

SOBRE LA IMBRICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE LA ENTONACIÓN Y MARCADORES DISCURSIVOS EN LA AFASIA DE WERNICKE

ON THE INTERWEAVING OF FUNCTIONS OF INTONATION AND DISCOURSE MARKERS IN WERNICKE'S APHASIA

Érika Mendoza Vázquez

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOLÓGICAS,
CENTRO DE LINGÜÍSTICA HISPÁNICA JUAN M. LOPE BLANCH

Josaphat Guillén Escamilla

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA, FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

RESUMEN

La afasia de Wernicke es un trastorno neurológico, caracterizado principalmente por los déficits en la comprensión y expresión del lenguaje. En las descripciones clínicas más extendidas se sostiene que estos pacientes tienen problemas para comprometerse en cualquier tipo de conversación, ya que son incapaces de gestionar la interacción. Por otra parte, también se ha descrito que carecen de un nivel discursivo, pues sus intervenciones son un conjunto de enunciados enlazados al azar. En este trabajo discutiremos estas descripciones. A través del análisis prosódico y de posición del marcador discursivo ¿no?, mostraremos que nuestro paciente conserva ciertas habilidades para gestionar y comprometerse con el intercambio comunicativo, y no solo eso, además, monitorea constantemente la conversación para verificar la atención o ratificar el acuerdo con su interlocutor, lo que podría sugerir que los pacientes están conscientes de su condición.

PALABRAS CLAVE: marcadores de control de contacto; gestión de la interacción; configuraciones tonales; conversación; prosodia

ABSTRACT

Wernicke's aphasia is a neurological condition characterized mainly by a deficit in linguistic understanding and production. Most of the clinical descriptions state that patients affected by this disorder cannot engage in conversation, since they are unable to manage any verbal interaction. Additionally, these patients have been described as lacking a discursive level, since their conversational interventions are a set of randomly bound utterances. This work discusses these descriptions. Through a prosodic analysis of the discursive marker ¿no? and an analysis of its position within the patients interventions we observed that our patient shows some skills to manage and engage in a communicative interaction; besides, they constantly track the conversation to confirm the level of attention and understanding of their interlocutor. This suggests that these patients are aware of their clinical condition.

KEYWORDS: markers of control contact; management of the interaction; intonational contours; conversation; prosody

Fecha de recepción del artículo: 27 de enero de 2015
Fecha de recepción de la versión revisada: 4 de diciembre de 2015
Fecha de aceptación: 26 de enero de 2016

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a:
Érika Mendoza Vázquez
Centro de Lingüística Hispánica Juan M. Lope Blanch
Instituto de Investigaciones Filológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Circuito Mario de la Cueva s/n
Ciudad Universitaria, Coyoacán
Ciudad de México
México, 04510
emvazquez03@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La afasia de Wernicke es un trastorno del lenguaje provocado por un daño en el hemisferio izquierdo, en el lóbulo temporal, en la zona conocida como 22 de Brodmann. Esta patología se caracteriza por un habla fluida pero desorganizada y por la pérdida del oído fonemático, es decir, el paciente es incapaz de distinguir sonidos de lenguaje de cualquier otro ruido. Bajo estas condiciones, la producción lingüística de estos pacientes se describe como pobre y desorganizada y se afirma que son incapaces de mantener la interacción y, sobre todo, que son no cooperativos, en términos de Grice (1975). Por otra parte, dentro de las investigaciones clínicas se apela a la noción de aprosodia de habla (Ross, 1981) para designar la falta o el uso inapropiado de la entonación no afectiva o lógica (en términos de Navarro Tomás, 1944), que está relacionada con el sistema de la lengua. Los trabajos centrados en la entonación no afectiva sugieren que está más dañada en pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo (Ross, 1980; Heilman, Bowers, Speedie & Coslett, 1984; Grosjean & Hirt, 1996).

Ahora bien, en este artículo cuestionaremos estas descripciones tradicionales a través del análisis de la producción lingüística de un paciente con afasia de Wernicke, centrándonos, por una parte, en el uso de marcadores discursivos y las funciones que desempeñan en la producción del paciente. Por otra parte, también estudiaremos el papel que desempeña la entonación en la distinción de funciones de un mismo marcador y en el manejo de la interacción.

2. ANTECEDENTES

2.1. *Afasia de Wernicke*

La afasia de Wernicke es una patología del lenguaje que puede ser provocada por: a) accidentes cerebrovasculares (ACV), b) traumatismos cráneo-encefálicos, c) tumores e infecciones y d) degeneración progresiva del sistema nervioso central (Marquardt & Kiran, 2011). En todos los casos, el área del cerebro que se ve afectada es la número 22 de Brodmann,¹ mejor conocida como área de Wernicke, localizada en el lóbulo temporal izquierdo, justo arriba y detrás del oído.

¹ Basado en la organización de la corteza cerebral en seis capas celulares, cada una con su propia

Este síndrome es considerado una patología del lenguaje porque mina fundamentalmente las capacidades lingüísticas, aun cuando se mantengan, relativamente intactas, otras funciones cognitivas. Así, todos los niveles del lenguaje se ven afectados. De estos, nos centraremos en los déficits que se presentan en los niveles pragmático y discursivo, principalmente los relacionados con la gestión de la interacción. En este sentido, cabe mencionar que, en nuestro país, los estudios en afasiología se han centrado principalmente en los niveles más básicos del lenguaje, del fonético hasta el semántico, y es muy reciente la inclusión de los niveles pragmático y discursivo de análisis.²

2.2. Déficits en el manejo de la conversación

Uno de los primeros trabajos interesados en estudiar la toma de turnos conversacionales en la afasia fue el de Schienberg & Holland (1980). Estos autores describieron que la toma de turnos en la afasia permanece intacta, ya que no hay violación de las reglas postuladas en la tarea propuesta (conversación libre), principalmente no hay traslapes (dos hablantes a la vez, autoseleccionados) ni interrupciones³ (violación flagrante de una de las reglas propuestas por Sacks, Schegloff y Jefferson, 1974). En resumen, lo que es remarcable, dicen los autores, es el hecho de que los pacientes son capaces de reconocer esta violación y evitarla, a pesar de su pobre habilidad de automonitoreo (Schienberg & Holland, 1980: 110).

Sin embargo, en años recientes los investigadores han sostenido que las habilidades puramente lingüísticas de los pacientes para gestionar la interacción son muy pobres, por lo que utilizan más conductas no-verbales para llevar a cabo tal

arquitectura, Brodmann identificó 50 regiones cerebrales diferentes. Así, los números de las áreas de Brodmann se utilizan como puntos de referencia de áreas específicas del cerebro (Marquardt & Matyear, 2011: 81). Puede consultarse una versión interactiva de esta clasificación en *Brodmann's Interactive Atlas* (Bernal & Perdomo, 2008).

² Para un recorrido más detallado se recomienda consultar: *La lingüística en México 1980-1996* (Barriga Villanueva & Parodi, 1998). En particular, el capítulo XIII dedicado a la neurolingüística.

³ En palabras de Gallardo-Paúls (1993: 206): “En general, es una interrupción todo solapamiento que se inicia durante el desarrollo de otra intervención. Cuando la interrupción se acompaña además de un tono de voz especialmente elevado, que trata de imponerse, hablamos de intervención, interrupción o solapamiento COMPETITIVO. El caso opuesto es la interrupción que intenta terminar el turno con las mismas palabras que el hablante (y dichas a la vez): son las interrupciones o turnos COLABORATIVOS”.

fin (Larkins & Webster, 1981; Ahlsén, 1985; Herrmann, Reichle, Lucius-Hoene, Wallesch & Johannsen-Horbach, 1988; Le May, David & Thomas, 1988). Estas conductas son principalmente movimientos de manos, dedos, cabeza, brazos, gestos faciales, incluso movimientos de los pies, y, en su conjunto, han sido consideradas como estrategias compensatorias comunicativas (Smith, 1987; Feyereisen, Barter, Goossens & Clerebaut, 1988; Ahlsén, 1991).

En este contexto, y desde la perspectiva del análisis de la conversación, Klippi (2006) examinó la forma en que diferentes tipos de conductas no verbales pueden constituir turnos, ya sea como una unidad construccional por sí misma o en combinación con otras unidades construccionales del turno. Ahlsén (1991), por su parte, distingue entre conducta local y conducta global; el primer caso incluye gestos u otras conductas no verbales en un contexto local, esto es, como parte de un turno. Usualmente comunican un significado que puede ser “traducido” a un significado léxico. Entre ellos, la autora destaca gestos deícticos, pantomímicos e iconos, movimientos de cabeza (‘sí’ o ‘no’, etcétera). En el segundo caso, las conductas se presentan en un nivel secuencial. Regularmente acompañan al *lugar de transición pertinente* (LTP)⁴ y a la toma de turno. De acuerdo con su estudio, los pacientes muestran un uso mayor de conductas no verbales para lidiar con la gestión de la interacción en el inicio de la enfermedad. Posteriormente, conforme avanza la terapia, se reduce este uso y aumenta el empleo de rasgos lingüísticos para manejar la conversación.

Finalmente, Herrmann y Fehr (2007) también consideran que la comunicación no verbal es una estrategia compensatoria comunicativa. Estos autores concluyeron que los pacientes la usan en mayor medida que el grupo de control (hablantes sin patología), además consideraron que la conducta no verbal era un medio para compensar sus déficits verbales y que, ya que estaban presentes y eran utilizadas de forma espontánea, se deberían extender de la terapia del lenguaje a la terapia de la comunicación.

En resumen, el manejo de la conversación se ha descrito desde dos perspectivas distintas; la primera, interesada en dar cuenta de todos aquellos aspectos paralingüísticos de los que se valen los pacientes para lidiar con los problemas en la

⁴ Para Gallardo-Paúls (1996: 38), un LTP es el punto en el que finaliza un movimiento, corresponde al análisis estructural de la conversación, ya que revela, entre otras cosas, la sesión del turno conversacional.

gestión del intercambio comunicativo. La segunda, por su parte, intenta dar cuenta de los déficits puramente lingüísticos que tienen los pacientes y que se reflejan en el pobre manejo de la conversación. En este artículo nos interesa el estudio del segundo tipo, es decir, nos centraremos en analizar las funciones que desempeñan los marcadores discursivos y la entonación en la gestión de la interacción del paciente, desde una perspectiva puramente lingüística.

2.3. *La gestión de la interacción*

Desde el trabajo clásico de Sacks, Schegloff & Jefferson (1974), el interés del análisis de la conversación se ha centrado en dos aspectos principalmente: a) la estructura y b) la progresión temática de la conversación. Nosotros nos centraremos en el primero.

En una conversación, los turnos regulan el intercambio lingüístico y la actuación de sus participantes, además de contribuir con la estructuración externa de la misma. Aunque, de acuerdo con Gallardo-Paúls, tendríamos que hacer una precisión: “el sistema de la toma de turno conversacional desarrolla una organización dual que distribuye turnos e intervenciones. Aunque es frecuente el uso de estos términos como sinónimos (‘turno’ parece reflejar una tradición lingüística anglosajona –*turn*, *floor*– e ‘intervención’ una tradición francesa –*intervention*–)” (1993: 1). Esto quiere decir que debemos establecer una distinción entre *turno* e *intervención*.

A diferencia de la intervención, de naturaleza estructural, el turno para constituirse como tal requiere, forzosamente, la aceptación de los interlocutores, de ahí su naturaleza social. De tal forma:

la producción de material lingüístico por parte de un participante en la conversación se considerará una *intervención*, mientras que la producción de una unidad que influya en el desarrollo de la conversación se denominará *turno*. La primera es una unidad estructural, distinguida de forma automática por el criterio de cambio de hablante [reacción]; la segunda, por el contrario, depende de la relación entre los miembros de una conversación y solo se reconocerá gracias a la aceptación del resto de los participantes: se trata por ello de una unidad perteneciente al orden social (Pons, 2008: 145).

Nosotros, entonces, compartimos esta distinción y consideraremos al turno como una unidad construccional, de naturaleza social, que influye en el desarrollo de la conversación y que puede ser identificada porque coincide con la noción estructural de intervención.

En términos generales y solo como una parte del análisis de la conversación, la toma y cesión de turnos se considera como una de las principales estrategias para el manejo y estructuración del intercambio comunicativo. A través de ella, el hablante puede monopolizar y dirigir el intercambio comunicativo o entregarle dicha responsabilidad al interlocutor. En la conversación coloquial espontánea estas gestiones pueden ayudar a desvelar la estructura de la interacción, fundamentalmente porque hay ciertos elementos lingüísticos que sirven para llevar a cabo estas labores. En nuestro trabajo abordaremos el estudio de aquellos elementos que sirven para ceder el turno, en específico el de los marcadores discursivos con función de controlador de contacto.

2.4. *Los controladores de contacto*

La noción de *marcadores discursivos* fue introducida por Deborah Schiffrin en 1987 para referirse a los elementos lingüísticos que utilizan los hablantes a fin de señalar la forma en la que la unidad anterior de habla se relaciona con el estado actual del discurso. De las distintas taxonomías disponibles, retomamos la propuesta del Grupo Val.Es.Co. (Valencia Español Coloquial), en principio porque está pensada para el análisis de la conversación coloquial y porque está planteada para el español. Así, de acuerdo con el *Diccionario de partículas discursivas del español* (Briz, Pons & Portolés, 2008), a través de este tipo de operadores pragmáticos, “‘el hablante justifica la conclusión, su opinión’, ‘cambia el tema de conversación o lo redirige’, ‘el hablante llama la atención sobre algo o realiza algo’, ‘expresa un falso acuerdo’, ‘controla el contacto o interpela’, ‘señala que su turno continúa’, ‘marca el inicio del diálogo o lo cierra’, etc., y todo ello ante un oyente o lector”.

Ahora bien, en el ámbito hispánico y dentro del campo clínico, son escasos los estudios centrados en el análisis de estas partículas discursivas y en las funciones que desempeñan. En particular, podemos señalar el trabajo de Pietrosemoli, Vera, González Valera y Coutin Churchman (2005), quienes llevan a cabo un estudio comparativo y estadístico entre hablantes sanos y hablantes con afasia. Estos autores concluyen que los hablantes con afasia conservan estos operadores discursivos, a pesar de que exista un deterioro lingüístico en otros niveles, porque ayudan a la

construcción de coherencia y cohesión. Por otra parte, el trabajo de Gallardo-Paúls & Marín Jordà (2005) se centra en el análisis de los marcadores discursivos procedentes de verbos de percepción, dentro de las producciones de pacientes con afasia de Broca. Los autores sostienen que estos pacientes sobreexplotan el uso de estos elementos discursivos como una estrategia general de compensación del déficit gramatical. Además, señalan que su uso les permite a los pacientes facilitar la fluidez de la conversación, ya que son índices ostensivos que articulan actos de habla y que señalan cooperación. Finalmente, también concluyen que están dispuestos para la organización interaccional, ya que sirven para tomar el turno de habla. Con todo, estos dos trabajos se limitan al análisis de los marcadores del discurso y no incluyen un análisis prosódico en su descripción.

Regresando a nuestro trabajo, de todas las funciones que pueden desempeñar estas partículas discursivas, nos centraremos en aquellos que han sido definidos como *controladores de contacto*.

El empleo de este tipo de marcadores se supone mayor en las conversaciones orales, ya que ayudan a los hablantes a gestionar la interacción cara a cara, sea para verificar el acuerdo o ratificar lo dicho, y pueden exigir una respuesta del interlocutor (apelativos) o no (fáticos). El uso de los controladores de contacto es el reflejo de la buena disposición y la cooperación que tienen los participantes para involucrarse en una conversación y gestionarla, ya que les permiten monitorear constantemente la atención y verificar el acuerdo con el oyente y, así, poder continuar con el intercambio comunicativo de forma más exitosa. Su función puede ser traducida dentro de la interacción como *¿Me entiendes?*, *¿Me vas siguiendo?*, *¿Me explico?* o *¿Estamos de acuerdo?*

Dentro de los controladores de contacto hay dos subfunciones: a) controlador de contacto fático y b) controlador de contacto apelativo. En el primer caso, el hablante no espera una respuesta del interlocutor, aun cuando pueda enunciar cosas como: *mh, ajá, sí, no* y análogos. En el segundo caso, el hablante cede el turno conversacional al interlocutor, a tal grado que guarda silencio para hacer más evidente esta función. Como se puede advertir, el primer caso no es un lugar de transición pertinente, mientras que el segundo sí lo es.

A continuación presentamos el análisis de los datos, donde atendemos principalmente a dos rasgos estructurales: a) posición y b) prosodia, dado que resultan determinantes para establecer las diferencias funcionales entre controladores de contacto fáticos y apelativos.

3. METODOLOGÍA

Los datos que analizamos provienen de un contexto de habla espontánea, fueron recogidos por medio de una entrevista semi-estructurada del tipo médico-paciente, donde se tocaron temas relativos a la vida cotidiana del paciente, con la intención de fomentar una conversación lo más natural posible, atendiendo siempre a la necesidad de basar nuestra descripción en datos dotados de naturalidad (Martín Butragueño, 2003). Nuestro paciente, diagnosticado con afasia de Wernicke, lateralidad derecha, producto de un accidente vascular cerebral, es hablante monolingüe, originario de la Ciudad de México, clase baja, con primaria trunca, tuvo varios empleos informales y no contaba con antecedentes clínicos de daño neurológico previo al ACV. Antes de iniciar la rehabilitación, las habilidades comunicativas del paciente eran mínimas, la interacción con su interlocutor se limitaba a lo mínimo, ya que en este periodo la producción lingüística de nuestro paciente estaba llena de parafasias y neologismos. No iniciaba la conversación y respondía solo cuando se le hacía ostensiva la necesidad de su respuesta.

Al momento de realizar la entrevista, el paciente tenía 56 años de edad, habían pasado siete meses desde que ocurrió el accidente y llevaba tres recibiendo terapia. La entrevista se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Ciudad de México y está constituida por 163 pares adyacentes. En general, los temas tratados en la entrevista giraron en torno al trabajo del paciente, cómo era su vida antes del accidente y cómo es ahora.

La transcripción de los archivos de audio se realizó siguiendo las convenciones del Grupo Val.Es.Co (Briz & Grupo Val.Es.Co, 2002a, 2002b, 2003) y utilizamos el sistema de transcripción Sp-ToBI (Beckman, Díaz-Campos, McGory & Morgan, 2002; Estebas Vilaplana & Prieto, 2008) para el etiquetado del material. Se tomaron en cuenta tanto parámetros cualitativos como cuantitativos. Para el análisis instrumental utilizamos el programa Praat 5.1.4 (Boersma & Weenink, 2010).⁵ Finalmente, siguiendo la propuesta de Hidalgo Navarro (2010) y Martín Butragueño (2003), consideramos los siguientes aspectos para el análisis:

- a) Posición del marcador. Inicio, parte media o final del grupo entonativo.

⁵ Asimismo, la presentación gráfica de las figuras 1 y 2 fue generada mediante el *script Create pictures with tiers [Praat script] Versión 4.1*. (Elvira García & Roseano, 2014).

- b) Constitución o no de contorno melódico propio por parte del marcador.
- c) La configuración tonal del marcador discursivo (MD). Como apoyo cuantitativo para la marcación de acentos tonales y tonos de frontera, en el análisis instrumental se hicieron las medidas en hercios (Hz) y utilizamos la fórmula de Nooteboom (1997) para la conversión a semitonos (st).
- d) El contorno melódico del marcador. Es decir, para el contexto anterior y posterior se analiza si ocurre un reajuste tonal y si se realiza una pausa.
- e) La naturaleza de los lindes. Para este punto consideramos las medidas de las pausas en milisegundos (ms), alargamiento del material segmental y saltos tonales.
- f) La dirección tonal del marcador. Este parámetro es pertinente para observar si hay una diferencia en la función discursiva del MD que se formalice mediante la oposición prosódica.

También consideramos la posición del marcador dentro de la intervención del paciente: a) a final de enunciado, pero no de intervención, y b) a final de intervención. Así, considerando estos aspectos, analizamos las distintas apariciones del MD ¿no?,⁶ como controlador de contacto con funciones apelativa y fática.

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

El MD ¿no? con función fática se presentó en 17 ocasiones, en todas ellas el marcador se encontró en posición final de enunciado, pero no al final de intervención, ya que no exige respuesta alguna (Briz & Montañez, 2007) y, por tanto, no es un lugar de transición pertinente, aun cuando el interlocutor pueda asentir de alguna forma (*sí, no, claro, mh, ajá*). Obsérvese el contexto de (1) y la Figura 1:

⁶ Briz e Hidalgo Navarro (2008) realizaron el análisis del marcador discursivo ¿no?, con la función pragmática de atenuador, y su uso se asocia con una “estrategia concesiva que, ante ciertos obstáculos o elementos de conflicto en la conversación, manifiesta el acuerdo con el interlocutor como táctica de atenuación del conflicto” (2008: 390). Los autores cuestionan si el valor pragmático se relaciona con algún rasgo prosódico, y su objetivo es demostrar el vínculo entre prosodia, marcadores discursivos y cortesía atenuadora. En los resultados del análisis se observa una configuración circunfleja y, además, se registra una elevación en la frecuencia fundamental.

- (1) Entrevistador: ¿y desde cuándo trabajaba ahí?
 Paciente: puss de muchass // de muchas medad / deudas que agarra ¿no? // o
 luego muramos / pus no debe estar /// pero pos estamos bien

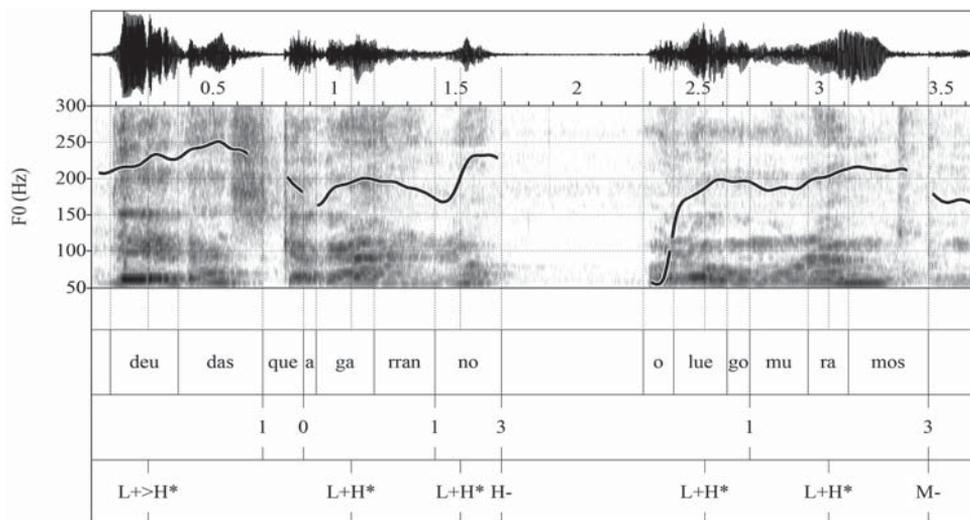


FIGURA 1. Oscilograma, espectrograma y curva melódica del enunciado *Deudas que agarra ¿no? // o luego muramos*, con el MD *¿no?* con función fática

Para esta misma función, se registró el acento tonal L+H*, seguido del tono de juntura intermedio H-, donde el acento tonal tiene un movimiento ascendente superior a 4 st. Este movimiento tonal contrasta con el registrado en el MD *¿no?* con función apelativa, el cual se realiza con un tono H* sin un movimiento prominente, o incluso menor a 1.5 st. Si bien, el MD con función apelativa también se ha registrado con el acento tonal L+H*, el movimiento ascendente no sobrepasa los 2 st.

En cuanto a la duración de la pausa posterior al MD,⁷ en la función fática el hablante retoma su discurso después de una pausa cuya duración tiene un promedio de 600 ms (pausa media), aunque la pausa puede prolongarse hasta los 840 ms.

⁷ Para la caracterización de las pausas seguimos la clasificación propuesta por Lastra & Martín Butragueño (2005: 6) y Martín Butragueño (2008: 285): a) *lapsos*: pausas superiores a 2001 ms; b) *silencios discursivos*: entre 1200 y 2000 ms; c) *pausa larga*: entre 801 y 1201 ms; d) *pausa media*: entre 401 y 800 ms, y e) *pausa breve*: silencios inferiores a 400 ms.

Cuando el hablante retoma su discurso después del MD, se observó de manera regular que el siguiente grupo melódico tiene un inicio más bajo en comparación con la forma ascendente del tono de juntura intermedio del MD. En la primera palabra prosódica del grupo melódico posterior se realiza un acento tonal con la forma L+H*, con alineamiento del pico tonal al final de la sílaba tónica. Si consideramos que con el uso de este MD, el paciente está monitoreando constantemente la atención del interlocutor, se podría sugerir que el uso de un acento tonal L+H* posterior sirve como una pista prosódica que el hablante utiliza para seguir enfatizando lo enunciado.

Por su parte, el marcador *¿no?* con función apelativa ocurrió en cuatro ocasiones; cuando cumple esta función se presenta al final de acto (enunciado) y al final de intervención. En el nivel del acto trabaja como refuerzo de lo dicho en la unidad discursiva anterior y, en cuanto al nivel de la intervención, trabaja como un marcador de control de contacto. La posición final de acto e intervención permite que sea un lugar de transición pertinente, pues regularmente exige una respuesta verbal o un cambio de actuación del interlocutor, por lo que este uso se ha llamado apelativo (Montañez, 2009; Briz & Montañez, 2007). Observemos el contexto de (2) y la Figura 2:

- (2) Entrevistador: ajá // y ¿entonces?
 Paciente: puss / ha de buscar de eso que no agarre las cosas y no está de suá
 // ¿no?

La forma del MD *¿no?* con función apelativa tiene un acento tonal (!)H*, seguido del tono de juntura M%. En el caso de la Figura 2 se observa un descenso en la F0 al final de la emisión; sin embargo, esto se debe a un efecto de fonación, es decir, hay una laringización al final del enunciado. El tono de juntura final M% presente en el MD con función apelativa se puede relacionar con la respuesta que el hablante espera de su interlocutor. Una diferencia más entre los enunciados de las Figuras 1 y 2 es que, en el caso de esta última, se observa una secuencia de acentos monotonaes H* a lo largo del cuerpo del enunciado, en contraste con los acentos bitonales L+H* de la Figura 1.

Otra diferencia más entre las funciones del MD se relaciona con la pausa previa. Se observó que en 7 de los 17 casos del *¿no?* con función fática no se registra una pausa previa. En los otros casos, el promedio de duración del silencio previo

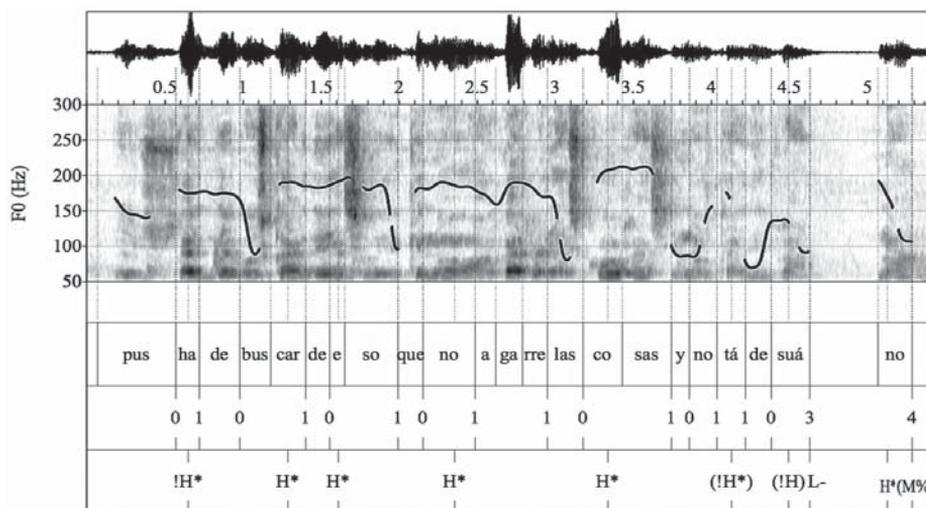


FIGURA 2. Oscilograma, espectrograma y curva melódica del enunciado *Puss / ha de buscar de eso que no agarre las cosas y no está de suá // ¿no?*, con el MD *¿no?* con función apelativa

es de 495 ms, que pueden ser una pausa breve (174 ms) o incluso una pausa larga (859 ms). En contraste, en el MD con función apelativa, en todos los casos se registró una pausa previa, con promedio de 545 ms, y de manera individual todos tienen una duración superior a los 400 ms. En este sentido, el MD con función apelativa constituye un grupo melódico independiente, a diferencia del MD con función fáctica que puede o no constituir un grupo melódico. Así, es posible sugerir que tanto la presencia como la duración de la pausa previa constituirían pistas prosódicas que, aunadas a la posición final del MD, indican la petición de una respuesta del interlocutor y, por lo tanto, el cambio de turno de habla.

Otro aspecto a destacar es el parámetro de la duración del MD, pues se esperaría que el *¿no?* con función apelativa tuviera una duración mayor, pues señala que el hablante está a la expectativa de una respuesta del interlocutor. Sin embargo, en los datos analizados se registró que *¿no?* con función fáctica tiene un promedio de duración de 260 ms, y en casos particulares puede llegar hasta los 424 ms, a diferencia del MD con función apelativa, cuyo promedio de duración es de 202 ms, y en algunos casos puede tener una duración máxima de 273 ms. Por lo tanto, podría sugerirse que la pista prosódica que indica que el hablante

espera una respuesta es el tono de juntura M%, asociado en todos los casos con la función apelativa.

Además de estos rasgos prosódicos, también nos centramos en describir la posición del marcador dentro de la intervención. Ya habíamos adelantado que la posición es un factor determinante para describir la función del marcador; así, si el controlador de contacto se encuentra a final de acto o enunciado, pero no de intervención o turno, cumple con una función fática, ya que no exige una respuesta del interlocutor para que el intercambio continúe, aun cuando el oyente puede asentir con la cabeza o producir algún tipo de expresión verbal, como *mh*, *ajá*, *sí*, etcétera. Ahora bien, si el marcador se encuentra a final de acto y de intervención o turno, entonces sí es un lugar de transición pertinente, ya que forzosamente se necesita la participación del interlocutor para que la comunicación no se vea interrumpida. En este caso, hablamos de un marcador con la función de controlador de contacto apelativo.

Así, pues, a partir de nuestro análisis hemos podido anclar rasgos tonales específicos a cada función particular del marcador, de tal forma hemos caracterizado cada una a partir de su posición y de los rasgos prosódicos que le acompañan.

5. DISCUSIÓN

De acuerdo con el análisis realizado en la sección anterior, parece pertinente replantear las caracterizaciones tradicionales de la producción lingüística de estos pacientes. En principio, reconocemos que nuestros datos pueden estar condicionados por la naturaleza de la interacción: entrevista médico-paciente;⁸ sin embargo, esto mismo abona a nuestro estudio, es decir, muestra que el paciente conserva la capacidad pragmática para adecuarse a la situación comunicativa, modelada ampliamente por los roles comunicativos y las convenciones sociales establecidos. Una vez hecha esta aclaración, comenzaremos con la discusión.

⁸ Este tipo de interacciones convencionalizadas han sido definidas de varias formas. Para Minsky (1977), el conocimiento organizado concerniente con lo que puede ser hecho y dicho dentro de una situación institucional dada puede ser llamado un *marco*. Esta representación mental está organizada en tal sentido que si alguna parte del marco se activa, el resto, al menos potencialmente, también se activa. Así, pues, la idea de marco supone cierta ausencia de naturalidad en el intercambio comunicativo.

De acuerdo con los antecedentes revisados, tradicionalmente se había descrito que estos pacientes eran incapaces de mantener o gestionar la interacción; esta descripción la podemos cuestionar si consideramos que el paciente utiliza constantemente, a lo largo de la conversación, los controladores de contacto, principalmente la función apelativa, mediante la cual cede el turno a su interlocutor. Tal es así que, incluso, hay turnos que se constituyen solo con el marcador, a la espera de la respuesta del interlocutor.

Otro aspecto que podemos cuestionar es la inclusión de elementos paralingüísticos, tales como gestos, señas y movimientos corporales, como estrategias compensatorias comunicativas. Si recordamos, este tipo de estrategias han sido descritas como herramientas que utiliza el hablante para construir su intervención; sin embargo, en nuestro estudio hemos visto que el paciente efectivamente echa mano de ciertos elementos para construir sus turnos, pero estos son completamente lingüísticos. Entonces deberíamos privilegiar el análisis de estos elementos estructurales, cuyos resultados pueden empezar a ser sistematizados, en lugar de describir conductas extralingüísticas y atribuirles “funciones” específicas.

Ahora bien, el empleo constante de los controladores de contacto con función fática es una señal de que el paciente está consciente de los déficits lingüísticos que padece y que está comprometido con el intercambio comunicativo del que participa. Así, pues, las descripciones tradicionales acerca de que no consideran a su interlocutor y que son no cooperativos parece que tampoco son acertadas, ya que, desde la perspectiva del análisis de la conversación, se sugiere que los turnos en adyacencia y los signos de alteridad usados por un hablante pueden mostrar que ha comprendido lo que el interlocutor le ha dicho en el primer turno y que está comprometido a participar eficientemente en la conversación (Schegloff & Sacks, 1973).

Nuestro estudio, por otra parte, puede ayudar a resolver la duda sobre si en esta patología se puede hablar de los niveles pragmático y discursivo. La respuesta parece ser clara: ambos se conservan a pesar de la patología y no solo eso, incluso se encuentran mejor preservados que otros,⁹ como el fonológico, a nivel segmental,¹⁰

⁹ Cf. Guillén Escamilla (2013).

¹⁰ De tal manera que podríamos sugerir que en el componente fonológico de la lengua, es el nivel segmental el que tiene un mayor deterioro en los pacientes con afasia de Wernicke, mientras que los rasgos suprasegmentales se preservan.

o el semántico, dadas las características de la enfermedad. Ahora bien, estamos conscientes de que, por tratarse de un estudio de caso, nuestros resultados deben tomarse con reserva; no obstante, se suman a las conclusiones de estudios previos que destacan la mejor conservación de estos dos niveles en la afasia de Wernicke (Pietrosemoli *et al.*, 2005; Gallardo-Paúls & Marín Jordà, 2005; Guillén Escamilla, 2013). Todo esto supone una mejora en el tipo de terapias utilizado en la práctica clínica, ya que la intención de los terapeutas es alentar y mejorar la competencia comunicativa de los pacientes y, en esta labor, una perspectiva pragmático-discursiva es fundamental y de mucho más ayuda. Cabe destacar que, desde hace un tiempo, esto se lleva a cabo dentro de la práctica clínica, pero sin contar con un marco teórico lingüístico, por lo que su inclusión supone una mejora teórico-metodológica como lo muestran los estudios antes citados.

Finalmente, la propuesta que surge de nuestro estudio es basar la terapia del paciente a partir de aquellos elementos que se preservan y no de los que se pierden y, además, de ser posible, que sean elementos que pertenezcan a la estructura de la lengua, con ello ganaríamos en la construcción de un marco teórico interdisciplinario basado en elementos estructurales y descripciones sistematizables.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con los datos arrojados en el análisis y los argumentos esgrimidos en la sección anterior podemos adelantar las siguientes conclusiones. En primer lugar, a pesar de los déficits lingüísticos evidentes, el paciente conserva la habilidad pragmática para utilizar elementos estructurales que contribuyen con la gestión de la interacción, en específico el controlador de contacto *¿no?* En segundo lugar, el paciente también distingue funciones específicas de un mismo marcador. En particular, utiliza los rasgos prosódicos y la posición del marcador para especificar la función del marcador: sea apelativo, sea fático. Tercero, si bien es cierto que los controladores de contacto sirven fundamentalmente en el nivel de la estructuración y gestión de la interacción, también contribuyen en un aspecto pragmático más general: la cooperación, es decir, a través de estos marcadores el hablante hace ostensivo su compromiso con el intercambio comunicativo con la intención de lograr una interacción exitosa. Cuarto, podemos afirmar que el paciente sí toma en cuenta a su interlocutor y que está más consciente de su enfer-

medad de lo que se había descrito tradicionalmente en la literatura clínica.¹¹ Así, gracias al marcador ¿no?, el paciente monitorea constantemente el acuerdo y la atención de su interlocutor. Podemos asociar las funciones de este marcador con la función conativa propuesta por Jakobson (1981): aquella que está centrada en el interlocutor, aquella mediante la cual el hablante interpela al oyente como un signo de alteridad. En quinto lugar, a pesar de tratarse de un estudio de caso, todas estas conclusiones contribuyen a replantear las caracterizaciones tradicionales de la producción lingüística de estos pacientes, en específico las relacionadas con la gestión de la interacción, con la cooperación y con el uso de marcadores discursivos. Finalmente, estos resultados muestran la necesidad de plantear la creación de equipos de trabajo interdisciplinarios para llevar a cabo el estudio integral de la afasia, en el que los pacientes serán los principales beneficiados.

7. REFERENCIAS

- AHLSÉN, E. (1985). *Discourse patterns in aphasia. Gothenburg Monographs in Linguistics*, 5. Gothenburgo: University of Gothenburg, Department of Linguistics. (Series: Gothen)
- AHLSÉN, E. (1991). Body communication as compensation for speech in a Wernicke's aphasic. A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 24 (1): 1–12.
- BARRIGA VILLANUEVA, R. & C. PARODI (1998). *La lingüística en México, 1980-1996*. México: El Colegio de México/Universidad de California.
- BECKMAN, M., M. DÍAZ-CAMPOS, J. T. MCGORY & T. A. MORGAN (2002). Intonation across Spanish, in the tones and break indices framework. *Probus*, 14: 9–36.
- BERNAL, B. & J. PERDOMO (2008). *Brodmann's Interactive Atlas*. [Consulta: junio de 2016 en <<http://www.fmriconsulting.com/brodmann/Interact.html>>]
- BOERSMA, P. & D. WEENINK (2013). *Praat: doing phonetics by computer* [Computer program]. Ámsterdam: Universidad de Ámsterdam. Version 5.3.51, descargada el 26 de marzo de 2010 de <<http://www.praat.org/>>.
- BRIZ, A. & A. HIDALGO NAVARRO (2008). Marcadores discursivos y prosodia: observaciones sobre su papel modalizador atenuante. En A. Briz, A. Hidalgo, M. Albelda, J. Contreras & N. Hernández Flores (eds.). *Cortesía y conversación: de lo escrito a lo oral* (pp. 390–409). III Co-

¹¹ En un estudio reciente, Guillén Escamilla (2013) encontró que, de las diversas funciones que pueden desempeñar los marcadores discursivos, los pacientes utilizan consistentemente en mayor medida la de control de contacto, lo que sugiere que los pacientes están conscientes de los déficits que supone su enfermedad.

- loquio Internacional del Programa EDICE*. Valencia: Departamento de Filología Española, Universitat de València.
- BRIZ, A. & GRUPO VAL.ES.CO (2002a). *Corpus de conversaciones coloquiales*. Madrid: Arco Libros.
- BRIZ, A. & GRUPO VAL.ES.CO (2002b). La transcripción de la lengua hablada: el sistema del Grupo Val.ES.CO. *Español Actual, Revista de Español Vivo* (77–78): 57–86.
- BRIZ, A. & GRUPO VAL.ES.CO (2003). Un sistema de unidades para el estudio del lenguaje coloquial. *Oralia: Análisis del Discurso Oral*, 6: 7–61.
- BRIZ, A. & P. MONTAÑEZ (2007). La forma ¿eh? en el *Diccionario de partículas discursivas del español (DPDE)*. En A. Álvarez Tejedor et al. (eds.). *Lengua viva. Estudios ofrecidos a César Hernández Alonso* (pp. 625–642). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- BRIZ, A., S. PONS & J. PORTOLÉS (coords.) (2008). *Diccionario de partículas discursivas del español (DPDE)* [en línea]. [Consulta: 24 de noviembre de 2014 en <www.dpde.es>]
- ELVIRA GARCÍA, W. & P. ROSEANO (2014). *Create pictures with tiers [Praat script] Versión 4.1*. (Descargado el 18 de mayo de 2014 de <http://stel.uh.edu/labfon/en/praat-scripts>)
- ESTEBAS VILAPLANA, E. & P. PRIETO (2008). La notación prosódica del español: una revisión del Sp-ToBI. *Estudios de Fonética Experimental: EFE*, 17: 263–283.
- FEYEREISEN, P., M. BARTER, M. GOOSSENS & N. CLEREBAUT (1988). Gestures and speech in referential communication by aphasic subjects: Channel use and efficiency. *Aphasiology*, 2 (1): 21–32. doi: 10.1080/02687038808248884
- GALLARDO-PAÚLS, B. (1993). La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones. *Contextos*, 11 (21–22): 189–220.
- GALLARDO-PAÚLS, B. (1996). *Análisis conversacional y pragmática del receptor*. Valencia: Episteme.
- GALLARDO-PAÚLS, B. & M. J. MARÍN JORDÀ (2005). Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso afásico. *Revista de Investigación Lingüística*, (8): 53–94.
- GRICE, P. (1975). Logic and conversation. En P. Cole & J. L. Morgan (eds.). *Syntax and semantics*. 3: *Speech acts* (pp. 41–58). Nueva York: Academic Press.
- GROSJEAN, F. & C. HIRT (1996). Using prosody to predict the end of sentences in English and French: Normal and brain-damaged subjects. *Language and Cognitive Processes*, 11 (1–2): 107–134.
- GUILLÉN ESCAMILLA, J. E. (2013). *El uso de marcadores discursivos y las funciones que desempeñan dentro de las producciones lingüísticas de pacientes con afasia de Wernicke*. (Tesis doctoral, El Colegio de México, 2015).
- HEILMAN, K. M., D. BOWERS, L. SPEEDIE & H. B. COSLETT (1984). Comprehension of affective and nonaffective prosody. *Neurology*, 34 (7): 917–921.
- HERRMANN, M. & T. FEHR (2007). Investigations in speech and language and related disorders: Crossing the boundaries between disciplines – a tribute to Chris Code. En M. Ball & J. Dam-

- ico (eds.). *Clinical aphasiology: Future directions* (pp. 17–27). Nueva York: Psychology Press.
- HERRMANN, M., T. REICHLER, G. LUCIUS-HOENE, C. W. WALLECH & H. JOHANNSEN-HORBACH (1988). Non-verbal communication as a compensative strategy for severely nonfluent aphasics? – A quantitative approach. *Brain and Language*, 33: 41–54.
- HIDALGO NAVARRO, A. (2010). Los estudios sobre marcadores del discurso en español hoy. En O. Loureda & E. Acín (eds.). *Los marcadores del discurso y su significado en torno a la interfaz marcadores-prosodia en español* (pp. 61–92). Madrid: Arco Libros. (Bibliotheca Philologica)
- JAKOBSON, R. (1981). *Ensayos de lingüística general*. Barcelona: Seix Barral.
- KLIPPI, A. (2006). Nonverbal behavior as turn constructional units in aphasic conversation. *Texas Linguistic Forum*, 49. *Proceedings of the Thirteenth annual symposium about language and society* (pp. 158–169). Austin: University of Texas.
- KLIPPI, A. (2006). Nonverbal behavior as turn constructional units in aphasic conversation. *Texas Linguistic Forum*, 49 (pp. 158–169). *Proceedings of the Thirteenth annual symposium about language and society*. Austin: University of Texas.
- LARKINS, P. & E. WEBSTER (1981). The use of gestures in dyads consisting of an aphasic and a nonaphasic adult. En R. Brookshire (ed.). *11th Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 120–127). Minneapolis: BRK.
- LASTRA, Y. & P. MARTÍN BUTRAGUEÑO (2005). La tematización en los materiales sociolingüísticos de la ciudad de México (primera aproximación). En L. Rodríguez Alfano (ed.). *Memorias del XIV Congreso internacional de ALFAL* (pp. 86–98). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- LE MAY, A., R. DAVID & A. THOMAS (1988). The use of spontaneous gesture by aphasic patients. *Aphasiology*, 2 (2): 137–145.
- MARQUARDT, T. & CH. MATYEAR (2011). Speech science. En R. Gilliam, T. Marquardt & F. Martin (eds.). *Communication sciences and disorders* (pp. 73–102). Boston: Jones and Bartlett.
- MARQUARDT, T. & S. KIRAN (2011). Acquired neurogenic language disorders. En R. Gilliam, T. Marquardt & F. Martin (eds.). *Communication sciences and disorders* (pp. 271–292). Boston: Jones and Bartlett.
- MARTÍN BUTRAGUEÑO, P. (2003). Hacia una descripción prosódica de los marcadores discursivos. Datos del español de México. En E. Herrera Zendejas & P. Martín Butragueño (eds.). *La tonía: dimensiones fonéticas y fonológicas* (pp. 375–402). México: El Colegio de México.
- MARTÍN BUTRAGUEÑO, P. (2008). Aspectos prosódicos de la tematización lingüística. Datos del español de México. En E. Herrera Zendejas & P. Martín Butragueño (eds.). *Fonología instrumental: patrones fónicos y variación* (pp. 275–333). México: El Colegio de México.
- MINSKY, M. (1977). Frame theory. En P. N. Johnson-Laird & P. C. Wason (eds.). *Thinking: Readings in cognitive science* (pp. 355–376). Cambridge: Cambridge University Press.

- MONTAÑEZ, M. P. (2009). La posición discursiva: una propuesta para el estudio de los marcadores discursivos en la clase de E/LE. *Revista Foro de Profesores de E/LE* [en línea]. [Consulta: 20 de junio de 2014 en <<https://ojs.uv.es/index.php/foroele/article/view/6571/6357>>]
- NAVARRO TOMÁS, T. (1944). *Manual de entonación española*. Nueva York: Hispanic Institute in the United States.
- NOOTEBOOM, S. (1997). Prosody of speech: Melody and rhythm. En W. J. Hardcastle & J. Laver (eds.). *The handbook of phonetic sciences* (pp. 640–673). Oxford: Willey Blackwell.
- PIETROSEMOLI, L., M. VERA, S. GONZÁLEZ VALERA & P. COUTIN CHURCHMAN (2005). Marcadores discursivos en hablantes sanos y afásicos: el caso especial de “y”. *Boletín de Lingüística*, 17 (24): 25–30.
- PONS, S. (2008). La combinación de marcadores del discurso en la conversación coloquial: interacciones entre posición y función. *Estudios Lingüísticos/Linguistics Studies*, 2: 141–160.
- ROSS, E. D. (1980). Left medial parietal lobe and receptive language functions: Mixed transcortical aphasia after left anterior cerebral artery infarction. *Neurology*, 30 (2): 144–151.
- ROSS, E. D. (1981). The aprosodias. Functional-anatomic organization of the affective components of language in the right hemisphere. *Arch Neurol*, 38 (9): 561–69.
- SACKS, H., E. A. SCHEGLOFF & G. JEFFERSON (1974). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. *Language*, 50 (4): 696–735.
- SCHEGLOFF, E. A. & H. SACKS (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8: 289–327.
- SCHIENBERG, S. & A. L. HOLLAND (1980). Conversational turn-taking in Wernicke’s aphasia. En R. H. Brookshire (ed.). *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 106–110). Minneapolis: BRK.
- SCHIFFRIN, D. (1987). *Discourse markers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SMITH, L. (1987). Nonverbal competency in aphasic stroke patients’ conversation. *Aphasiology*, 1: 291–295.