las entrevistas en las cuales se reportó que el hijo mayor y la esposa no tienen buena relación interpersonal con el paciente.

Tabla 5

Cantidad de secuencias de comunicación por participante

		Interacción con CCG					Total	
		Presente		Ausente				
		Eventos	Proyectos	CCG tema	No relacionado	Copresencia	Acciones	Turnos
Terapia	CCG	31	1	0	0	1	33	410
	Terapeuta	30	2	3	0	0	35	368
	Otros*	5	0	3	0	0	8	8
	Total*	31	2	3	0	1	37	786
Cena	CCG	10	8	2	3	15	38	150
	Hj menor	6	4	7	6	5	28	93
	Esposa	5	1	4	4	0	14	33
	Total*	10	8	10	10	16	54	276
Desayuno	CCG	13	4	3	1	5	26	180
	Hj mayor	11	4	1	2	2	20	52
	Nuera	6	2	2	1	0	11	39
	Esposa	3	0	3	3	0	9	25
	Total*	14	4	4	4	5	31	296
Otros**		6	0	3	2	0	11	62
Total hogar		24	12	14	14	21	85	634

*El total de secuencias no es la suma de secuencias de cada participante, es la cantidad total de secuencias que se presentaron en las grabaciones.

+ Esposa e hijo mayor ++ Sobrina e hija

En la terapia de lenguaje se establecieron numerosas secuencias de acciones conjuntas extendidas o eventos (31), también se observaron 3 secuencias sin interacción con CCG, cuando la terapeuta dio indicaciones sobre el trabajo de lenguaje que se puede realizar en la semana como tarea.

El deterioro de relaciones interpersonales de CCG se documentó en los registros de observación participante y en las entrevistas. Se sabe que el paciente redujo compañeros

conversacionales después de la afasia; dejó de interactuar con amigos, vecinos y extraños. Durante los primeros meses posteriores al AVC los problemas motores del hemicuerpo derecho le impedían asistir a los lugares donde solía interactuar; la dependencia física se volvió permanente y actualmente CCG no va solo a ningún lugar. CCG evita situaciones comunicativas como abrir la puerta y pagar o interactuar en las tiendas; las oportunidades de interacción fuera del hogar se limitan a visitas médicas y a familiares.

Los proyectos locales o acciones conjuntas menores se integran al menos por dos movimientos, uno de apertura por un participante y otro de elaboración o cierre por el otro.

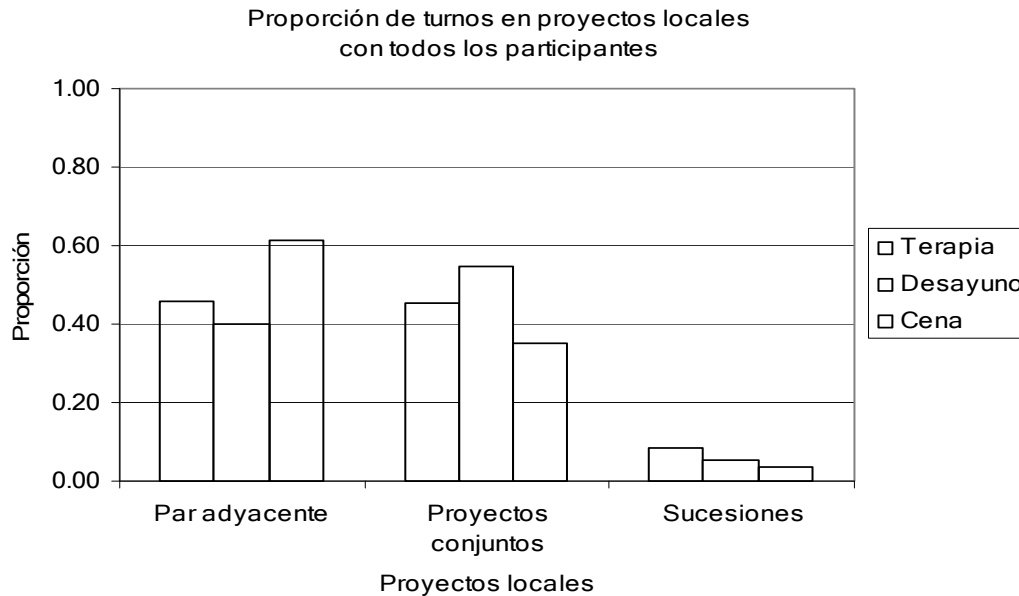
En la Gráfica 2 se encuentra la proporción de turnos de todos los participantes en proyectos locales por contexto. Se observa que en la cena hay mayor cantidad de pares adyacentes que son secuencias cortas en comparación con los proyectos conjuntos que incluyen entre 2 y 4 turnos, es decir, durante la cena los participantes principalmente se comunicaron en secuencias de 2 movimientos: pregunta-respuesta.

En la terapia se observa aproximadamente igual proporción de pares adyacentes y proyectos locales, pero hubo mayor cantidad de sucesiones que en el hogar, estas sucesiones indican que la terapeuta en ocasiones permitió que CCG hablara aunque ella no continuara o no diera indicios de seguir la conversación mientras en el monólogo del paciente era interrumpido o ignorado. Durante el desayuno los participantes establecieron mayor cantidad de proyectos locales.

Los proyectos locales representan la acción conjunta mínima y éstos se encadenan e incrustan para formar la conversación; en otras palabras, los proyectos locales conforman las secuencias de interacción (eventos y proyectos conjuntos) en que se registró comunicación con CCG.

Gráfica 2

Proporción de turnos de todos los participantes en proyectos locales



Los pares adyacentes en la terapia de lenguaje son para confirmar que la terapeuta comprendió lo que CCG quiso decir, órdenes o instrucciones, preguntas si o no, repetición de vocabulario. En los proyectos conjuntos se encuentran la introducción y expansión de temas, secuencias de reparación y bromas

En el hogar aunque hay aproximadamente la misma cantidad de turnos (desayuno 306 turnos y en la cena 328), los pares adyacentes se encuentran en forma de pregunta-respuesta, al igual que en la terapia de lenguaje, la cantidad de información que se intercambia es muy poca. El paciente no parece interesado en ofrecer la información que se el solicita. La mayoría de los proyectos locales que se establecieron fueron rotos abruptamente por el hijo menor, incluso cuando éste último no era parte de la acción conjunta.

En el desayuno los pares adyacentes se presentaron cuando se trataba de introducir un tema, de que el paciente siguiera instrucciones y en una secuencia de reparación donde el interlocutor repetía las emisiones de CCG a pesar de los esfuerzos de él por reparar y explicarse. Los proyectos locales se presentaron cuando CCG desarrollaba un tema o en secuencias de reparación con el observador.

Tabla 6

Proporción de turnos en proyectos locales por contexto

		Proporción de proyectos locales		
		Par adyacente	Proyectos conjuntos	Sucesiones
Terapia	CCG	0.20	0.25	0.07
	Otro	0.26	0.20	-
Desayuno	CCG	0.20	0.34	0.04
	Otro	0.20	0.20	-

Cena	CCG	0.30	0.19	-
	Otro	0.31	0.16	-

Valores menores de 0.04 fueron excluidos

En la Tabla 6 se observa que la proporción de turnos en las secuencias de proyectos locales. En la terapia de lenguaje los turnos muestran que el paciente y la terapeuta participaron en proporción similar tanto en pares adyacentes como en proyectos conjuntos. En el desayuno se encuentra que CCG intervino con más emisiones en los proyectos conjuntos, mientras que los pares adyacentes sólo eran secuencias de dos emisiones la mayoría de ellos. En la cena hay una mayor cantidad de pares adyacentes y al igual que en el desayuno y en la terapia de lenguaje, el paciente interviene con más turnos cuando se encuentra en proyectos conjuntos. En las sucesiones hay intención comunicativa pero no hay señal del interlocutor que indique que hay una acción conjunta. En la terapia de lenguaje se encuentran algunos grupos de emisiones en sucesión, mientras que en el hogar se presenta con poca frecuencia.

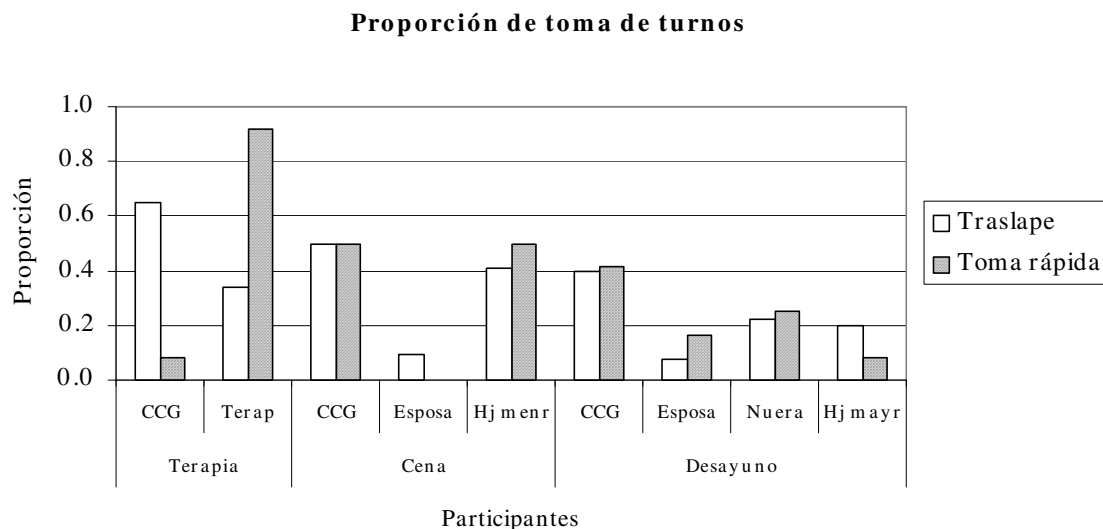
Estrategias conversacionales

Toma de turnos

En la Gráfica 3 se observa que en la terapia de lenguaje en ejercicios de denominación el paciente traslapa los turnos con frecuencia, debido a que la terapeuta lo facilitaba ya que el paciente repetía las palabras simultáneamente. En estas condiciones la terapeuta robaba el turno como estrategia más habitual; CCG prácticamente no robaba turnos. El 33% de los traslapes fueron parte de secuencias en las que se facilitó la producción o la búsqueda de palabras. En contraste, en la casa se observó que el paciente usó ambas estrategias, toma rápida y traslape de turnos.

Gráfica 3

Proporción de turnos por contexto en el manejo de turnos



La esposa y el hijo mayor reportaron que CCG presenta problemas en la conversación como dificultad para intervenir cuando es su turno, ceder el turno a otro hablante, respetar el turno del hablante y dar retroalimentación. Esta percepción de los participantes se corroboró con las transcripciones; en el desayuno en 40% de los turnos donde hay traslape o toma rápida de turnos CCG está discutiendo, mientras que en la cena en 80% de estos turnos se encuentran en discusiones

También se observa en la Gráfica 3 que el hijo menor (Hj. menr) en la cena maneja los turnos de modo similar que el paciente. Del mismo modo en el desayuno que es una interacción multiparticipante CCG conversó más con la nuera y el hijo mayor, se observa que la combinación de los turnos de los compañeros conversacionales es similar a la proporción de traslapes del paciente.

En la observación participante se registró que en la conversación CCG no responde en ocasiones cuando es su turno o deja una pausa larga antes de contestar y provoca cierto problema con el otro participante. La mayoría de las ocasiones los familiares consideran que al ignorarlos, el paciente hace patente su deseo de no interactuar, sin embargo, en se observó que CCG responde si el otro participante busca continuar la interacción a través de redirigir la atención del paciente, repetir la emisión o rephrasear.

Manejo del tema

En la Tabla 7 se reportan los resultados de los turnos en los que se codificó manejo del tema. En las transcripciones el paciente muestra que es capaz de introducir, mantener y expandir temas en colaboración con compañeros conversacionales aunque la mayor cantidad de temas nuevos fueron introducidos por los otros participantes.

Tabla 7
Proporción de turnos por contexto en el manejo del tema

Contexto		Manejo del tema ⁺			
		Nuevo	Mantiene	Expande	Recurrente
Terapia	CCG	-	-	0.19	-
	Otro*	0.32	0.11	0.32	-
Cena	CCG	-	0.08	0.08	0.12
	Otro**	0.44	-	0.16	-
Desayuno	CCG	0.09	-	0.15	0.21
	Otro***	0.26	-	0.24	-

⁺ Valores menores de 0.08 fueron excluidos

* Terapeuta, esposa e hijo mayor, ** Esposa, hijo menor y observador, *** Esposa, hijo mayor, nuera, sobrina, hija y observador

En la terapia de lenguaje, donde se observan las secuencias de acciones conjuntas más largas (22 turnos en promedio), se encuentra que CCG introduce un tema, lo elabora y continúa hablando sin detenerse. Por los datos parece que el paciente pierde la idea de la que está hablando, pues la terapeuta no mostró indicios de seguir el hilo de la conversación.

Cuando CCG producía estas cadenas de emisiones sin retroalimentación, la terapeuta redirigía la atención del paciente para obtener nueva información o volviendo al tema anterior usando estrategias como:

- a. Repetir la pregunta
- b. Refrasear la pregunta
- c. Romper la pregunta para obtener pedazos de información poco a poco
- d. Uso de expresiones para centrar la atención (fíjese bien, a ver, mire)
- e. Resumir la información que se obtuvo como introducción para una nueva pregunta

Los familiares consideraron que CCG puede introducir y expandir nuevos temas que consistentemente son pertinentes al contexto, sin embargo, tanto en la casa como en la terapia se observó que el paciente continuó hablando y discutiendo, aunque la aparente elaboración del tema no pareciera tener relación con el tema discutido.

Los compañeros conversacionales reportaron que el mayor problema al tratar de conversar con CCG es la forma en que maneja los temas, recurrentemente discute aunque no haya motivo aparente; los familiares por su parte, prefieren dejarlo hablar. En ocasiones, algún familiar decide discutir con el paciente, en estas secuencias se nota que los participantes saben los argumentos de CCG y en ocasiones las discusiones tiene un carácter de sarcasmo. Si el paciente aumenta el tono de la discusión, los familiares terminan abruptamente la interacción.

Durante el proceso de captación de la información se corroboró que CCG discute consistentemente en el hogar, sólo con el observador el paciente introduce y mantiene temas nuevos sin discutir. En la terapia de lenguaje no se encontraron discusiones, en cuanto el paciente abría su turno argumentando, la terapeuta cambiaba el tema o cerraba la secuencia de interacción, en este contexto CCG demostró que puede introducir y expandir un tema, pero la terapeuta y el observador en ocasiones no podían construir el significado conjunto con el paciente, requerían apoyo de los familiares para la interpretación pero no siempre se proporcionó, dejando la secuencia trunca por cambiar a un tema que la terapeuta o el observador tuvieran más información.

En el desayuno se observó que CCG elabora temas introducidos por otros y cuando introduce temas que se integran en secuencias de acciones conjuntas son elaborados por otros; en ocasiones las secuencias se terminan súbitamente cuando la conversación se convierte en plática paralela por la interrupción de otro hablante. En la cena CCG sólo introduce tema una vez, en esta cinta el paciente prácticamente no elabora ningún tema.

Se reporta que los temas de los que habla CCG se han reducido dramáticamente posterior a la afasia, solía platicar de las noticias, sucesos en la televisión, planes para el futuro, el trabajo, política, amigos, otras personas, deportes y sobre la rutina diaria. Actualmente habla de la familia, de la economía familiar, de la información e indicaciones de los médicos y terapeutas y cómo era la vida antes de la afasia.

Procesos de reparación

Las reparaciones son secuencias de emisiones que surgen cuando se presentan problemas conjuntos en la transmisión de la información (Clark, 1996); en la Tabla 8 se encuentra la proporción de turnos de cada participante que inician la reparación por contexto. En la primera columna se encuentran las reparaciones espontáneas e independientes (iniciadas sin ayuda de otros), se observa que CCG trata de reparar la conversación cuando considera que hay un problema en la recepción lo que ocurre con compañeros conversacionales ocasionales (el hijo menor en la cena y el observador en el desayuno). Cuando CCG conversaba con compañeros familiares, la mayoría de las reparaciones independientes no solucionaron el problema, los compañeros conversacionales cambiaron el tema, transformaron la información en preguntas cerradas o trataron de obtener la información de otras personas.

Tabla 8

Proporción de turnos por contexto en procesos de reparación

Contexto		Proporción ⁺			Cantidad de turnos		
		Independiente	Ayuda	Al otro	Independiente	Ayuda	Al otro
Terapia	CCG	0.23	0.29	-	21	27	0
	Terapeuta	-	-	0.47	1	0	43
Desayuno	CCG	0.31	0.13	-	5	2	0
	Otro*	-	-	0.56	0	0	9
Cena	CCG	0.28	-	-	5	1	0
	Otro**	-	-	0.61	1	0	11

⁺ Valores menores de 0.08 fueron excluidos

* Esposa, hijo menor y observador, ** Esposa, hijo mayor, nuera, sobrina, hija y observador

Durante el desayuno las reparaciones independientes (primera columna) se presentaron sólo cuando CCG platicaba con el observador, quien no pudo ayudar a resolver conjunta y satisfactoriamente el problema. En las secuencias de acciones conjuntas que estableció CCG con los otros participantes la reparación independiente se presentó en una ocasión.

En la segunda columna de la Tabla 8 se encuentra que la proporción de turnos en los que CCG recibió ayuda para reparar la comunicación es considerablemente mayor en la terapia (0.23) que en la casa (0.13 en el desayuno), esto puede indicar que los familiares solucionan los problemas de recepción con “reparaciones privadas” e inferencias más que las “reparaciones públicas” (Clark, 1996) para continuar las acciones conjuntas con el paciente. Se pudo observar que en ocasiones los interlocutores conocen las habilidades conversacionales de CCG y adaptan la plática a ellas. Siempre que surgió un problema en la conversación, los familiares lo ignoraron o emplearon la estrategia de convertirlo en pregunta sí/no, si no podían resolverlo cambiaban el tema o terminaron la interacción.

La tercera columna se refiere a los procesos de reparación que son iniciados cuando el otro participante trata de reparar el turno del primer hablante. Se observa que en ambos contextos los compañeros conversacionales indicaron y trataron de reparar la emisión de CCG porque él presenta gran dificultad identificando cuando ha habido un problema en la comunicación.

Durante las entrevistas los familiares consideraron que CCG “comprende todo lo que se dice”, sin embargo, durante la observación participante se encuentra que los familiares no pueden resolver los problemas de recepción. El siguiente ejemplo es un fragmento de la secuencia de reparación en la cena que abarca de cuando el hijo menor quiere saber con quién va a salir unos días de vacaciones.

No. turno	Hablante	Emisiones	Gestos comunicativos
283	HMN*	va a ir toda la familia?	
284	CAR**	Ese	Señala hacia la ventana
285	CAR	Po [/] po [/] po allá.	Señala la ventana y dibuja una línea recta como una ruta
286	CAR	xxx [>].	Mantiene la mano en el final de la ruta y mira a ESP
287	ESP***	Manuel [?] [<] ?	
288	CAR	No # no # <no> [>].	Mira a ESP
289	HMN	<no va a ir> [<] mi tío Manuel?	Mira a CAR quien mira a ESP
290	CAR	No no.	Niega con la cabeza y mira a ESP
291	HMN	Quién va?	
292	CAR	otra ma # ota ma.	
293	HMN	Quién va?	No mira a HMN
294	CAR	Nomá.	Alza los hombros como "no me importa"
295	CAR	No mi mamá.	Mira a ESP
296	HMN	pero quién?#	Mira a CAR
297	HMN	Quién más?	Mira a CAR

*Hijo menor

** CCG

*** Esposa del paciente

Este ejemplo ilustra el uso infructuoso de estrategias de reparación. Entre las estrategias que se usan conjuntamente, podemos encontrar rephrasear la pregunta (turno 291), uso de gestos (turnos 285 y 286), apoyarse en otro participante para interpretar las emisiones de CCG (turno 286 y 288), preguntas sí/no para hacer la información más específica (turno 287), pausas más largas (turno 296) y repetir la pregunta (turno 293). A pesar del esfuerzo conjunto (del turno 274 al 315), el hijo menor al no obtener la información del paciente, recurre a la esposa, quien obtuvo la información de otras fuentes.

En la terapia de lenguaje las secuencias de reparación se enfocan en el uso de habilidades lingüísticas, la terapeuta propicia que el paciente encuentre las palabras, como se observa en el turno 78 de la secuencia que se presenta a continuación. Aunque esta estrategia se usa sistemáticamente en la terapia de lenguaje, no se observó su uso en el hogar.

No. turno	Hablante	Emisiones	Gestos comunicativos
74	TER*	el lunes lo operaron?	TER sorprendida
75	CAR**	no # no.	niega con la cabeza

76	TER	ah!	asiente con la cabeza, CAR no la mira
77	CAR	el # lunes.	se señala un dedo, no mira a TER
78	TER	mmm +...	señala otro dedo de CAR, facilitando la palabra MARTES
79	CAR	ma # tes.	se señala el mismo dedo que tocó TER, no mira a TER

* Terapeuta

** CCG

Movimientos conversacionales

En la Tabla 9 se encuentra la proporción de turnos en los movimientos conversacionales. En la primera columna, se observa que CCG inicia secuencias de comunicación en el desayuno tantas veces como los demás interlocutores (16% y 15% respectivamente). En la cena, donde la interacción era con el hijo menor y la esposa, inicia sólo en el 10% de las secuencias pues no mostraba interés en interactuar mientras que el hijo menor buscaba temas de conversación.

Tabla 9

Proporción de turnos en movimientos conversacionales

		Proporción de movimientos conversacionales		
		Inicio	Elaboración	Respuesta
Terapia	CCG	0.06	0.19	0.28
	Otro	0.30	0.06	0.11
Desayuno	CCG	0.16	0.25	0.18
	Otro	0.15	0.04	0.22
Cena	CCG	0.10	0.07	0.36
	Otro	0.32	0.03	0.13

En la terapia de lenguaje se observa una gran diferencia entre los participantes, de todos los movimientos conversacionales, sólo en el 6% de ellos CCG inicia las secuencias de interacción y la terapeuta inicia en el 30%. En contraste, el paciente responde el doble de la terapeuta. Estos resultados en los que la terapeuta tiene la mayor cantidad de inicios y el paciente las respuestas, se encuentran en contextos donde hay una relación asimétrica de poder.

En la segunda columna se observa que CCG es capaz de continuar las secuencias de interacción con 19% de los turnos en la terapia y 25% en el desayuno. En la última columna se encuentra la proporción de turnos en los que los participantes respondieron, se observa que el paciente es un conversador activo.

En las secuencias donde no hay interacción (plática paralela y cuando CCG es el tema de conversación) se encuentran movimientos con los que CCG busca establecer interacción sin éxito.

En el hogar se observa que las secuencias de interacción del paciente se interrumpen con frecuencia por intervenciones de otros que no eran parte de la interacción original, una vez que

la secuencia con CCG se interrumpía no era retomada, mientras las interacciones de los otros siempre fueron reestablecidas.

En la terapia de lenguaje, la terapeuta en ocasiones triangulaba la información: su objetivo era transmitir la información a los familiares de CCG, pero al ser una evaluación negativa de los avances en la tarea, la terapeuta se lo dice al paciente con la intención de que los familiares reciban el mensaje. En estos casos el paciente sólo observó a la terapeuta asintiendo, se notó que en estas secuencias de comunicación la terapeuta hablaba más rápido sin mirar al paciente.

En los movimientos de inicio en la terapia de lenguaje, los más frecuentes para la terapeuta fueron directivos y preguntas, mientras que el paciente inició y elaboró con afirmaciones y declaraciones. De todos los tipos de inicio y elaboración, el más frecuente fue que la terapeuta facilitara que CCG encontrara la palabra en las secuencias de comunicación.

En la terapia de lenguaje se observa que para reparar el significado la terapeuta transforma lo que comprendió en preguntas de sí/no para que el paciente verificara la información, esta secuencia se usó en el 20% de los casos; en la casa esta estrategia se usó ocasionalmente en la cena.

Para demostrar que el interlocutor comprendió lo que CCG quiso decir, los participantes repetían la emisión anterior de CCG. Esto fue usado en la terapia de lenguaje en el 13% de las secuencias y 12% en la cena.

Se codificaron movimientos en los que los interlocutores se rehusaban a interactuar o discutían, estos turnos se presentaron en mayor número en el hogar. De los turnos de elaboración donde CCG protestó, 35% fueron en el desayuno y 37% en la cena y de los turnos de respuesta del paciente, 18% en el desayuno y 17% en la cena.

IX. Discusión

De los problemas en la comunicación que resultan del daño de centros cerebrales del lenguaje, las interrupciones de la producción y de la comprensión rebasan el mero análisis de los síntomas de la afasia ya que no se satisface el objetivo de definir los problemas a los que se encuentra una persona en esta condición, el padecimiento transforma a la persona y sus relaciones con el entorno, por lo que el individuo presenta, adquiere y desarrolla conductas nuevas que no se explican a través de la tipología anátomo-clínica.

Si se acepta que el lenguaje es el vehículo social que permite construir situaciones, relaciones y conocimiento sobre las personas (Schiffrin, 1988) y que permite establecer relaciones interpersonales, regular la conducta de otros, satisfacer necesidades materiales o deseos, explorar y organizar el entorno e intercambiar información y mensajes (Halliday en Cole, 1982) el uso del lenguaje al margen o independientemente de la preservación de la base cognitiva que lo sustenta, constituye un elemento central en la atención de personas con afasia. Sin embargo, en el trabajo clínico los estudios dirigidos al campo de la pragmática son escasos, especialmente en lengua hispana y no hay programas suficientes para el entrenamiento de los elementos lingüísticos en contextos de comunicación. Se ignora que la lengua es primordialmente un instrumento interactivo que se usa para una multiplicidad de funciones (Green, 1984, Basso, 2003) y que los hablantes muestran conductas lingüísticas diferentes en contextos discursivos diferentes.

El estudio se centró en la forma en que los hablantes, incluyendo el caso índice, establecen y mantienen secuencias de comunicación o de interacción. Se ha postulado (Clark, 1996) que las conversaciones tienden a dividirse en secciones, secuencias de habla que se enfocan a un punto de discusión u objetivo, y se organizan en apertura, cuerpo de la conversación y cierre. Las conversaciones se construyen con cada contribución; las personas pueden tener objetivos para realizarlas y se logran con intervenciones turno a turno, esto es, al iniciar una conversación se requiere que los participantes tengan un compromiso común o deseo de comunicarse, entonces se generan acciones (proyectos) comunes mínimos que emergen para integrarse en secuencias de acciones coordinadas y mediante que se encadenan e incrustan para formar estructuras de orden mayor.

En el caso estudiado el paciente tiene un papel activo en las conversaciones, lo que permite establecer secuencias de interacción en los contextos observados, el hogar y la terapia; puede coordinarse con otros participantes para construir acciones conjuntas mínimas como los pares adyacentes y encadenarlas gradualmente para formar grupos de secuencias mayores. Esto se considera una fortaleza en la capacidad comunicativa residual del paciente, en la terapia, sin embargo, esta habilidad para establecer acciones conjuntas no se traduce en mejor comunicación con sus familiares, pues en el hogar se reportaron tantas secuencias con interacción como secuencias sin interacción. Se encuentra que de las secuencias sin interacción (39), en 14 secuencias el paciente está presente y es el tema de conversación; esto refleja la erosión en las relaciones familiares. Se observa que con algunos familiares la relación es aún menor, como en la cena donde el paciente forma parte de 33% proyectos conjuntos y 37% de secuencias donde no hay interacción. Lubinski (1991) sugiere que se menosprecian las habilidades residuales de los pacientes con discapacidad cognitiva, esto afecta los patrones de

interacción subsecuente y los pacientes pierden habilidades y rutinas. Aunque a veces busca ser parte de la conversación, se le ignora. Whitworth, Perkins, y Lesser, (1996) remarcen que el uso de la conversación cotidiana es una responsabilidad compartida por los compañeros conversacionales y una alteración del lenguaje tiene consecuencias para la persona con afasia, para los compañeros conversacionales y erosiona los mecanismos para mantener las relaciones interpersonales (Hermann y Wallesch, 1989).

En cambio, en la terapia las secuencias en interacción duplican el número de las acciones conjuntas en el hogar, la diferencia se debe en parte al estilo interaccional de CCG, a la relación entre los hablantes y su percepción del paciente y a la estructura de los contextos, pues en la terapia de lenguaje los turnos son más frecuentes y cortos y se espera que la terapeuta interactúe uno a uno durante toda la sesión.

En las secuencias de comunicación se observa que CCG puede presentar secuencias de comunicación coordinadas, pero conforme avanza la comunicación el paciente maneja recurrentemente los temas y la etapa de salida o cierre de las secuencias es abrupta y los participantes prefieren evitar conversar con CCG. En la terapia de lenguaje la terapeuta cambia el tema o deja que el paciente hable en sucesiones de turnos, esta última estrategia, que no construye acciones conjuntas, permite que el paciente se exprese y sea escuchado con respeto aunque el significado de lo que expresó no se aclare.

Aunque las relaciones interpersonales en el hogar se encuentren deterioradas, hay mayor intercambio de información en el hogar; la familiaridad de los interlocutores es clave en la interpretación y establecimiento de secuencias. Durante la observación participante se encontró que la esposa, a pesar de mantener una mala relación con el paciente, es la persona que interpreta lo que CCG pero a la vez, es quien evita establecer secuencias de comunicación con él. En ocasiones la esposa interpreta para que el paciente continúe la conversación con los otros, en otras, aunque ella sabe la respuesta, formula preguntas para que CCG provea la información que se le está pidiendo, estas estrategias son exitosas la mayor parte de las veces si hay más participantes que lleven buena relación con el paciente.

El paciente desarrolla estrategias espontáneas como introducción de un tema común; en la terapia uso de ilustraciones, gestos familiares, establecer/retirar contacto visual y cambios de tema. Estas estrategias compensatorias para lograr comunicarse implican que la persona con afasia se esfuerza y en ocasiones hay irritación, frustración y fatiga, factores que no se presentaban en situaciones comunicativas anteriores a la afasia. Esta situación entre el paciente y sus familiares se vive cotidianamente.

En las estrategias conversacionales se observa que CCG distribuye los turnos y los secuencia de modo similar a los otros hablantes en el hogar, es decir, CCG usa las estrategias de traslape y toma rápida de turnos tanto como los demás en conversación espontánea en contextos no controlados en contraste con la estructura de la terapia de lenguaje. CCG gusta de conversar, trata de mantener el piso en la conversación y en ocasiones el manejo que hace el paciente de los turnos siguen el formato de una discusión (turnos cortos, traslapes y robo de turnos).

Perkins, Body y Parker (1995) concluyen que a pesar del manejo que la persona con afasia hace de los turnos, los otros participantes, que ya conocen la forma en que el paciente estructura la conversación, pueden influir en la evolución de ésta y modificarla, mencionan que ciertos tipos de conductas lingüísticas anormales son producto de estrategias compensatorias funcionales. Por ejemplo, hablar compulsivamente puede ser un intento de mantener el turno para evitar revelar problemas de comprensión (Edwards y Garman, 1989), un aumento en el uso de estereotipos puede ser un medio de continuar la conversación a pesar de problemas de acceso lexical (Panzeri, Semenzay Butterworth, 1987)

Sacks, Schegloff y Jefferson (1974) proponen que los turnos siguen reglas para operar, los hablantes deben cambiar el turno al final de las emisiones y el hablante puede seleccionar quien toma el siguiente turno, estas reglas son entonces proyectivas, pues los hablantes usan evidencia del turno anterior para proyectar el turno siguiente. Hay ciertos fenómenos en la conversación que no se adaptan a las reglas de tomas de turnos como los marcajes “ajá” cuando el otro habla, en una emisión trunca cuando se invita al otro a interrumpir, e interrupciones estratégicas, es decir, las reglas de los turnos no reconocen estas señales como emisiones independientes o turnos, sin embargo estos traslapes y toma rápida de turnos son ampliamente utilizados en la conversación cotidiana (Clark, 1996; Abbeduto y Short-Meyerson, 2002).

Los familiares, al igual que el paciente, reportaron que para ellos representaba un problema que no los dejaran terminar de hablar, pero se observa que la cantidad de traslapes y toma de turnos rápida es similar para todos en el hogar, no se observa que la cantidad de personas participando en la interacción afecte (en la cena 4 personas y en el desayuno 7). Vale mencionar que al cuestionar a los familiares si la toma de turnos es problemática para el paciente, consideraron que para CCG no es conflictivo. Le Dorze y Brassard (1995) reportan que personas con afasia y sus cónyuges concuerdan en la presencia de ciertos problemas en la comunicación, pero hay desacuerdo en el grado del problema para el paciente. En la terapia de lenguaje nuestros hallazgos son similares con lo reportado en la literatura, donde la terapeuta tiene un papel dominante, de poder y puede tomar el turno con mayor libertad que en una conversación no estructurada (Togher, Hand y Code, 1997).

En ocasiones se observó que CCG no responde cuando es su turno o se le habla, al igual que los familiares, el observador considera que varias veces esta señal para rehusar interactuar fue voluntaria. Los familiares consideran que siempre que la falta de respuesta del paciente es intencional. Sin embargo, se observó que algunas ocasiones el paciente sólo requería que se redirigiera su atención para poder iniciar las secuencias de comunicación.

En conversaciones multiparticipantes, como las grabaciones en el hogar, la toma de turnos puede verse como una actividad competitiva donde los hablantes utilizan distintas técnicas para mantener el piso, algunas como toma rápida de turnos, repeticiones y elevar la voz. Kippli (1996) enfatiza que los problemas que un paciente con afasia presenta en el manejo de turnos no se pueden atribuir directamente a los problemas en el habla, las personas con afasia emplean otro tipo de señales como prolongar sonidos, cambiar su postura y dirigir la mirada.

Las acciones conjuntas son acumulativas, conforme avanza la conversación, se acumula la información compartida entre los hablantes y este conocimiento conjunto permite estructurar turno a turno la conversación. El manejo del tema es una estrategia conversacional que permite observar esto, los participantes introducen, mantienen y expanden los temas o idea general u objetivo general de la conversación.

En la terapia de lenguaje se observa que la terapeuta hace que el paciente practique habilidades lingüísticas específicas mientras mantiene el tema de conversación, si el paciente maneja el tema de forma recurrente (discusión), la terapeuta cierra la secuencia de interacción, esta estrategia de no comunicación cuando el paciente discute de manera reiterada, es usada frecuentemente en el hogar. Se observa que, aún en conversación, la rehabilitación se centra en la estructura del lenguaje; se requiere considerar la lengua como un vehículo social que se usa para multiplicidad de funciones (Schiffrin, 1988; Basso, 2003).

Los esfuerzos terapéuticos pueden ampliar su aproximación hacia un significado más amplio de comunicación óptima, donde se trabaje con los compañeros conversacionales para desarrollar estrategias efectivas para interactuar y resolver problemas de comunicación cotidianamente (Whitworth, Perkins, y Lesser, 1996). En la terapia el enfoque individualizado debe predominar sobre el general, pues aunque existen listas comprensivas de estrategias comunicativas, no se aplican a todos los conversadores: las mismas estrategias pueden ser útiles o no para los hablantes en situaciones similares (Penn, 1985) sin olvidar que el uso de estrategias está vinculado con el grado de déficit lingüístico que se presentan (Perkins y Lesser, 1993).

Con respecto al manejo del tema, en la terapia de lenguaje el paciente elabora el tema en secuencias de emisiones sin retroalimentación de la terapeuta. Este monólogo, aunque no construye nuevas acciones conjuntas, se usa como estrategia de la terapeuta para mostrar que se le pone atención. Estas sucesiones presentan aproximadamente tantos turnos como algunas intervenciones del paciente en el hogar, este es un claro ejemplo de la importancia del grado de familiaridad entre las personas que conversan con el paciente (Togher, Hand y Code, 1997).

El paciente bromea sólo en la terapia de lenguaje, aunque lo iniciara la terapeuta. En las entrevistas se reportó que CCG solía ser bromista pero en el hogar no se encontró ninguna intervención en ese sentido. Sin embargo, en el hogar se encontraron secuencias en las que los hijos y la nuera le hablaban al paciente con sarcasmo. En la literatura se encuentran referencias sobre el deterioro de las relaciones familiares y cómo en el discurso se refleja el desequilibrio de poderes (*power imbalance*) (Togher, Hand y Code, 1997) sin embargo, no se encontró ningún reporte en el que se describa la invalidación del paciente en la conversación.

La mayoría de las estrategias con las que la terapeuta redirige la atención del paciente para continuar la conversación se usaban en el hogar, excepto resumir la información previa para introducir una pregunta. Esta estrategia permite que se maneje la información por pequeños bloques, a veces evitando discusiones y reconociendo los problemas de comprensión del paciente. A pesar de estar informados del severo impedimento de lenguaje del paciente, los familiares consideran que CCG presenta problemas mínimos en la comprensión del lenguaje y que comprende todo al conversar. Se reporta en la literatura que los familiares no consideran

los problemas en la comprensión en casos de afasia severa quizá porque el problema expresivo es mucho más evidente (Le Dorze y Brassard, 1995). CCG presenta problemas de fluidez e inteligibilidad, pero presenta un uso adecuado de la calidad vocal, prosodia y gestos.

Los datos muestran que el paciente maneja los temas de forma recurrente con los familiares, creando discusiones y pleitos en casi todas las secuencias de comunicación. Los familiares reportan que prefieren no salir con CCG por no enfrentarse a una discusión con él en público. Le Dorze y Brassard (1995) mencionan que las expresiones inapropiadas de emociones repercuten significativamente en la esfera social; los familiares, particularmente el cónyuge, se abochornan de la conducta del paciente en público. Los compañeros conversacionales sienten irritación y se sobresaturan al comunicarse con la persona con afasia; sentimientos que antes no estaban permanentemente en la relación.

Una conversación se construye secuencialmente con las intervenciones de los participantes; cuando surgen problemas en la comunicación, los mecanismos de reparación permiten organizar y recuperar el significado de los que se está diciendo (Clark, 1996). En la interacción cotidiana la organización de los movimientos para reparar pueden solucionar rápida y eficazmente la fuente del problema, generalmente el mismo hablante corrige el problema y con menor frecuencia se emplean las reparaciones iniciadas por otros (Whitworth, Perkins y Lesser, 1996).

El modelo de procesos colaborativos (Clark, 1996) considera los problemas en la recepción, como individuales y conjuntos. En los primeros el participante detecta y corrige el problema sin el conocimiento o la intervención de otros participantes. Los problemas conjuntos se hacen explícitos en la conversación y requieren ser reparados públicamente, entre los hablantes, a través de acciones conjuntas.

Cuando CCG interactúa con un compañero conversacional que le es menos familiar, en ocasiones intenta resolver el problema en la comunicación de forma independiente, sin embargo, la mayoría de estas secuencias tuvieron que resolverse con la interpretación de otro participante. El paciente trató de encontrar las palabras apoyándose en gestos, pero la falta de conocimiento común entre los participantes jugó un papel importante para que el problema permaneciera.

En el hogar y en la terapia de lenguaje los otros participantes reparan los turnos del paciente diciendo lo que entendieron y esperando la respuesta de CCG, es decir, las reparaciones iniciadas por otros fueron resueltas conjuntamente.

En las secuencias de comunicación en el hogar los familiares generalmente pudieron seguir la conversación de CCG a pesar de los problemas expresivos, además las secuencias de reparación colaborativa en el hogar son cortas, en comparación con la terapia de lenguaje donde son mucho largas. Esto puede mostrar que los familiares son sensibles al déficit lingüístico y pueden ignorarlo para continuar la interacción. Aunque podría verse como un aspecto positivo en la comunicación de CCG con sus familiares, debe recordarse que CCG interactúa poco tiempo con ellos y aún en el tiempo que comparten, son frecuentes las secuencias en las que no hay interacción.

En ambos contextos se encuentra que CCG es parte de las secuencias en las que él es el tema de conversación y es excluido. Los hablantes prefieren hablar a los otros sobre el paciente que hablar con CCG, esto fomenta la estigmatización y la disminución de las expectativas de recuperación del paciente (Le Dorze y Brassard, 1995). Así, cuando en el hogar los participantes no pueden resolver el problema conjuntamente, terminan la secuencia de interacción, cambian el tema, otro habla por el paciente u obtienen la información de otra fuente. Cuando los problemas conjuntos no se resuelven consistentemente, el compañero conversacional puede menospreciar las habilidades conversacionales del paciente y generar un ciclo de indefensión (*helplessness*) (Whitworth, Perkins y Lesser, 1996).

La noción de reparación se sustenta en que alguno de los interlocutores carece de cierta información clave que se dio previamente para continuar la conversación. En el caso de CCG, en el hogar los interlocutores conocen la mayoría de los contenidos y pueden predecir lo que se va a hablar con el paciente (aspectos médicos, de economía familiar o de cómo era la vida anterior a la afasia). Es entonces que para los interlocutores no es necesario reparar la conversación en la mayoría de las situaciones y menos aún cuando CCG discute y pelea. Whitworth, Perkins y Lesser (1996) sugieren que la falta de reparaciones indica un alto grado de aceptación y adaptación al problema lingüístico del paciente, pero en las grabaciones se encuentra que a veces sólo es la decisión de ignorar a CCG.

Los movimientos conversacionales se refieren a las partes que integran los proyectos locales mínimos como el par adyacente, donde se integran las contribuciones individuales de los participantes a través de turnos que pueden abrir el intercambio, elaborarlo o cerrarlo. Estas contribuciones mínimas se denominan movimientos conversacionales.

En las secuencias de proyectos locales se observa que es más sencillo para el interlocutor continuar con el proyecto que inició el primer hablante. Cuando el segundo hablante altera el proyecto hay un rechazo de la primera propuesta y se establece la nueva propuesta. Cuando un hablante propone un proyecto, el otro puede completarlo, alterarlo, declinar completarlo o rehusar ser parte de él.

Se encuentra que en el hogar CCG utiliza preferentemente movimientos donde discute, protesta o se rehúsa a continuar la acción conjunta. Se sabe que el paciente aún antes del AVC discutía con frecuencia.

Aunque los hallazgos en CCG corresponden con lo publicado en trabajos especializados, hay elementos que no se plantean con claridad como la intolerancia de los familiares con respecto del paciente, la aceptación pasiva y “resignada” de la situación, el ambiente de discusión y pleito que predomina, la nula conexión con las actividades en terapia de lenguaje y la falta de voluntad para lograr cambios substanciales.

En función de lo antes expuesto para la rehabilitación de una persona con afasia no fluida, deben considerarse los elementos en las secuencias de interacción como las acciones conjuntas, las estrategias conversacionales y los movimientos en la conversación como base para otros ámbitos de la rehabilitación como los aspectos cognitivos y emocionales

También deberán considerarse factores como el cambio de responsabilidades de los familiares, el esfuerzo por coordinarse para atender las necesidades del paciente y razones económicas y por la parte del paciente, la pérdida de situaciones y ámbitos de comunicación, falta de planes para el futuro y pérdida de la calidad de vida.

Se lograron cumplir los objetivos ya que el modelo empleado permitió analizar y evaluar las secuencias comunicativas que conforman la conversación en la que uno de los interlocutores es un paciente con afasia no fluida, lo cual permitió aportar elementos de juicio para el tratamiento de pacientes con estas características.

En cuanto la hipótesis postulada, se demostraron diferencias cualitativas y cuantitativas en las secuencias comunicativas de un adulto con afasia no fluida e interlocutores que le son familiares en el hogar y en el ámbito terapéutico. La información generada puede impactar el desarrollo de la terapia y de la rehabilitación, en el sentido de aportar elementos que puedan generalizarse al ámbito del hogar en el uso social del lenguaje.

X. Conclusiones

1. La descripción de los elementos y de las secuencias de interacción en dos contextos, el hogar y la terapia, en los que uno de los participantes es un paciente con afasia no fluida se propone como un modelo útil para el estudio y la rehabilitación de la afasia no fluida.
2. La descripción de los tipos de acciones en la interacción (eventos, proyectos locales y no interacción), estrategias para el manejo conversacional (toma de turnos, reparaciones, manejo del tema) y movimientos conversacionales (apertura, elaboración y cierre) permitió avanzar en la comprobación de la hipótesis planteada en cuando a la diferencia cuantitativa y cualitativa en la comunicación del paciente con afasia fluida.
3. Aunque la terapeuta evalúa el grado de restricción en la participación social, en algún momento denominada discapacidad, por el grado de pérdida de habilidades lingüísticas, la familia y el paciente lo experimentan en la vida cotidiana pero no lo asimilan en un nivel de conciencia.
4. En la afasia, la capacidad para reintegrarse a la vida social está comprometida, lo que produce una restricción en todos los aspectos de la vida del paciente y crea una barrera de comunicación con la familia y grupo social; se pierden las relaciones establecidas y se produce el aislamiento social. La afasia como secuela o en su fase crónica se considera una enfermedad familiar, ya que, aunque no se reconozca el grado de intolerancia, de rechazo y de discriminación de la persona afásica, el elemento pragmático del lenguaje adquiere en sí mismo un significado característico.
5. La terapia de lenguaje requiere un enfoque como vehículo de comunicación social. El enfoque debe ser individual más que general. Se muestra la necesidad de un acercamiento individualizado para el desarrollo de estrategias que consideren el patrón único que se presenta en el impedimento lingüístico. Se debe puntualizar no en la presencia de errores, sino en los mecanismos que permitan la solución de la fuente del problema.
6. Ciertos tipos de conductas lingüísticas anormales son producto de estrategias compensatorias funcionales.
7. Si las habilidades residuales del paciente con afasia se menosprecian, se afectan los patrones de interacción subsecuente y pueden generarse ciclos de dependencia que discapacitan a la persona con el padecimiento
8. Las acciones conjuntas que se establecen y la cantidad y calidad de la información que se intercambia depende no del número de turnos o acciones conjuntas, dependen principalmente del grado de familiaridad de los participantes, es decir, del conocimiento común compartido. Las acciones conjuntas se coordinan por la presencia e identificación de señales deliberadas (verbales y no verbales) en circunstancias específicas.

9. Para establecer una acción conjunta, los participantes deben coincidir en la creencia de que son parte de la misma actividad común. Las actividades conjuntas se integran de secuencias de acciones, muchas de ellas coordinadas para formar una jerarquía de acciones conjuntas en las que se encuentra incremento progresivo de conocimientos comunes.
10. El manejo de turnos puede ser una actividad competitiva en conversaciones multiparticipantes con presencia de traslapes y toma rápida de turnos, los pacientes con afasia utilizan distintas técnicas para mantener la plataforma comunicativa.
8. Resta investigar si el manejo temprano de los aspectos pragmáticos del lenguaje puedan mejorar el pronóstico de recuperación de los casos con afasia fluida.

Anexo A

Corrientes en afasiología de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud

Clasifi- cación	Area de interés	Nombre	Objetivo	Evaluación
Impedimento	Centrado en el lenguaje Chapey (2001)	Enfoque sindromático o localizacionista	Se elicitaba el lenguaje en tareas específicas para clasificar y diagnosticar la afasia en grupos homogéneos o síndromes	La valoración está diseñada para evaluar aspectos del lenguaje pertinentes para el diagnóstico diferencial. Boston Diagnostic Aphasia Test (BDAE) (Goodglass y Kaplan, 1981) Western Aphasia Battery (WAB) (Kertesz, 1982)

Psicolingüística o neuropsicología cognitiva. Code, Rowley y Kertesz (1994)	El sistema de procesamiento de lenguaje se integra de módulos separados que pueden presentar alteración. Se busca encontrar el impedimento comparado con el modelo normal de procesamiento del lenguaje y cambiar el sistema alterado	Valoración sistemática para determinar qué componentes de las conexiones entre ellos están alterados, hay una variación controlada de estímulos. <i>Psycholinguistic assessment of language processing in aphasia</i> (PALPA) (Kay, Lesser y Coltheart, 1996)
Enfoque de estimulación Hildred (1969)	La afasia es un problema general y unitario que varía en la severidad	La afasia se relaciona sólo con el déficit en el área auditivo-verbal y la memoria a corto plazo

Actividad y discapacidad

Centrado en la comunicación

Enfoque funcional	Explotar el uso de habilidades	Inventarios de conductas
Lesser y Milroy, 1993	comunicativas del paciente para	observables o actuar
	que se comunique en situaciones	situaciones cotidianas
	de la vida cotidiana	Communicative Activities
		Daily Living Revised (CAL
		2) (Holland, 1980)
		Communicative Effectiveness
		Index (CETI)
		Edinburgh Functional
		Communication Profile (E
		Functional Communication
		Profile (FCP)
		ANELT
		Functional Communication
		Therapy Planner (Worrall,

Enfoque pragmático Lesser y Milroy, 1993	Optimizar la interacción en el entorno cotidiano. Busca satisfacer la necesidad comunicativa e interaccional del paciente	Observación natural y descripciones de la interacción con un protocolo inventado para analizar las observaciones Pragmatics Profile Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP), Functional Communication Profile (F Conversational Analysis Profile of Performance in Aphasia (CAPPA)
---	---	---

Enfoque de la invalidez	Más allá del lenguaje y o la comunicación.	Visión participative Pound, Parr, Lindsay and Woolf (2000)	Promueve una forma de vida saludable. Identifica las barreras para comunicarse y para ser incluido en la sociedad, busca maneras potenciales de dar solución ya que la identidad del paciente pudo haber cambiado con la afasia	No hay un procedimiento formal de evaluación. Las áreas a tratar se descubren las conversaciones y observaciones con el pacie Social Support Measures Quality of Life Measures Well-Being Measures (see Bowling 1995)
		Enfoque psicológico Parr, Byng and Gilpin (1997) Lyon, J. (1997) Lafond, Joannette, DeGiovani, Ponzio & Sarno (1992)	Apoyar al paciente, su familia y amigos a resolver los problemas de identidad por la afasia y apoya el proceso de adaptación al nuevo estilo de vida e identidad	La evaluación dependerá enfoque que se use, hay p valoraciones específicas p afasia VASES (Brumfitt & Sheera 1999), The Code-Muller protocols (1994)

Nota. Traducido de “Apuntes sobre problemas de lenguaje adquiridos” por K. Hilary y M. Cruice, 2004,
<http://www.city.ac.uk/lcs/lecturenotes/>. Recuperado Mayo 2005

Anexo B
Indicadores y definiciones operativas

Tabla B1

Indicadores y definiciones de las acciones en las secuencias de interacción del modelo colaborativo

Acciones en las secuencias de interacción		
Tipos		Definición
Acciones conjuntas mayores		
JE	Eventos o proyectos conjuntos extendidos	Conjunto de proyectos conjuntos, pares adyacentes y/o secuencias. Se agrupan porque todos ellos sirven a la misma función general o al mismo objetivo.
JP	Proyectos conjuntos	Proyectos conjuntos menores que JE, constituidos por pares adyacentes y secuencias. Se pueden identificar tres partes: Pre-secuencia/entrada Cuerpo Cierre
Proyectos locales		
JA	Par adyacente	Proyecto conjunto mínimo, constituido por dos movimientos, uno de cada participante.
JP	Proyectos conjuntos	Contienen más movimientos que los pares adyacentes y mantiene la misma estructura de pre-secuencia/entrada, cuerpo y cierre
JS	Sucesiones	Emisiones o movimientos donde hay intención comunicativa pero no hay señal clara del interlocutor para rechazar o desarrollar la acción conjunta.
No interacción		

SECUENCIAS DE COMUNICACIÓN EN UN PACIENTE CON AFASIA

JQ	Plática paralela sin CCG	Conversación que se lleva durante la presencia de CCG sin incluirlo, aunque CCG es el tema de conversación.
JR	Plática paralela	Conversación que se realiza con CCG presente, el tema no implica directamente a CCG.
JC	Copresencia	No se considera intercambio, los participantes se encuentran en presencia uno del otro sin intención comunicativa

Tabla B2

Indicadores y definiciones de estrategias conversacionales en las secuencias de interacción

Estrategias conversacionales		
Tipos		Definición
Tema		
MF	Manejo recurrente del tema	Manejo consistente o recurrente de temas
MI	Mantener el tema	El participante continúa en el tema de conversación
MN	Iniciar un tema nuevo	Introduce un tema nuevo
MA	Expandir el tema anterior	Continúa con el tema anterior aunque el hablante cambió de tema y añade información sobre el tema previo
ME	Expande tema presente	Amplía el tema presente añadiendo información
Toma de turnos		
TO	Traslape	Un interlocutor inicia su intervención traslapando emisiones con el hablante anterior
TP	Toma rápida de turno.	El interlocutor inicia su turno tan pronto como hay una pausa del hablante, robando el turno.
Reparación		
PP	Independiente, repara sus propios errores	Se da cuenta del error e inicia la reparación
PS	Ayuda, repara su turno pero fue iniciado por el otro	El otro informa que la información no fue clara y el primer hablante inicia la reparación
PO	Al otro, repara el turno del otro.	La transmisión no fue clara y el interlocutor inicia la reparación del hablante anterior pues la transmisión no fue clara

Tabla B3

Indicadores y definiciones de movimientos conversacionales en las secuencias de interacción

Tipos de movimientos conversacionales	
Apertura o inicio	
BI	Busca iniciar o interactuar
ID	Directivo, imperativo
IF	Inicia repitiendo la misma frase de secuencia anterior.
IG	Facilitación auditiva, visual, o táctil
IH	Inicia peleando, reclamando
IL	Introducción a acción conjunta, para centrar la atención
IQ	Preguntas
IS	Iniciar con una declaración
OI	Inicio por otro que no formaba parte de la interacción que rompe el intercambio original
Elaboración	
CA	Está de acuerdo con la forma en que se interpretó o comprendió su emisión
CD	Continúa el directivo o imperativo
CE	Continua explicando, ampliando emisión anterior
CH	Protesta, discutir, continúa dando argumentos
CQ	Continúa pregunta
Cierre o respuesta	
RA	Respuesta adecuada, el otro está satisfecho con la respuesta
RC	Pedir clarificación: que?
RG	Terapeuta proporciona facilitación a CCG táctil/auditiva/visual
RH	Responde peleando, discutiendo
RM	Marcaje: ajá, sí.
RN	No hay respuesta, es una pausa, el codificador no puede interpretar la emisión, pues no hay señal explícita del oyente que interprete significado de emisión.
RP	Repite emisión, rephrasear emisión anterior
RR	Se niega a interactuar (mirando al piso, ignorando)
RU	Busca la palabra o respuesta estereotipada
OR	Respuesta que es dada por otro que no formaba parte de la interacción e interrumpe el intercambio original
Otros	
SC	La persona se encuentra en copresencia
YY	Movimiento que no se puede interpretar
WW	Emisiones no transcritas
	Calidad de los movimientos
B	Broma
R	Triangulación de información
S	Sarcasmo, comentario para molestar o agredir

Anexo C

Notación para la transcripción

Símbolos usados en la transcripción

Símbolo	Significado
xx	Habla ininteligible, considerada palabra
xxx	Habla ininteligible, no considerada palabra
www	Material no transcrito
0	Acciones sin habla
&=texto	Evento local como silbido, gruñido, grito
#	Pausa entre palabras
+...	Emisión sin terminar
+!?	Pregunta con admiración, exclamación
+/.	Interrupción
+/?	Interrupción de una pregunta
+^	Toma de turno rápida
[!= Texto]	Prosodia
[>]	Continúa traslape
[<]	Precede traslape
<texto> [<>]	Traslape, continúa y precede

Anexo D
Confiabilidad intraobservador en las secuencias de interacción

Tabla D1.

Análisis de la conversación. Frecuencia de acuerdos de eventos comunicativos

Matriz de acuerdos de acciones conjuntas de orden mayor												
2ª calificación	1ª calificación											
	Hogar						Terapia de lenguaje					
	JE ⁺	JP ⁺⁺	JQ [*]	JR ^{**}	JC ⁻	Total	JE	JP	JQ	JR	JC	Total
	0	31	0	0	0	31	0	13	0	0	0	13
JE	454	0	0	0	0	454	737	0	0	0	0	737
	10	0	6	1	0	17	3	0	0	0	0	3
JP	0	46	0	0	0	46	0	26	0	0	0	26
	0	7	0	2	1	10	2	0	0	0	0	2
JQ	0	0	39	0	0	39	0	0	4	0	0	4
	3	1	3	0	3	10	0	0	0	0	0	0
JR	0	0	0	15	0	15	0	0	0	0	0	0
	2	1	2	3	0	8	0	0	0	0	0	0
JC	0	0	0	0	22	22	0	0	0	0	1	1
Total	469	86	50	21	26	652	742	39	4	0	1	786

Nota. El primer renglón es la frecuencia de desacuerdos y el segundo, la frecuencia de acuerdos.

+ Proyecto conjunto extendido (JE), ++ Proyecto conjunto (JP), * Plática paralela sin CCG (JQ), ** Plática paralela sin CCG (JR), - Copresencia(JC)

Tabla D2.

Análisis de la conversación. Frecuencia de acuerdos de acciones conjuntas

Matriz de acuerdos de acciones conjuntas de orden menor								
2ª Calificación	1ª Calificación							
	Casa				Terapia de lenguaje			
	JA ⁺	JP ⁺⁺	JS ^o	Total	JA	JP	JS	Total
	1	32	18	51	0	12	5	17
Par adyacente (JA)	212	0	0	212	336	0	0	336
	16	0	5	21	9	2	0	11
Proyecto conjunto (JP)	0	246	0	246	0	347	0	347
	8	2	3	13	0	0	0	0
Secuencia (JS)	0	0	12	12	0	0	67	67
Total acciones conjuntas	237	280	38	555	345	361	72	778

Nota. El primer renglón es la frecuencia de desacuerdos y el segundo, la frecuencia de acuerdos.

+ Par adyacente (JA) ++ Proyecto conjunto (JP) °Secuencia (JS)

Tabla D3.

Análisis de la conversación. Frecuencia de acuerdos de estrategias conversacionales: manejo del tema

Matriz de acuerdos de estrategias conversacionales en el hogar												
Manejo del tema												
2ª Calificación	1ª Calificación											
	Casa						Terapia de lenguaje					
	MF	MI	MN	MA	ME	Total	MF	MI	MN	MA	ME	Total
	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0
Tema favorite (MF)	8	0	0	0	0	8	1	0	0	0	0	1
	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	3
Nuevo tema (MI)	0	4	0	0	0	4	0	5	0	0	0	5
	1	1	0	2	0	4	0	0	0	2	1	3
Mantener el tema (MN)	0	0	20	0	0	20	0	0	19	0	0	19
	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
MA	0	0	0	8	0	8	0	0	0	3	0	3
	0	0	0	3	0	3	1	0	1	1	0	3
Expandir el tema (ME)	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	24	24
Total manejo del tema	9	6	21	15	8	59	2	6	20	8	26	62

Nota. El primer renglón es la frecuencia de desacuerdos y el segundo, la frecuencia de acuerdos.

Tabla D4.

Análisis de la conversación. Frecuencia de acuerdos de estrategias conversacionales: movimientos de reparación

Matriz de acuerdos de estrategias conversacionales									
Reparación									
		1ª Calificación							
		Hogar				Terapia de lenguaje			
2ª Calificación		PP	PS	PO	Total	PP	PS	PO	Total
PP		0	2	0	2	0	2	0	2
		9	0	0	9	9	0	0	9
		0	0	0	0	0	0	0	0
PS		0	3	0	3	0	3	0	3
		1	1	1	3	1	1	1	3
PO		0	0	17	17	0	0	17	17
Total movimientos de reparación		10	6	18	34	10	6	18	34

Nota. El primer renglón es la frecuencia de desacuerdos y el segundo, la frecuencia de acuerdos.

Tabla D5.

Análisis de la conversación. Frecuencia de acuerdos de estrategias conversacionales: toma de turnos

Matriz de acuerdos de estrategias conversacionales						
Toma de turnos						
2ª Calificación	1ª Calificación					
	Hogar			Terapia de lenguaje		
	TO	TP	Total	TO	TP	Total
	2	3	5	2	3	5
Traslape de turnos (TO)	57	0	57	80	0	80
	1	1	2	1	1	2
Toma rápida del turno (TP)	0	12	12	0	22	22
Total toma de turnos	60	16	76	83	26	109

Nota. El primer renglón es la frecuencia de desacuerdos y el segundo, la frecuencia de acuerdos.

Tabla D6.

Análisis de la conversación. Frecuencia de acuerdos de movimientos conversacionales

Matriz de acuerdos de movimientos conversacionales								
2ª Calificación	1ª Calificación							
	Casa				Terapia de lenguaje			
	Inicio	Elab.	Resp.	Total	Inicio	Elab.	Resp.	Total
	16	6	6	28	16	7	0	23
Inicio	158	0	0	158	250	0	0	250
	1	5	0	6	2	2	6	10
Continuación	0	99	0	99	0	181	0	181
	7	3	13	23	10	7	11	28
Respuesta	0	0	202	202	0	0	269	269
Total movimientos	182	113	221	516	278	197	286	761

Nota. El primer renglón es la frecuencia de desacuerdos y el segundo, la frecuencia de acuerdos.

Bibliografía general

- Abbeduto, L y Short-Meyerson, K. (2002) Linguistic influences on social interaction. En S. Warren y J. Reichle (Eds.). *Communication and language series*. (Vol. 10: Promoting social communication). Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Achard, Marie, Bilet, Lévi, Léri y Laignel-Lavastine (1911). *Sémiologie Nerveuse*. En A. Gilbert y L. Thoinot. (Eds.). *Traité de Médecine et de Therapeutique*. Fascículo 31. Paris: Librairie J.-B. Bailliére et fils
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American psychological association*. Washington: APA
- Austin, J. (1962). *How to do things with words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Armus, S.R., Brookshire, R.H., y Nicholas, L. E. (1989). Aphasic and non-brain-damaged adults knowledge of scripts for common situations. *Brain and language*. 36, 518-528
- Avent, J., Wertz, R., y Auther, L. (1998). Relationship between language impairment and pragmatic behavior in aphasic adults. *Journal of Neurolinguistics*. 11 (1-2), 207-221
- Bakeman, R., y Gottman, J. (1997). *Observing interaction*. Nueva York: Cambridge University Press
- Ball, M., Davies, E., duckworth, M., y Middlehurst, R. (1991). Assessing the assessments: a comparison of two clinical pragmatic profiles. *Journal of communication Disorders*, 24, 367-379.
- Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. Oxford: Oxford University Press
- Bates, E., Hamby, S., y Zurif, E. (1983). The effects of focal brain damage on pragmatic expression. Special issue on brain and language (Doreen Kimura, Ed.). *Canadian Journal of Psychology*, 37, 59-63.
- Blonder X. L. (2000). Language use. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 284-295) New York: The Guilford Press.
- Bloom, L. y Lahey M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley
- Breasted, J.H. (1930). *The Ewin Smith surgical papyrus*. Chicago: Universtiy of Chicago Press En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press.
- Brenneise-Sarshad, R., Nicholas, L.E., y Brookshire, R.H. (1991). Effects of apparent listener knowledge and picture stimuli on aphasic and non-brain-damaged speakers' narrative discourse. *Journal of speech and hearing research*. 34 (1), 168-76.

- British Society of Rehabilitation Medicine.(1998). *Rehabilitation after traumatic brain injury*. London: British Society of Rehabilitation Medicine.
- Broca, P. (1863). Localisations des fonctions cérébrales: Siège du langage articulé. *Bulletins de la Société d'Anthropologie*, 4, 200-204. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press
- Chapey, R. (2001) *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 4th edition, Baltimore: Lippincott
- Clark, H. (1996). *Using language*. Great Britain: Cambridge University Press
- Code, C., Rowley, D., Ketesz, A. (1994). Predicting recovery form aphasia with connectionist networks: preliminary comparisons with multiple regression. *Cortex*, 30(3), 527-532
- Cole, P.R. (1982). *Language Disorders in preschool children*. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall
- [Crary, M.](#) y [Gonzalez Rothi, L.](#) (1989). Predicting the Western Aphasia Battery Aphasia Quotient. [*Journal of Speech and Hearing Disorders*](#). 54(2):163-6.
- Davis, G.A. (1993). *A survey of adult aphasia and related language disorders*. New Jersey: Prentice Hall.
- De Saussure, F. (1985). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada
- Dirección General de Epidemiología. Sistema Unico de Información para la vigilancia epidemiológica. (2003) Incidencia de los casos nuevos de enfermedad por grupo de edad. Estados Unidos Mexicanos. México D.F.:SSA
- Duranti, A., y Goodwin, C. (1992). *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press
- Edwards, S. y Garman, M. (1989). Case study of a fluent aphasic: the relation between linguistic assesement and therapeutic intervention. En P. Grunwell y A. James (Eds.), *The Functional Evaluation of Language Disorders*. London: Croom Helm
- Feinberg TE, Farah M (Eds) (2003). *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. Nueva York: McGraw-Hill
- Ferguson, A. y Elliot, N. (2001). Analysing aphasia treatment sessions. *Clinical Linguistics and Phonetics*. 15 (3): 229-243
- Ferro, J., y Kertesz, A.. (1987). Comparative classfication of aphasic disorders. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 9(4), 365-75

- Finger, S., Koehler, P. y Jagella, C. (2004). The Monakow concept of diaschisis. *Archives of Neurology*, 61(2):283-288
- Gallagher, T.M. (1991). *Pragmatics of language: clinical practice issues*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Geschwind, N., (1971). Aphasia, *New England Journal of Medicine*, 284, and 654-656
- Geschwind, N. (1972). Review of *Traumatic aphasia* by A.R. Luria. *Language*, 48, 755-763. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press.
- Gillen, R., Tennen, H., Affleck, G. (1998). [Distress, depressive symptoms, and depressive disorder among caregivers of patients with brain injury](#). *The Journal of head trauma rehabilitation*. 13(3): 31-43
- Glosser, G., y Deser, T. (1991). Patterns of discourse production among neurological patients with fluent language disorders. *Brain and Language*, 40 (1), 67-88.
- Glosser, G., Weiner, M., y Kaplan, E. (1988) Variations in aphasic language behaviours. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 115-125
- Goffman, E. (1961). *Encounters: two studies in the sociology of interaction*. Indianapolis: Bobbs-Merrill. En A. Duranti y C. Goodwin (1992). *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- [Goldberg](#), E. (Ed.). (1990). *Contemporary Neuropsychology and the Legacy of Luria* Hilsdale: LEA
- Goodglass, H. and Kaplan, E. (1981) The Assessment of Aphasia and Related Disorders: The Boston Diagnostic Aphasia Examination Lea and Febiger, Philadelphia. [Boston or BDAE]
- Goodwin, C., y Duranti, A. (1992). *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*. Gran Bretaña: Cambridge University Press.
- Green, G. (1984). Communication in aphasia therapy: some of the procedures and signs involved. *British Journal of Disorders of Communication*. 29, 35-46.
- Grice, H. (1975). Logic and conversation. En P. Cole y J. Morgan (Eds) *Syntax and semantics 3: Speech acts*. (pp41-59) Nueva York: Academic Press
- Halliday, M.A.K. (1977). *Learning how to mean: Explorations in the development of language*. New York: Elsevier.

- Heilman, K.M., Bowers, D., y Vlenstein, E, (1993). Emotional disorders associated with neurological disease. In K.M. Heilman y E. Valenstein (Eds.), *Clinical neuropsychology* (3a ed., pp. 461-497). New York: Oxford University Press.
- Helm-Estabrooks, N. (1983). Exploiting the right hemisphere for language rehabilitation: melodic intonation therapy. In E. Perecman (Ed.), *Cognitive Processing in the Right Hemisphere*. New York: Academic Press.
- Hengst, J. (2003). Collaborative referencing between individuals with aphasi and routine communication partners. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46 (4), 831-848
- Hengst, J., Frame, S., Neuman-Stritzel, T., y Gannaway, R. (2005). Using others' words: conversational use of reported speech by individuals with apahasia and their communication partners. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 48 (1), 137-156
- Heritage, J. (1989). Current developments in conversation análisis. En D. Roger y P. bull (Eds). *Conversation*. (pp.19-47) Filadelfia: Multilingual Matters.
- Herrmann, M., y Wallesch, C.W. (1989). Psychosocial changes and psychosocial adjustment with chronic and severe nonfluent aphasia. *Aphasiology*. 3, 513-526.
- Hilary, K. y Cruice, M. (2004). Apuntes sobre problemas de lenguaje adquiridos. <http://www.city.ac.uk/lcs/lecturenotes/>. Recuperado Mayo 2005
- Hildred, S., Shaw, R. y Brewer, W. (1969). A psycholinguistic approach to stody of the lanuage deficit in aphasia. *Journal of Speech &Hearing Research*, 12 (4), 794-806
- Hillis, A. (2002). Does the right make it right? Questions about recovery of language after stroke. *Annals of neurology*. 51(5): 537-8
- Holland, A. (1977). Some practical considerations in aphasia rehabilitation. M. Sullivan y M. S. Kommers (Eds) .*Rationale for Adult Aphasia Therapy*. Omaha: University of Nebraska
- Holland, A. (1980) Communication Abilities in Daily Life. University Park Press, Baltimore [CADL]
- Holland, A. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 47, 50-56
- Holland, A. (1991). Pragmatic aspects of intervention in aphasia. *Journal of Neurolinguistics*, 6, 197-211.
- Holland A. (1999). Treatment efficacy: Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*,39(5), 27-36
- Hymes, D. (1972). On communicative competente. En J.B. Pride y J. Colmes (Eds.), *Sociolinguistics* (pp. 269-285). Harmondsworth, Inglaterra: Penguin.

- Jackson, J.H. (1878-1879). On affectations of speech from disease of the brain. *Brain*, 1, 304-330. (Reprinted in *Brain*, 38). En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press
- Jakobson, R. (1929), *aromantic Panslavisam-New Slavic Studies*. En *Selected Writings 1971:2*. Tomado de www.pres.jhy.edu/books/hopkins_guide_to_literaty_theory/structuralism.html
- Joanette, Y. y Ansaldo, I. (1999). Clinical note: achquired pragmatic imparimens and aphasia. *Brain and language*, 68, 529-534
- Joanette, Y., y Brownell, H.H. (Eds.). (1990). *Discourse ability and brain damage: Theoretical and empirical perspectives*. New York:Springer-Verlag.
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation a challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2 15-28
- Kagan, A. y Gailey, G.E. (1993). Functional is not enough: training conversation partners for aphasica adults. In A.L.Holland and M.M. Forbes (Eds) *Aphasia Treatment: World Perspectives*. London: Chapman Hall.
- Kay, J., Lesser, R, y Coltheart, M. (1996) Psycholinguistic assessments of language processing in aphasia (PALPA): an introduction. *Aphasiology*, 10920, 159-180
- Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Kertesz, A., y McCabe, P. (1977) Recovery patterns and prognosis in aphasia. *Brain*, 100, 1-18
- Kippli, A. (1996). *Conversation as an achievement in aphasics*. Studia Fennica Lingüística vol. 6, Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura
- Kirchner, D.M. y Skarakis-Doyle, E. (1983). Developmental language disorders: a theoretical perspevice. En T.M. Gallagher y C.A. Pruting (Eds.). *Pragmaic assessment and inervention issues in language*. (pp. 215-246). San Diego: College Hill.
- Krashen, S. (1981). *Second Language Acquisition and Second Language Learning*. Oxford: Penguin
- Kreiman, J., Gerrat, B., Kempster, G., Erman, A. y Berke, G. (1993). Perceptual evaluation of voice quality: review, tutorial, and framework for future research. *Journal of Speech and Hearing Research*, 3, 21-40
- Lafond, D., Joanette, Y., Ponzio, J., Degiovani, R., y Taylor Sarno, M. (Eds.). (1993). *Living with aphasia: psychological issues*. San Diego: Singular Publishing Group.

- Le Dorze, G. y Brassard, C. (1995) A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*. 9, 239-255
- Lesser, R. y Milroy, L. (1993). *Linguistic and aphasia*. Londres: Longman.
- Levinson, S. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lichtheim, L. (1885). On aplasia. *Brain*, 7, 433-484 en Roth, H. y Heilman, H. (2000) *Aphasia: a historical perspective*. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press
- Linebaugh, C.W., Marguiles, C.P., y Mackisack, E.L. (1985). Contingent queries and revisions used by aphasic individuals and their most frequent communication partners. In R.H. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference proceedings* (pp. 229-236). Minneapolis, MN: BRK.
- Lubinski, R. (1991). Learned helplessness: application to communication of the elderly. En R. Lubinski (Ed.). *Dementia and Communication*. Philadelphia: B.C. Decker.
- Lubinski, R., Duchan, J., y Weitzner, Lin, B. (1980). Analysis of breakdowns and repairs in aphasic adult communication. In R.H. Brookshire (Ed.), *Clinical Aphasiology Conference proceedings* (pp. 111-116). Minneapolis, MN: BRK.
- Luria, A.R. (1970). The functional organization of the brain. *Scientific American*, 222(3), 66-78
- Luria, A. R. (1970). *Traumatic Aphasia: Its Syndromes, Psychology, and Treatment*, Paris: Mouton & Co. N.V.
- Lyon, J. (1998). *Coping with aphasia*. Singular: San Diego, CA.
- MacWhinney, B. (2000). *The CHILDES project* (3a. ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Manzo, J.F., Blondre, L.X., y Burns, A.F. (1995). The social-interactinal organization of narratives and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 307-327.
- Martin, J.R. (1992). *English text*. Netherlands: John Benjamin Publishing Company
- McTear, M.F. (1985). Pragmatic disorders: a question of direction. *British Journal of Disorders of Communication*. 20, 119-127
- Meuse, S., y Marquardt, T.P. (1985). Communicative effectiveness in Broca's aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 18(1), 21-34.
- Milroy, L., & Perkins, L. (1992). Repair strategies in aphasic discourse: Towards a collaborative model. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 61(1-2), 27-40.

- Morris, C. (1938). Foundations of the Theory of signs. En Carnap, R. et al (Eds). *Internacional Encyclopedia of Unified Science*, 2, 1, Chicago: The University of Chicago Press
- Murdoch, B. (1990). *Acquired speech and language disorders: A neuroanatomical and functional neurological approach*. Chapman & Hall: London.
- Nadeau, S, Gonzalez L, y Crosson, B (2000). *Aphasia and Language*. New York: The Guilford Press.
- Nieto-Sampedro, M. (1996): Plasticidad neural: una propiedad básica que subyace desde el aprendizaje a la reparación de lesiones. . En Mora, F. (Ed) *El Cerebro íntimo: Ensayos de neurociencias*.(pp89-126) España: Ariel Neurociencia
- Ninio, A y Snow C. (1996). *Pragmatic Development*.Harvard:Westview press
- Ninio, A., Wheeler, P., Snow, C.E., Pan, B.A., & Rollins, P.R., (1990). Inventory of Communicative Acts-Abridged (INCA-A): A coding manual. Unpublished Manuscript. Harvard Graduate School of Education.
- Panzeri, M. Semenza, C. y Butterworth, B. (1987). Compensatory processes in the evolution of severe jargon aphasia. *Neuropsychologia*, 25, 919-933.
- Paradis, M. (1998). *Pragmatics in neurogenic communication disorders*. New York: Pergamon Press
- Parr, S. (2001). [Psychosocial Aspects of Aphasia: Whose Perspectives?](#) *Folia Phoniatria et Logopaedica* 53 (5): 266-288
- Parr, S., Byng, S. y Gilpin, S. (1997) *Talking About Aphasia: Living with Loss of Language after Stroke*. Milton Keynes: Open University Press.
- Penn, C. (1985). Compensatory strategies in aphasia: behavioural and neurological correlates. En K.W. Grieve y R.D. Giesel (Eds.) *Neuropsychology III*. Pretoria: Monicol
- Penn, C.(1987). Pragmatic profiling of adult language pathology: an exercise in clinical linguistics, *Journal of African Studies*, 46: 307-27
- Penn, C. (1993). Aphasia therapy in South Africa: Some pragmatic and personal perspectives. En A.L. Holland y M.M. Forbes (Eds.). *Aphasia treatment: world perspectives* (pp.25-53). San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Penn, C. (1999). Pragmatic assessment and therapy for persons with brain damage: what have clinicians gleaned in two decades?. *Brain and language*, 68 535-552
- Pekins, L. (1995). An exploration of the impact of psycholinguistic impairments on conversational ability in aphasia. *International Journal of Psycholinguistics*, 11, 167-188

- Perkins, L. (1995). Applying conversation analysis to aphasia: clinical implications and analytic issues. *European Journal of Disorders of Communication*. 30, 372-383.
- Perkins, L y Lesser, R. (1993). Pragmatics applied to aphasia rehabilitation. En M. Paradis (Ed.), *Foundations of aphasia rehabilitation* (211-245). Oxford: Pergamon Press.
- Perkins, M., Body, R y Parker, M. (1995) Closed head injury: assessment and remediation of topic bias and repetitiveness. En M. Perkins y S. Howard (Eds) *Case Studies in Clinical Linguistics* (292-320). London: Whurr Publishers.
- Pride, J.B., y Colmes, J. (1972), *Sociolinguistics*. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin.
- Prutting, C.A. (1982). Pragmatics as social competente. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 123-133
- Prutting, C., y Kirchner, D. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 52, 105-119
- Pound, C., Parr, S., y Duchan, J. (2001). [Using partners' autobiographical reports to develop, deliver, and evaluate services in aphasia](#) *Aphasiology*. 15 (5):477-493
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf, C. (2000) *Beyond Aphasia: Therapy for Living with Communication Disability*. Winslow Press; Buckinghamshire.
- Robey, R.R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 172-187.
- Roth, H. y Heilman, H. (2000) *Aphasia: a historical perspective*. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press,
- Sacks, H. (1992). *Lectures on conversation*. Oxford: Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E., y Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turntaking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Sarno, M (1993). [Aphasia rehabilitation: psychosocial and ethical considerations](#). *Aphasiology*. 7(4): 321-34
- Schegloff, E. (1979). The relevance of repair to syntax'for'conversation. En T. Givon (Ed.) *Syntax and Semantics 12: Discourse and Syntax*. (pp.261-286). New York; Academic Press.
- Schegloff, E.A. (1988). Discourse as an interactional achievement: II. An exercise in conversation analysis. In D. Tannen (Ed.), *Linguistics in context: Connecting observation and understanding* (pp. 135-158). Norwood, NJ: Ablex.
- Schegloff, E., Jefferson, G y Sacks, H. (1977). The preference of self-correction in the organization of repair in conversation. *Language* 53, 361-382

- Schiffrin, D. (1988). Conversation analysis, In J. Frederick (Ed.) *Linguistics: The Cambridge Survey*. pp. 251-276. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schuell, H. (1964). *Aphasia in Adults*. N.Y: Hoeber Medical Division, Harper
- Searle, J. (1969). *Speech acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Secretaría de Salud (1997). Anuario Estadístico 1996, Dirección General de Estadística e Informática.
- Silvast, M. (1990). Conversation analysis and the study of interaction in aphasia. In M. Leiwo y R. Aulanko (Eds.) *Studies in Logopedics and Phonetics I*. (pp 199-210). Helsinki: Department of Phonetics. Series B: Phonetics, Logopedics and Speech Communication 2
- Simmons-Mackie, N.N. y Damico, J.S. (1996). The contribution of discourse markers to communicative competence in aphasia. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 5, 37-43
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Springer S.P., y Deutsch G. (1989). *Left Brain, Right Brain*. New York: W. H. Freeman & Co.
- Swinney, D.(1998). *Aphasia*. The MIT Encyclopedia of Cognitive Science. http://psy.ucsd.edu/lcnl/LCNL_main_page/Publications_PDF/1999_Swinney.pdf
- Taylor, M. (1969). *The functional communication profile*. New York: New York University Medical Center. Institute of Rehabilitation Medicine
- Taylor S, M. (1997). Quality of life in aphasia in the first post-stroke year. *Aphasiology*, 11(7):665-679
- Taylor, S.J., y Bodgan, R. (1989). *Metodologías Etnográficas*. Barcelona: Paidós.
- Togher, L., Hand, L., y Code C. (1997). Analyzing discourse in the traumatic brain injury population: telephone interactions with different communication partners. *Brain Injury*, 11 (3), pp. 169-189
- Togher, L., (2001). Discourse sampling in the 21st century. *Journal of Communication Disorders*. 34, 131-150
- Trousseau, A. (1864). De l'aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie. *Gazette Hopitaux Civils Militaires*, 37, 13-14, 25-26, 37-39, 49-50 en Roth, H. y Heilman, H. (2000) *Aphasia: a historical perspective*. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press.

- Ullatowska, H.K., Allard, L., y Chapman, S.B. (1990). Narrative and procedural discourse in aphasia. En Y. Joanette y H. H. Brownell (Eds.), *Discourse ability and brain damage: Theoretical and empirical perspectives* (pp.180-198). New York: Springer-Verlag.
- Ulatowska, H.K., Allard, L., Reyes, B.A., Ford, J., y Chapman, S. (1992). Conversational discourse in aphasia. *Aphasiology*, 6(3), 325-331.
- Ulatowska, H.K. y Chapman, S.B. (1994). Discourse macrostructure in aphasia. En R.L. Bloom, L.k: Obler, S.De Santi y J. Ehrlich (Eds.=, *Discourse analysis and applications: Studies in adult clinical populations* (pp. 29-46). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ulatowskka, H., Freedman R, Weiss D, Vacaluso S, North J. (1983). Production of narrative discourse in aphasia, *Brain and Language*, 19:317-334
- Wernicke, C (1884). *The aplasia Symptom coplex: A psychological study on an anatomical basis*. En Roth, H. y Heilman, H. (2000) *Aphasia: a historical perspective*. En S. Nadeau, L. Gonzalez y B. Crosson. (Eds.). *Aphasia and Language*. (pp. 3-28) New York: The Guilford Press.
- Weylam, S.T., Brownell, H.H., Roman, M. y Gardner, H, Appreciation of indirect requests by left- and right-brain damaged patients: the effect of verbal context and conventionality of wording. *Brain and Language*, 1989, 36: 580-91
- Whitworth,A., Perkins, L., y Lesser, R. (1996). *Conversation analysis profile for people with aphasia (CAPPA)*. Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Xenakis-Blonder, L. (2000). Language use. En S.E. Nadeau (Ed.). *Aphasia and language: theory to practice*. (p.p. 284-299) Guilford Pblisher.
- Zaidel, E. (1978). Auditory language comprehension in the right hemisphere following cerebral commissurotomy and hemispherectomy: a comparison with child language and aphasia. En A. Caramazza & E. Zurif (Eds), *Language Acquisition and Language Breakdown*. Baltimore: Johns Hopkins University Press