

Sobre la evaluación de la competencia comunicativa en enfermos de Alzheimer*

Joaquín García-Medall (garmed@lesp.uva.es)

Universidad de Valladolid

1. ¿Debe el diagnóstico sobre el déficit lingüístico, por ejemplo, basarse en los componentes gramaticales (fonología / morfología / sintaxis / pragmática), como se hace habitualmente, o en otro tipo de perspectiva más global? Dichas descripciones son fundamentales, desde luego, pero lo que podría interesar es partir de conceptos generales de naturaleza comunicativa. Lo que se ventilaría no sería tanto el tipo de afasia o afasias u otros desórdenes que se manifiestan en el paciente desde el punto de vista clínico, sino qué consecuencias comunicativas tiene tal estado, es decir, cuál es el grado real de afección de los pacientes a la hora de comunicar con sus semejantes, pues no otra es la función global de las lenguas naturales. Dicho de otro modo, por ejemplo, en enfermos de Alzheimer habría que obtener estos datos para llevar a cabo una labor inferencial sobre su déficit comunicativo general. Se trataría de mostrar un paralelismo entre, por ejemplo, el tipo de competencias comunicativas que adquieren los niños en el proceso de adquisición de una lengua natural y los adultos en el proceso de aprendizaje de una lengua no materna (todo ello considerado como competencia comunicativa, (véase Hymes 1972; Canale y Swain 1980[1993]; Gutiérrez Ordóñez 2002), frente al proceso de deterioro de dicha competencia en pacientes con demencias.

Resultaría entonces que en el protocolo de descripción, las informaciones sobre los déficits manifestadas en los diversos componentes (fonología, morfología, sintaxis, semántica, pragmática) no serían más que una base sobre la que trabajar para interpretar de qué modo la enfermedad afecta a las competencias comunicativas globales reconocidas: (a) la competencia gramatical, (b) la competencia estratégica, (c) la competencia discursiva, (d) la competencia sociolingüística y (e) la competencia parafrástica, a la

* El presente estudio forma parte de las actividades enmarcadas en los proyectos de investigación con financiación ministerial “Variables pragmáticas en la evaluación y rehabilitación de afasias” (HUM2004-05847-C02-02) y “Aplicación y validación clínica de variables lingüísticas en protocolos de rehabilitación” (HUM2004-21424E).

que nos referiremos más adelante. Si se parte de estos conceptos se puede llegar a un grado de integración mayor en la descripción, que tendría un carácter semiótico-comunicativo. En nuestra opinión, la competencia gramatical es la fundamental, pero no por otro motivo sino porque permite hacer inferencias sobre la capacidad comunicativa general y de ahí derivar déficits de carácter cognitivo que afectan a la función simbólica.

2. Variabilidad en el alcance de los datos obtenidos. Es de notar que un error gramatical o léxico puede interpretarse como una manifestación particular de un déficit de la competencia estratégica, por ejemplo, con independencia de que, desde la gramática, podamos adscribir el fenómeno a la morfología o a la semántica. Lo mismo sería predicable de una simplificación del sistema de tratamiento personal respecto a la pragmática, por poner otro ejemplo. Desde luego, los límites no son claros, porque hablar de competencia implica una interpretación global de los fenómenos particulares: en resumidas cuentas, de una perspectiva semiótica global. Y ello porque es sabido que dichas competencias pueden manifestar su grado de déficit empleando todos y cada uno de los niveles gramaticales y que incluso pueden manifestarlo simultáneamente. No obstante, creemos que aplicar conceptos clave de la lingüística aplicada y, en particular, del proceso de aprendizaje de una L2 a la afasiología no solo es adecuado, sino coherente. Una comparación con el proceso de adquisición sería mucho menos natural. Lo coherente sería comparar estados de competencia e (in)competencia en adultos.

Por eso creemos que la perspectiva de la investigación habría de pasar por un refinamiento técnico en la descripción de la competencia comunicativa general de los adultos sanos de su propia lengua natural, para poder hacer evaluaciones adecuadas de los déficits lingüísticos que se presenten con la/s enfermedad/es. En ese sentido la detección precoz de predisposiciones genéticas a, por ejemplo, sufrir la enfermedad de Alzheimer en la vejez, mediante un mero análisis de sangre, permitiría establecer marcos mucho más coherentes, antes que la mera descripción de los únicos estados derivados de la enfermedad. Lo anterior permitiría estudios cronológicos de gran interés y notable coherencia: se compararían estados de competencia comunicativa antes y después del diagnóstico. Visto desde esta perspectiva, el protocolo de actuación de la competencia comunicativa de un enfermo de tipo Alzheimer no tendría por qué ser múltiple (englobar estudios comparativos de varios sujetos), puesto que se supone que la competencia comunicativa es notoriamente personal.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Dicho con otros términos, es necesario que el protocolo no analice tan solo microlingüísticamente los datos obtenidos, sino que vaya más allá en la interpretación de los mismos: que haga una lectura inferencial y holística (comunicativa) del déficit lingüístico. Esta perspectiva es, justamente, la que puede ser más fructífera para el desarrollo de protocolos que permitan la evaluación y eventual rehabilitación de las patologías lingüísticas. Es, además, una perspectiva muy afín a la llamada "perspectiva cognitiva" (Diéguez Vide 2004) porque, precisamente, trata de establecer un diagnóstico clínico-lingüístico "fundamentadas en la heterogeneidad patológica", y no en el mero análisis microlingüístico de la producción deficitaria.

Creo que la idea no es descabellada desde el momento en que (como ya explicó Jakobson, 1941[1969]) la pérdida manifiesta un proceso inverso a la adquisición y lo que se ventila es qué grado de pérdida comunicativa supone la enfermedad (a partir de los datos de producción). Esto es perfectamente compatible con la lectura semiótico-comunicativa de Hernández Sacristán (2006a) y, además, establece puentes entre aspectos distintos de la lingüística aplicada, la relativa a la adquisición y aprendizaje de lenguas naturales y la relativa a la lingüística clínica.

3. Pero si bien lo anterior es un *desideratum*, aquí solo nos vamos a referir a un tipo de competencia específica. Se trataría de averiguar cuál es la competencia parafrásico/discursiva (o parafrásico/textual) de los pacientes. En la bibliografía de la semántica estructural clásica la paráfrasis es tratada como un fenómeno del lenguaje natural. Es descrito habitualmente como un tipo de sinonimia en sus diversos niveles significativos, la morfología (sinonimia morfológica), el léxico (sinonimia léxica) y la sintaxis (sinonimia sintagmático-oracional) (Lyons 1977[1980]). En la teoría de orientación más semiológica es considerada como un proceso de "reformulación" (Fuchs 1994). En la práctica clínica se enfoca y se relaciona, frecuentemente, hacia y para la evaluación de la comprensión del paciente. Para nosotros, sin embargo, la paráfrasis es una capacidad comunicativa esencial que afecta tanto a la comprensión como a la producción (en gran medida, aprender algo es poder parafrasearlo), y que ha de verse afectada negativamente por patologías de alcance cognitivo. Por consiguiente, un protocolo de rehabilitación y de evaluación habría de ser muy sensible al análisis y a la determinación de la capacidad parafrásica de los pacientes. Se supone que, en este sentido, los lingüistas podrían proporcionar criterios generales a los logopedas y especialistas en patologías lingüísticas, antes que pruebas concretas y aplicables.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Como mínimo, habría que tener en consideración que se dan tres tipos básicos de paráfrasis de acuerdo con el nivel lingüístico que analicemos:

- a) la paráfrasis léxica;
- b) la paráfrasis sintáctico/oracional;
- c) la paráfrasis discursiva o textual.

Mientras la última engloba aspectos de la capacidad parafrástica relativos a la construcción coherente, cohesiva y adecuada de historias, pero también a su paráfrasis en forma de resúmenes, así como al diferimiento del tiempo de respuesta, las dos primeras se relacionan más directamente con el denominado "significado léxico".

Cabe, en este sentido, hacer especificaciones bien concretas sobre las relaciones léxicas entre lo parafraseado (una unidad léxica, por ejemplo) y su/s paráfrasis en el habla de los pacientes. Lo anterior supone establecer pautas sobre las relaciones entre las unidades léxicas de la lengua materna del paciente (sinonimia, polisemia, homonimia, antonimia), pero también, a ser posible, sobre su capacidad combinatoria (solidaridades léxicas e incompatibilidades semánticas, por ejemplo). Un protocolo adecuado debiera ser sensible a los grados de adecuación o inadecuación de las paráfrasis en el habla patológica. Para ello es menester una conciencia metalingüística agudizada por la observación y la práctica del análisis parafrástico así como una batería de pruebas ancladas en torno a los fenómenos previsibles en el habla normal y en el habla patológica. Sería deseable extender esta investigación a la paráfrasis sintagmática y oracional y, por supuesto, a la discursiva-textual.

Hernández Sacristán et alii (texto no publicado) consideran que la capacidad de "decir lo mismo con otras palabras" suele ser la tendencia natural de los hablantes (Cf. también, al respecto, Hernández Sacristán, 2006b: 245-247). Por el contrario, la literalidad y ecolalia o perseveración suele ser práctica artificiosa y culturalmente condicionada o bien manifestación de patologías específicas, como demuestra Díaz Martínez (2004: 33). Hernández Sacristán et alii (texto no publicado) consideran que habría que examinar por separado dos manifestaciones funcionales de la capacidad parafrástica de los pacientes desde la perspectiva clínica:

- CP asociada a la definición de términos
- CP asociada a la técnica del discurso referido

1. Capacidad parafrástica asociada a la definición de términos

Es una praxis lexicológica natural. Implica que el significado de los términos es un espacio mental abierto, que debe distinguirse de la

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

capacidad parafrástica para definirlos. No obstante, la capacidad parafrástica dañada o limitada es manifestación de dificultades de acceso al habla interior (Hernández Sacristán et alii, texto no publicado). Presenta, habitualmente, ciertas manifestaciones patológicas:

- Fase 0: CP nula, esto hay, hay una identificación referencial del sentido de los términos. El significado vale aquí por el significante;
- Fase 1: modalidad metonímica o instrumental ("cuchillo-"para cortar"; "gafas"- "para ver")
- Fase 2: modalidad de rasgo accidental o situacional (deíctica) ("jarra"- "eso que está encima de la mesa")
- Fase 3: modalidad centrada (género y diferencia específica)

2. La capacidad parafrástica del discurso referido

Se trata de la capacidad lingüística general de la reflexividad manifestada para referir el discurso ajeno, el propio o para diferir una expresión (grabación de mensaje en contestador automático, por ejemplo). Supone cierta reformulación (por cambio de coordenadas comunicativas del anclaje deíctico fundamental, el YO-AQUÍ-AHORA, lo cual implica el dominio de la característica de las lenguas naturales del desplazamiento). El cambio de coordenadas (descontrol de las técnicas del desplazamiento), implica una función prevaricadora del medio simbólico. Habría que investigar, dentro de este epígrafe específico, fenómenos como:

- a) El resumen;
- b) La amplificación;
- c) El comentario o glosa;
- d) La explicación, entre otros.

Aunque sea complicado, estas capacidades deberían ser examinadas en un contexto natural apropiado y no solo como ejercicios desvinculados de su contexto natural. Sería entonces útil proponer al paciente este tipo de ejercicios sobre su capacidad parafrástica en torno a temas de su pasado que son conocidos por el informante, antes que sobre asuntos más recientes en los que el paciente tuvo un papel participativo. En nuestra opinión, dados los déficits cognitivos generales de los enfermos de Alzheimer (y de las muchas demencias, en general), lo razonable sería que la elección de la anécdota, que se nos antoja fundamental, tuviera las siguientes características.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

2.1. Características de la elección de la anécdota

- a) Que fuera una anécdota del pasado remoto;
- b) Que fuera una anécdota quasi-rutinizada en la vida familiar del paciente;
- c) Que, por tanto, fuera una anécdota conocida de antiguo por el intermediario familiar en todas sus variantes.

El primero de estos aspectos tendería a la evitación de los fallos memorísticos de corto plazo, tan habituales en los enfermos de Alzheimer, pero que se refieren, en ocasiones, a experiencias tan breves e insignificantes que, normalmente, solo producen la creación de textos de escasa longitud y de complejidad textual mínima, lo cual impide su aprovechamiento como objeto de análisis. El segundo y el tercero de estos aspectos permitiría que el intermediario rellenara (de manera consecutiva o *a posteriori*) las lagunas de la historia de modo fehaciente permitiendo la creación de un espacio de comparación notablemente homogéneo. Este proceder supondría la creación de una suerte de *tertium comparationis* entre la versión ofrecida por el paciente y la versión (conocida por el intermediario) que fue establecida (y más o menos rutinizada) por el mismo antes de la enfermedad a lo largo de la convivencia familiar.

2.2. Revalorización del papel del intermediario-familiar

Se podría alegar que el protagonismo del intermediario puede tender a desvirtuar el análisis del lingüista. No obstante, ha sido puesto de manifiesto que, en este tipo de evaluaciones, no solo cabe dicha intervención sino que puede resultar decisiva para que se manifiesten las verdaderas capacidades comunicativas de los pacientes-familiares (Ramanathan-Abbott 1994; Ramanathan 1995). Esta misma relevancia del intermediario-familiar es de sobra conocida por los profesionales que trabajan habitualmente con los enfermos de Alzheimer.

2.3. Elección de paciente único y estudio longitudinal

Por último, la elección de un solo paciente permitiría llevar a cabo estudios de carácter longitudinal, que no son, por otra parte, los habituales en este tipo de investigaciones. En nuestra opinión, los estudios clínicos habituales siguen el protocolo médico de establecer dos, tres o más tipos de poblaciones, una de las cuales está afectada por la enfermedad y la otra u otras no. Esto es lo que llevan a cabo, por ejemplo Dressler y otros (2003) y se observa en la mayor parte de la bibliografía que hemos podido consultar sobre terapia de las afasias

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

(Helm-Estarbrooks y Albert 1991[1994]); Serra 1991; Benedet 2003; Benedet y otros 1998; González Mas 2000; Grossman 2002; García Marcos 2002; Vendrell 2001; Alberca y López-Pousa 2002; Diéguez Vide y Peña-Casanova 1996). Un problema fundamental de este tipo de estudios es que la capacidad comunicativa de una persona (paciente o no) es, por definición, específica tanto antes como después de la afección y desarrollo de la enfermedad. Las diferencias entre capacidades comunicativas solo puede ser gradativa (ya sea entre pacientes diversos o entre estados diversos de un mismo paciente). Lo mismo sucede, por otro lado, con la capacidad comunicativa de cualquier hablante (paciente o no), si es observada desde la perspectiva temporal. Creemos que es mucho más interesante centrarse en la trayectoria de una sola capacidad comunicativa en un paciente porque de este modo, puede concebirse el estudio como un proceso dinámico de *interlingua* deficitaria referida a la propia lengua materna del hablante.

Hay que tener en consideración que las comparaciones textuales entre pacientes diversos y no-pacientes, instituyen un nivel de imprevisibilidad notable en las comparaciones textuales, incluso allí donde se ofrecen diversas versiones de una misma historia. De hecho, es muy difícil, en lingüística contrastiva, establecer modelos adecuados para la comparación de textos escritos en lenguas diversas. Ello es debido en parte a la diversa competencia comunicativa de los pacientes y no-pacientes tanto como al carácter imprevisible de las historias que pueden ser objeto de análisis, así como al sustrato mismo del *ethos cultural* particular en que se mueven distintas tradiciones textuales. Connor (1997), por ejemplo, observó que las prácticas escriturarias existentes entre los hablantes del inglés y los de la lengua hindi eran extremadamente divergentes respecto a su concepción de lo que se conoce como *currículum vitae*.

Lo anterior no significa que las conclusiones que se extraigan de este tipo de estudios de grupos plurales no sean válidas en términos generales. Implica simplemente que el proceder evaluativo puede estar mejor fundamentado con los datos del análisis de un solo paciente en el tiempo, puesto que pueden responder a un proceso dinámico que debe ser analizado individualmente. La elección de una anécdota del dominio familiar en todos sus extremos, si observada a lo largo de la evolución de la enfermedad en un solo paciente, puede permitir sacar conclusiones generales sobre los efectos de la patología en un gran número de pacientes aún no examinados. Esto es, la evaluación individual puede ratificarse mediante la comparación de sucesivas evaluaciones particulares si, tomadas estas premisas con seriedad, se

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

evita la comparación textual entre corpus no comparables entre sí, esto es, se evita la incongruencia.

2.4. Estudios complementarios sobre la capacidad parafrástica y discursiva

Además, cabría hacer ejercicios de reformulación como parte del protocolo del entrenamiento conversacional, como el que proponen algunos autores, que incluyen una expresión breve de 6 a 8 palabras, su escritura y el apoyo (estratégico) del investigador para que el paciente pueda emitirla a un familiar que no estaba presente en el momento de la preparación.

Por otra parte, algunos autores inciden en la importancia de la intervención logopédica en el nivel discursivo de los ancianos dementes (Juncos Rabadán 1998: 67-68). Pero tal nivel está asociado naturalmente con la capacidad parafrástica, desde la perspectiva semiótico-comunicativa y, en particular, con la capacidad parafrástica asociada al discurso referido, según hemos señalado previamente.

Para este autor (Juncos Rabadán 1998), hay que partir de que:

- a) la organización del lenguaje discursivo en ancianos es arriba-abajo (esquemas, guiones y superestructuras);
- b) los mecanismos metacognitivos son útiles para mejorar el lenguaje discursivo (saber mejorar la información de un texto, en relación con el nivel educativo de los pacientes);
- c) el empleo de macrorreglas es muy útil (eliminación, integración y construcción);
- d) se debe buscar la conservación del nivel microlingüístico para intervenir en los niveles macrolingüísticos;
- e) se debe restringir el estilo interpretativo (por resultar en digresiones y pérdidas del hilo conductor del discurso) y favorecer un estilo anclado en los datos.

Si se analiza este proceder, el lingüista percibe que: a) la producción lingüística del paciente está sometida de antemano al interés rehabilitador del investigador; b) que la libertad narrativa del paciente se ve duramente reprimida en busca de un teórica “eficacia narrativa” y en la evitación de la “digresión”.

Por el contrario, desde nuestra perspectiva, la digresión es una fuente valiosa de datos para el investigador del lenguaje en los enfermos de Alzheimer. De hecho, podría ser considerada una estrategia verborrágica de evitación de problemas que afectan al dinamismo comunicativo. En otros términos, también puede resultar notoriamente informativo que, en la construcción discursiva, los pacientes “pierdan el hilo” con extraordinaria frecuencia. De hecho,

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

hay estudios muy interesantes sobre la violación de principio cooperativo en afásicos a través de la ruptura de la máxima de cantidad de Grice, entre otras (Ahlsén 1993), y que pueden ser aplicados en su conjunto a los pacientes de Alzheimer con buenas perspectivas. En otros términos, se aboga por estudios centrados en la evaluación de la pérdida de la capacidad comunicativa, que es aquello para lo que los lingüistas parecen estar especialmente llamados, antes que en la rehabilitación, para lo cual están llamados, tal vez, otro tipo de especialistas con los que se debe colaborar estrechamente (logopedas, asistentes sociales, familiares, médicos, etc.). Creado ya un marco elaborado y complejo para la recolección y transcripción de los datos, tanto lingüísticos como suprasegmentales y proxémicos y kinésicos (Gallardo y Veyrat 2004; Gallardo y Sanmartín 2005), el mayor desafío para los lingüistas es, como siempre, la interpretación adecuada de cómo dichos datos se enmarcan negativamente en la configuración del marco conversacional de los hablantes con déficits lingüísticos.

Tales posturas no son incompatibles en absoluto con lo dicho hasta aquí respecto a la capacidad parafrástica del discurso referido desde una perspectiva semiótico-comunicativa, sino todo lo contrario. De hecho, para ciertos autores, como Bachmann (1990, cit en Gutiérrez Ordóñez 2002: 91), la competencia comunicativa distingue entre una competencia organizativa y una competencia pragmática. La primera, a su vez, la organizativa, distingue entre una competencia gramatical (léxico, morfología, sintaxis, fonología/grafémica). La segunda, la competencia textual, incluye el dominio de la cohesión, de la organización retórica, de las funciones de manipulación, de las funciones heurísticas y de las funciones imaginativas, esto es, lo que podría denominarse *intencionalidad*). De otro modo, la capacidad parafrástica léxica sería parte o manifestación de la competencia organizativa, mientras que la capacidad parafrástica discursiva lo sería de la competencia textual. A pesar de que Bachmann lo engloba todo bajo el rótulo "competencia lingüística", en realidad, parece más adecuada la consideración de "competencia comunicativa" que acuñó Hymes (1972) y que desarrollaron, desde la perspectiva de la lingüística aplicada a la enseñanza y aprendizaje de lenguas extranjeras Canale y Swain (1980[1993]), entre otros.

3.- Conclusiones

- a) Como siempre, en lo relativo a lo lingüístico, el problema fundamental no radica en la obtención de los datos (que son imprescindibles) sino en su interpretación en relación

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

con el estado del habla interior de los sujetos. Por consiguiente, la evaluación clínico-lingüística no es sino una actividad inferencial (y, por tanto, pragmática), que debe estar sometida a un estricto control teórico.

- b) Los lingüistas pueden proporcionar algunos instrumentos teóricos que permitan enmarcar el proceder de los expertos clínicos, su mejora o sustitución, así como proponer aspectos concretos del análisis desde sus propias reflexiones (Diéguez-Vide y Peña-Casanova 1996). Pueden proponerse estudios concretos sobre la cohesión (Aravena 2005), las máximas conversacionales (Ahlsén 1993) y otros aspectos de la lingüística textual y de la pragmática (como, algo fundamental y no tratado, la *intencionalidad*). Pero también estudios que engloben estos aspectos y aún otros, tanto microlingüísticos como macrolingüísticos. No obstante, con los pacientes de Alzheimer es imprescindible un estudio longitudinal personalizado que analice la competencia comunicativa parafrástica y textual con el apoyo constante del mediador familiar. En nuestra opinión, son más interesantes los estudios centrados en un solo paciente a lo largo del desarrollo de la enfermedad que aquellos otros (no longitudinales) que abogan por describir estados momentáneos de muchos pacientes en diversos puntos de su desarrollo degenerativo. Desde esta perspectiva, el análisis que aquí se propone solo tendrá un carácter evaluativo, pero no rehabilitador.
- c) En este sentido, la evaluación de la capacidad parafrástica, en especial la léxica y la discursiva en lingüística clínica, se nos antoja fundamental para todo estudio sobre el habla interior de los pacientes con déficits lingüísticos y, en particular, en enfermos de Alzheimer: puede manifestar de qué modo la enfermedad afecta cronológicamente a la competencia comunicativa del paciente desde la perspectiva de la creación discursiva en el marco conversacional.

Bibliografía

- AHLSÉN, Elisabeth (1993): "Conversational principles and aphasic communication", *Journal of Pragmatics* 19, 57-70.
- ALBERCA, Román y Secundino LÓPEZ-POUSA (2002): *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, Panamericana.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

- ARAVENA REYES, María Soledad (2005): *Análisis de algunas formas de cohesión en el discurso narrativo de personas con demencia de tipo Alzheimer*, Trabajos de Investigación en Procesos comunicativos y cognitivos, dirigido por el Prof. Dr. D. Faustino Diéguez-Vide, Universitat de Barcelona, Facultat de Filología.
- BENEDET, María Jesús (2003): "Alteraciones de la comunicación verbal y alteraciones del lenguaje en las demencias corticales", *Revista de Neurología*, 36(10), 966-979.
- BENEDET, María Jesús, Julie Ann CHRISTIANSEN y Harold GOODGLASS (1998): "A cross-linguistic study of grammatical morphology in Spanish- and English-speaking agrammatic patients", *Cortex*, 34, 309-336.
- CANALE, M. y M. SWAIN (1990): "Theoretical Bases of Communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing", *Applied Linguistics*, 1, 1-47.
- CONNOR, Ulla (1997): *Contrastive rhetoric. Cross-cultural aspects of second-language writing*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DÍAZ MARTÍNEZ, Félix (2004): "Repetición, ecolalia, patologización", en Beatriz Gallardo Paúls y Montserrat Veyrat Rigat (eds.) *Lingüística y patología*, Valencia, Estudios de Lingüística Clínica, UV, 31-52.
- DIÉGUEZ-VIDE, Faustino y Jordi PEÑA-CASANOVA (1996): "Lingüística y clínica: aproximación a la afasiología lingüística", en Milagros FERNÁNDEZ PÉREZ (coord.): *Avances en lingüística aplicada*, Santiago de Compostela, Universidade de Santiago, 303-72.
- DIÉGUEZ VIDE, Faustino (2004): "Fenomenología en afasiología: claves - prácticas- para un diagnóstico -lingüístico- eficaz", en GALLARDO PAÚLS, Beatriz y Montserrat VEYRAT RIGAT (eds.): *Estudios de lingüística clínica. Lingüística y patología*, Valencia, Universitat de València, 53-81.
- DRESSLER, Wolfgang U., Heinz K. STARK, Maria VASSILAKOU, Dagmar RAUCHENSTEINER, Jelena TOSIC, Sabine M. WEITZENAUER, Peter WASNER, Christiane PONS, Jacqueline STARK, Gerhard BRUNNER (2004): "Textpragmatic impairments of figure-ground distinction in right-brain damage stroke patients compared with aphasics and healthy controls", *Journal of Pragmatics* 36, 207-235.
- FUCHS, C. (1994): *Paraphrase et énonciation*, París, Ophrys.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y Montserrat VEYRAT RIGAT (eds.) (2004): *Lingüística y patología*, Valencia, Universitat de València, Estudios de lingüística clínica.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y Julia SANMARTÍN SÁEZ (2005): *Afasia fluente. Materiales para su estudio, vol. I del Corpus PerLA*, Valencia, Universitat de València.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2005): *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*, Valencia: Ed. Tirant lo Blanch.
- GARCÍA MARCOS, F. J. (2002): "La lingüística clínica en la encrucijada de la lingüística aplicada", en LUQUE DURÁN y otros (eds.) (2002): *Nuevas tendencias en la investigación lingüística*, Granada, Método.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Joaquín GARCÍA-MEDALL

Sobre la evaluación de la competencia comunicativa en enfermos de Alzheimer

- GONZÁLEZ MAS, Rafael (ed.) (2000): *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación*, Barcelona, Masson.
- GROSSMAN, Murray (2002): "Progressive aphasic syndromes: clinical and theoretical advances", *Current Opinion on Neurology*, 15, 409-413.
- GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ, Salvador (1997 [2002]): "Nuevos caminos en la lingüística (aspectos de la competencia comunicativa)", en *De pragmática y semántica*, Madrid, Arco/Libros, 79-128.
- HELM-ESTABROOKS, N. y M. L. ALBERT (1991[1994]): *Manual de terapia de la afasia*, Madrid, Panamericana.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos y Enrique SERRA (eds.) (2002): *Estudios de lingüística clínica*, Valencia, Universidad de Valencia.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2006a): *Inhibición y lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2006b): "La unidad palabra y su significado: una perspectiva logopédica sobre la capacidad léxica", en Elena Garayzábal (ed.): *Lingüística clínica y logopedia*, Madrid, Antonio Machado Libros: 197-277
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos et alii (texto no publicado): "Variables lingüísticas en protocolos de intervención logopédica: perspectiva semiológica".
- HYMES, Dell (1972): "On communicative competence", en PRIDE, J. y J. Holmes (eds.): *Readings in Sociolinguistics*, London, Penguin.
- JAKOBSON, Roman (1941[1969]): *Langage enfantin et aphasie*, París, Éditions le Minuit.
- JUNCOS RABADÁN, Onésimo y Arturo Xosé PEREIRO ROZAS (1998): "Lenguaje narrativo", en Onésimo JUNCOS RABADÁN (ed.): *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*, Barcelona, Masson, 47-72.
- JUNCOS RABADÁN, Onésimo (ed.) (1998): *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*, Barcelona, Masson.
- LYONS, John (1977[1980]) *Semántica*, Barcelona, Teide.
- RAMANATHAN-ABBOT, Vai (1994): "Interactional diferencias in Alzheimer's discourse: An examination od AD speech across two audiences", *Language in Society* 23, 31-58.
- RAMANATHAN, Vai (1995): "Narrative well-formedness in Alzheimer diseases. An interactional examination across settings", *Journal of Pragmatics* 23, 395-419.
- SERRA, Miquel (1991): "Trastornos del lenguaje y de la comunicación", en M. MARTÍN SERRANO y otros (coords.): *Comunicación y lenguaje*, Madrid, Alhambra, 767-812.
- VENDRELL, Josep M. (2001): "Las afasias: semiología y tipos clínicos", *Revista de Neurología* 32(10), 980-986.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.