

SOBRE ALGUNOS FACTORES PROSÓDICOS EN PACIENTES CON AFASIA DE WERNICKE

Adrián Cabedo Nebot
Departamento de Filología Española
Universitat de València
adrian.cabedo@uv.es

Resumen

Este artículo de investigación pretende hacer una comparativa de carácter descriptivo entre la prosodia de pacientes con afasia de Wernicke y la de otros hablantes que no presentan este trastorno del lenguaje. En general, se intenta observar el comportamiento idiosincrásico del habla afásica frente al habla no afásica, siempre teniendo en cuenta que, habitualmente, la *afasia fluente* o *de Wernicke* se considera funcional y común desde un punto de vista de la articulación fonética.

PALABRAS CLAVE: pausas, grupo fónico, duración, afasia de Wernicke, prosodia.

Resum

Aquest treball d'investigació pretén fer una comparativa de caràcter descriptiu entre la prosòdia de pacients amb afàsia de Wernicke i la d'altres parlants que no experimenten aquest trastorn del llenguatge. En general, s'intenta observar el comportament idiosincràtic de la parla afàsica davant la no afàsica, sempre tenint en compte que, habitualment, l'afàsia fluent o de Wernicke es considera funcional i comuna des d'un punt de vista de l'articulació fonètica.

PARAULES CLAU: pauses, grup fònic, duració, afasia de Wernicke, prosòdia.

Abstract

In this paper we compare, from a descriptive point of view, Wernicke's aphasics prosody with prosody of speakers without this symptomatology in Spanish language. In general, the goal is to observe the idiosyncratic behavior of aphasic speech in front of not aphasic speech, always bearing in mind that, habitually, the fluent aphasia or Wernicke's aphasia is considered functional and common from a phonetic joint.

KEYWORDS: pauses, phonic group, duration, Wernicke aphasia, prosody.

1. Introducción

Los objetivos de este estudio se dirigen al estudio de algunas marcas prosódicas en hablantes que presentan afasia de Wernicke. En concreto, a partir de la delimitación en grupos fónicos del continuum hablado, analizaremos su duración, así como la duración de las pausas o la velocidad de habla, con la intención de clarificar cuál es la caracterización prosódica, en cuanto vacíos de F0, del habla afásica (en su variedad fluente, Gallardo y Sanmartín 2005). Así, este artículo intenta caracterizar rasgos prosódicos vinculados a factores durativos o de segmentación del continuum hablado, sobre todo, la duración de las pausas, la velocidad de habla y la duración de los grupos fónicos. Así mismo, se compararán los resultados obtenidos con datos registrados en diferentes contextos del habla no afásica (Cabedo 2006), es decir, en diferentes géneros discursivos (tertulia, debate, entrevista...).

En principio, la definición de la afasia pone de manifiesto que los hablantes con tal sintomatología no presentan peculiaridades a nivel prosódico; de hecho, su habla es comprensible fonéticamente. Por tanto, lo que se pretende estudiar aquí es si los factores fronterizos de grupo fónico (pausas), así como su duración o la velocidad de habla, son singulares en los hablantes afásicos o si, por el contrario, presentan un comportamiento de segmentación prosódica idéntico a hablantes no afásicos.

2. Definición de afasia

La noción de *afasia* surge del término griego *phasia* (palabra) y, en ese sentido, significa “ausencia de palabra”, o lo que es lo mismo, el hablante encuentra graves dificultades para expresar con palabras aquello que quiere decir.

Habitualmente, la *afasia* acontece en seres adultos que, por diversas circunstancias (accidentes, enfermedades, etc.), experimentan una disfunción en el módulo cerebral destinado a la generación del lenguaje; el problema parece radicar en el sistema nervioso central, que resulta afectado. Por su parte, el origen de la *afasia* suele venir motivado por accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismos craneanos y tumores cerebrales.

Hay diferentes clasificaciones de la *afasia* según el grado de incidencia en el sistema comunicativo del paciente afectado; esto es, la *afasia* puede definirse según la mayor o menor repercusión lingüística en diferentes planos: morfosintáctico, semánticopragmático, etc. (Janz y Pujol 2001). Así pues, la *afasia de Wernicke* o *afasia sensitiva* se define por los siguientes rasgos (Gallardo y Sanmartín 2005: 11-12):

- Velocidad de habla normal.
- Frecuentes neologismos o creaciones léxicas, dado que el sujeto no siempre es capaz de expresar las cosas con vocabulario común.
- Correcta articulación fonética de las palabras.
- Problemas en la parte de comprensión.
- Graves dificultades para designar objetos y nombrar referentes.

El afásico, por su parte, tiene tendencia a ser *anosognósico*, es decir, no suele ser consciente de su deficiencia expresiva o comprensiva. En *afasias* más leves, como la del Paciente 2 de nuestro estudio, la no consciencia provoca que hable sin parar y sin percatarse de su función como interlocutor, es decir, de persona que no solo habla, sino que también debe ceder en ocasiones el turno de palabra.

3. Corpus¹

El corpus recogido en este estudio es pequeño y no debe inducir a conclusiones válidas y concluyentes sobre el carácter global del fenómeno afásico; ahora bien, sí debe considerarse un estado de la cuestión, puesto que así ha sido diseñado.

En consecuencia, el corpus utilizado consta de 3 hablantes que presentan *afasia*, si bien en distintos grados. El primer paciente (Paciente 1 en referencias posteriores) tenía 71 años en el momento de la grabación. Es un hablante bilingüe (catalán como primera lengua) y presenta serios problemas de referencia léxica. Por su parte, el segundo hablante (Paciente 2) tenía 52 años y sus problemas de *afasia* estaban originados por un tumor cerebral que le fue extirpado con éxito mediante una operación quirúrgica. Este hablante tiende al fenómeno que se conoce como *logorrea*, es decir, se trata de hablar mucho y sin hacer excesivas pausas que den pie a que el interlocutor pueda intervenir en la conversación. Debemos recordar, así pues, que los pacientes afásicos presentan trastornos en el área de comprensión y, por tanto, intentan adoptar la posición más cómoda (la del sujeto hablante); otros hablantes, sin embargo, manifiestan la tendencia inversa, es decir, se decantan por el silencio.

Finalmente, el último hablante es una mujer (Paciente 3), de 78 años y bilingüe (lengua materna, el catalán). Si bien tiene grandes dificultades para comprender las preguntas que le son realizadas, es capaz de comunicarse mediante la palabra y, sobre todo, a través de gestos. Su postura es la contraria a la del Paciente 2, es decir, su comportamiento habitual es el de quedarse callada antes las imprecaciones de sus interlocutores; bien porque no entiende realmente lo que le dicen, bien porque no es capaz de expresar aquello que quiere decir.

4. Metodología

El estudio prosódico de las pausas se ha realizado mediante el programa de sistematización acústica PRAAT, disponible en www.fon.hum.uva.nl/praat/. Para ello, hemos utilizado además un *script* de Setsuko Shirai, investigadora de la Universidad de Washington, que hemos modificado según los intereses de nuestra investigación.

En concreto, su *script* *Create Table.praat* (disponible en home.myuw.net/ssetsuko/praatScripts) recoge los valores de F0, de intensidad y de los

¹ El corpus de este estudio procede del corpus PerLA, diseñado y elaborado en el área de Lingüística General de la Universitat de València.

formantes por cada milésima de segundo. En nuestro estudio, hemos modificado el apartado que tenía que ver con el análisis de formantes y hemos dejado la tabla con los valores de F0. Por otro lado, una de las funciones más importantes de este *script* es que esa tabla queda guardada en un documento de *Excel* (.xls), con el que posteriormente podemos realizar diferentes operaciones de filtrado y otros cálculos matemáticos (reajuste porcentual de tono, por ejemplo).

Así, los valores ausentes de F0 han sido considerados como vacíos frecuenciales potencialmente indicativos de pausa entre unidades entonativas. De este modo, la unidad de estudio elegida para este estudio es la del *grupo fónico*, definida por Navarro Tomás (1944) como “la porción de discurso comprendida entre dos pausas”.

En este caso, analizaremos únicamente los vacíos frecuenciales (pausas más o menos significativas) y no tanto el comportamiento del estrato tonal (ascensos o descensos de la F0), ya que consideramos que ese factor puede ser motivo de investigación para un estudio posterior más detallado.

En ese sentido, el *script* de Shirai ofrece valores de F0 a lo largo de las secuencias fónicas introducidas en PRAAT por cada centésima de segundo (0,01 segundos). En un análisis posterior mediante el programa *Excel*, se sistematizan los resultados y se extraen todos los vacíos de F0 que aparecen. De ellos, algunos formarán parte del componente puramente segmental (duración de las sibilantes, explosión de las oclusivas, etc.); estos, por tanto, no serán considerados frontera de grupo fónico, puesto que su posición puede ser variable (principio, medio o final de palabra). Por ejemplo, los resultados obtenidos quedarían como sigue:

TIEMPO	VALOR F0
24,64	295,00
24,65	295,78
24,66	0
24,67	0
24,68	0
24,69	0
24,7	0
24,71	0
24,72	0
24,73	0
24,74	0
24,75	0
24,76	0
24,77	0
24,78	215,00

24,79	212,93
24,8	211,11

Tabla 1

En la anterior tabla, podemos observar que desde el valor de F0 anterior al primer 0 (en concreto 295,78 Hz en el tiempo 24,65) hasta el siguiente valor de F0 (215 Hz en el tiempo 24,78) hay una pausa de 0,12 segundos; probablemente, ese vacío corresponde a una consonante oclusiva o a alguna sibilante. No obstante, a partir de 0,20 podemos considerar que se tratan de vacíos de F0 potencialmente indicativos de pausa, a no ser que se trate de un hablante que alargue excesivamente alguna consonante como, por ejemplo, el fonema /s/.

Por otro lado, se han seleccionado cinco intervenciones de diferente duración de cada hablante del corpus (unos 50 segundos de media para cada intervención). Posteriormente, se ha procedido a su segmentación en grupos fónicos.

5. Pruebas estadísticas

Como prueba estadística, el análisis de la varianza o ANOVA (del inglés *analysis of variance*) pretende ofrecer explicaciones sobre la manera en la que se estructuran los datos de una o más variables dependientes numéricas a partir de una variable independiente categórica con más de dos factores internos.

Por su parte, la varianza de las observaciones de un conjunto de datos es “el promedio del cuadrado de las distancias entre cada observación y la media del conjunto de observaciones” (Canavos 1988: 15). Así mismo, el hecho de que esas distancias se eleven luego al cuadrado evita que luego trabajemos con número negativos, ya que este factor podría sobrellevar ciertos errores en nuestro análisis. En otro sentido, la función básica de los modelos estadísticos basados en ANOVA es que permite analizar medias entre grupos o factores.

En este estudio hemos utilizado la prueba ANOVA (análisis de la varianza) que, en general, compara las medias de dos variables numéricas a través de la clasificación que proporciona una variable categórica o grupal. Por ejemplo, a través de esta prueba se pretende observar la cercanía entre grupos en cuanto a las medias de una determinada variable para poder señalar si estos grupos forman parte de una misma población o si, por el contrario, constituyen poblaciones distintas.

Por ejemplo, ante la variable de duración de la pausa, se intentará observar si la duración media es idéntica para los tres hablantes de nuestro corpus o si cada hablante utiliza un tipo de pausas distinto. A su vez, también queremos comparar los resultados globales de esa comparación en contraste con los de hablantes que no presentan síntomas de afasia, es decir, hablantes normales de español.

6. Géneros entonativos

Los datos que se contrastan con los obtenidos de los hablantes afásicos proceden de estudios anteriores (Cabedo 2006, 2007 y 2009). En esos estudios intentamos en su momento esbozar una panorámica general sobre distintos aspectos prosódicos (pausa, rango tonal, etc.) en diferentes géneros:

- **Tertulia.** Se trata, por lo tanto, de un tipo de discurso donde predomina la interacción entre sujetos. Las tertulias televisivas o radiofónicas suelen estar dirigidas por un presentador que plantea el tema para debatir y por un conjunto de sabios que exponen sus ideas. Pero una tertulia no tiene porque estar dirigida; piénsese en las constantes tertulias literarias que han existido a lo largo de los siglos.
- **Corresponsal de noticias.** Conexiones en directo con los distintos corresponsales que hay a lo largo del mundo y cuya función es acercarse lo máximo posible a la *noticia*.
- **Presentador de telediario.** El principal objetivo del lenguaje de un presentador, sea del tipo que sea, es contar la noticias en un lenguaje preciso, claro y neutral. La preparación del periodista debe quedar demostrada, ya que en un telediario no se permite volver atrás para leer la información como sí puede hacer un lector con un periódico.
- **Retransmisión deportiva.** Lo que primero se evidencia en una retransmisión deportiva es la *velocidad* y la *intensidad* con que se pronuncian las palabras. Si existe un género enfático, prosódicamente hablando, este sería su mejor representante.
- **Conversación.** La conversación supone, pues, una interacción comunicativa relacionada con tres conceptos fundamentales: *la situación comunicativa*, el *acontecimiento comunicativo* (o acontecimiento del hablar) y el *acto comunicativo* (o acto del hablar) (Moreno Fernández, 1998:163) Las situaciones comunicativas pueden ser de distintos tipos y están relacionadas con los diferentes contextos que podemos encontrar.
- **Entrevista.** Lo que se pretendía con la grabación de esta entrevista era conseguir mantener una *conversación* más o menos informal, donde lo importante no era el intercambio de turnos (lo cual lo hubiera convertido en una conversación cotidiana), sino el deseo de que el entrevistado hablara lo máximo posible, pues es su tipo de expresión lingüística lo que interesa al entrevistador.

Para el rasgo que intentamos analizar aquí, el vacío frecuencial (entendido aquí como pausa) y la duración de los GF (grupos fónicos), los resultados obtenidos para los diferentes géneros fueron los siguientes (Cabedo 2007):

	DUR. GF		DUR. PAUSA
Media presentador	2,45	Media entrevista	0,611
Media Corresponsal	2,28	Media conversación	0,47
Media retransmisión	2,04	Media Tertulia	0,341
Media conversación	1,92	Media discurso político	0,329
Media tertulia	1,91	Media Presentador	0,261
Media entrevista	1,86	Media Corresponsal	0,217
Media discurso político	1,69	Media retransmisión	0,18
	SÍLABAS		SÍLABAS SEGUNDO
Media presentador	18,44	Media Retransmisión	7,59
Media retransmisión	15,49	Media presentador	7,52
Media Corresponsal	15,18	Media corresponsal	6,65
Media tertulia	12,66	Media tertulia	6,62
Media conversación	12,54	Media conversación	6,53
Media discurso político	10,56	Media entrevista	6,08
Media entrevista	10,29	Media discurso político	5,67

Tabla 2

4. Análisis de los datos recogidos

En este apartado, se exponen los resultados obtenidos en el análisis del corpus recogido; sobre todo, los factores analizados han sido los siguientes: duración de las pausas posteriores a un grupo fónico, número de sílabas, duración de los grupos fónicos y velocidad de habla.

A primera vista, lo que más sorprende de los hablantes afásicos es que, en ocasiones, parecen hablantes sin ningún tipo de disfunción comunicativa. Concretamente, esto puede observarse en el aspecto fonético, donde sus articulaciones son nítidas y perceptivamente definidas.

Ahora bien, a partir de los datos, puede indicarse que los pacientes con afasia experimentan un mayor número de reformulaciones, es decir, presentan una tendencia constante a buscar otra palabra distinta a la que están diciendo, bien porque aquella que dicen no es la que querían expresar, bien porque no terminan de visualizar mentalmente la forma fonológica de la palabra.

Por otro lado, muchas de las intervenciones del paciente afásico quedan teñidas de una *opacidad lingüística*, en tanto en cuanto no son capaces de mantener el hilo del discurso y, a veces, sus contribuciones a la conversación se dispersan del tema concreto de su intervención. Así mismo, su discurso queda muchas veces trunco, ya que no siempre pueden terminar aquella idea que habían comenzado a expresar.

5. Pausas entre grupos fónicos

En principio, de los hablantes con afasia, dado que expresan un gran número de reformulaciones en sus enunciados, cabría esperar que mantuvieran una duración pausal mayor a la de otros discursos más habituales (como el de la conversación coloquial o el de la entrevista).

Los resultados obtenidos para los tres hablantes de nuestro corpus fueron los siguientes:

	N	Media	Desviación típica	Error típico
Paciente1	260	,5632	,61930	,03841
Paciente2	166	,3534	,35889	,02786
Paciente3	245	,3754	,37335	,02385
Total	671	,4427	,48991	,01891

Tabla 3

La media general oscila entre los 0,40 segundos y los 0,50 segundos. En general, se trata de una pausa bastante elevada, teniendo en cuenta que en el discurso espontáneo las paradas entre grupos fónicos suele ser menor. Ahora bien, en nuestro corpus, el paciente 1 presenta unas pausas mayores (0,56 segundos), precisamente porque experimentaba un grado más elevado de afasia. Por su parte, el paciente 2, en principio el más rehabilitado de los tres, presenta resultados muy cercanos a los de la paciente 3, esto es, unos 0,35 segundos de media.

En ese sentido, la prueba ANOVA distingue los resultados del paciente 1 de los de los pacientes 2 y 3, como podemos observar en la siguiente tabla:

ANOVA					
Pausa posterior					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6,210	2	3,105	13,416	,000
Intra-grupos	154,598	668	,231		
Total	160,808	670			

Tabla 4

Con un valor p inferior a 0,05 rechazamos la igualdad de medias y debemos concluir que hay diferencias entre los grupos de la variable independiente. Así, a partir del contraste entre las medias de los diferentes grupos (Paciente 1, Paciente 2 y Paciente 3) se debe concluir que sus resultados, de modo estadístico, no pertenecen a un mismo estado de la realidad, ya que, objetivamente, las pausas del Paciente 1 son mayores a las de los otros.

Una vez conocido que los grupos no forman parte de una misma población, debemos analizar cuáles son los grupos que se diferencian. Para ello, hemos aplicado mediante SPSS la prueba de Tukey y, también, la prueba de Dunnett, para observar qué grupos se distinguen del resto. En tal sentido, los resultados han sido los siguientes:

Comparaciones múltiples							
Variable dependiente: Pausa posterior							
	(I) Partcod	(J) Partcod	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Paciente1	Paciente2	,20980*	,04779	,000	,0975	,3221
		Paciente3	,18784*	,04283	,000	,0872	,2885
	Paciente2	Paciente1	-,20980*	,04779	,000	-,3221	-,0975
		Paciente3	-,02195	,04836	,893	-,1356	,0916
	Paciente3	Paciente1	-,18784*	,04283	,000	-,2885	-,0872
		Paciente2	,02195	,04836	,893	-,0916	,1356
T3 de Dunnett	Paciente1	Paciente2	,20980*	,04745	,000	,0961	,3235
		Paciente3	,18784*	,04521	,000	,0795	,2962
	Paciente2	Paciente1	-,20980*	,04745	,000	-,3235	-,0961

		Paciente3	-,02195	,03667	,908	-,1099	,0660
	Paciente3	Paciente1	-,18784*	,04521	,000	-,2962	-,0795
		Paciente2	,02195	,03667	,908	-,0660	,1099
*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.							

Tabla 5

Como indica la tabla anterior, quedan confirmadas las apreciaciones anteriores. El Paciente 1 presenta diferencias tanto con el Paciente 2 como con la Paciente 3. Por su parte, estos últimos sí pertenecen inicialmente al mismo grupo.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, las medias pausales entre el Paciente 2 y la Paciente 3 presentan niveles más homogéneos que los del Paciente 1, que son claramente superiores:

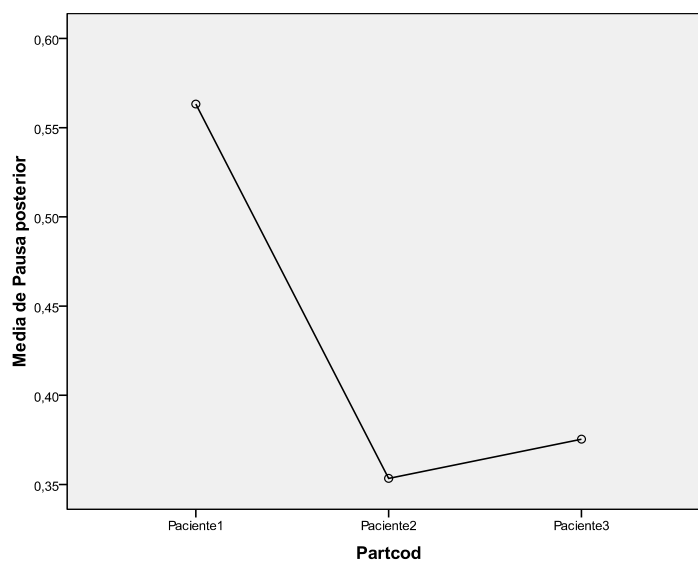


Fig.1

Ahora bien, a partir de aquí debe entrar el criterio cualitativo, puesto que los márgenes pausales del Paciente 1 deben explicarse desde un punto de vista lingüístico. En la entrevista en la que estaba siendo grabado, el Paciente 1 dudaba mucho y se paraba constantemente; así, dado que los entrevistadores o familiares que tenía a su alrededor le animaban a seguir con gestos o palabras *soto voce*, este seguía manteniendo el turno. Por tanto, sus intervenciones, en realidad, podrían estar integradas por diferentes *subintervenciones*, ya que no eran secuencias de habla mantenidas por decisión propia de salvaguardar el turno (como sí hace, por ejemplo, el Paciente 2), sino por influencia de factores humanos ajenos (personas que le animaban a seguir hablando).

Para poder entender mejor lo que estamos diciendo hemos clasificado las pausas en 5 categorías, como puede observarse en la siguiente tabla y gráfico:

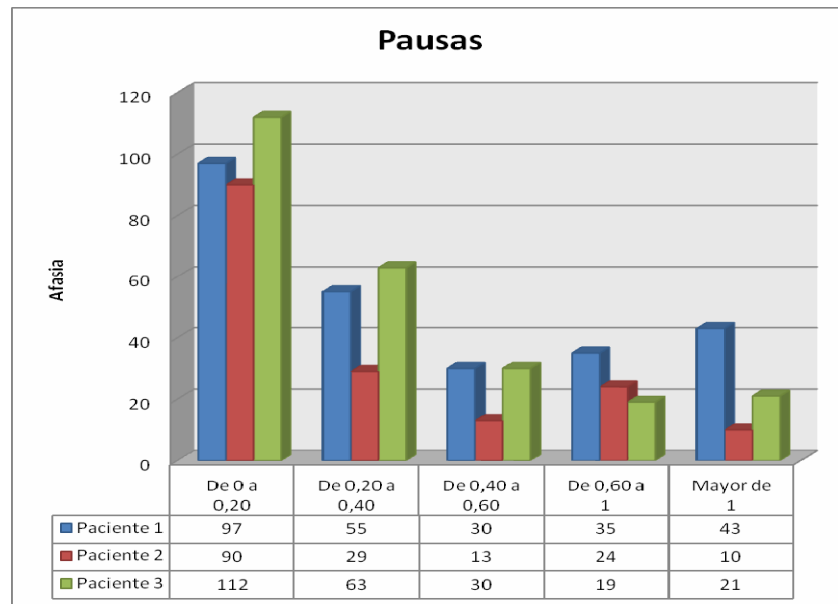


Fig.2

Como puede observarse, los valores del Paciente 1 empiezan a desligarse mayoritariamente del resto a partir de las últimas dos categorías (de 0,60 a 1 segundo, mayor de 1 segundo). Curiosamente, el Paciente 2, el más rehabilitado, presenta valores pausales siempre inferiores a los otros dos, puesto que, en general, su habla se acerca en gran medida a la de hablantes sin disfunciones comunicativas. Así, desde un punto de vista comunicativo, el Paciente 2 no presenta síntomas prosódicos que evidencien de manera directa su condición de paciente afásico.

Por tanto, si prescindimos de los valores pausales mayor de 1 segundo que no forman parte de una elocución espontánea (aquellos que no proceden de la intención del hablante por mantener el turno de habla, sino de la participación de otros factores), los resultados quedarían como siguen:

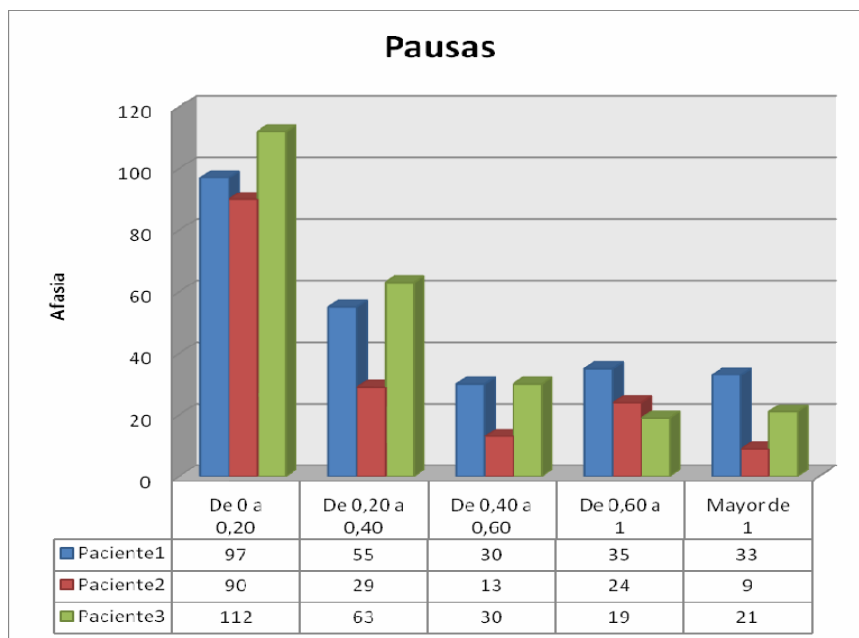


Fig.3

Como indica el gráfico anterior, hay niveles más homogéneos entre los 3 grupos, si bien el Paciente 2 (por motivos que ya hemos comentado con anterioridad), se desmarca del Paciente 1 y del Paciente 3 precisamente porque es un hablante rehabilitado, mientras que los otros experimentan un grado de afasia mayor; dato que puede observarse en un mayor número de reformulaciones y en un problema evidente para mantener la hilaridad en el discurso propio.

Por tanto, una vez analizados los datos entre pacientes afásicos, podemos concluir que presentan una media pausal de 0,35 a 0,40 segundos (una vez excluidos los valores atípicos del Paciente 1). Ahora bien, lo que interesa es observar si esos datos son idiosincrásicos o si, por el contrario, pueden ser similares a algunos de los resultados obtenidos en el análisis de hablantes sin afasia en otros contextos o géneros discursivos. Para ello, volvemos a incluir la tabla de la duración pausal:

	Dur pausa
Media entrevista	0,611
Media conversación	0,47
Media tertulia	0,341
Media discurso político	0,329
Media presentador	0,261
Media corresponsal	0,217
Media retransmisión	0,18

Tabla 6

Como puede observarse, el registro pausal de los afásicos queda a medio camino entre los valores de la conversación coloquial (habla espontánea y sin toma de turno predeterminada) y los de la tertulia (habla espontánea pero unidireccional [sobre un tema] y con una toma de turno más predeterminada). Este dato es evidente, puesto que en la tertulia, por ejemplo, hay mayor grado de preparación discursiva sobre el *dictum*; el hablante, en estos casos, intenta aportar contribuciones significativas a un contexto de interacción sociocomunicativa; esto es, a partir de un tema determinado (la excelencia de la narrativa de Virginia Woolf, por ejemplo) el hablante intenta contribuir de forma relevante y, para ello, piensa más sus enunciados. Ahora bien, un *tertuliano* contribuye a la interacción discursiva con una forma lingüística completa en el sentido comunicativo, es decir, sus intervenciones, si presentan grupos fónicos truncos o inacabados, no es por indecisión o por incapacidad expresiva, sino porque se pretende mejorar lo dicho, se intenta pulir al máximo el apartado expresivo.

Por otro lado, la duración de las pausas es menor en la tertulia que en la conversación coloquial: la tertulia presenta 0,34 segundos para cada pausa y la conversación, 0,47. La tertulia de sabios parece algo más veloz que la conversación coloquial, quizá la explicación resida en el hecho de que los *sabios* saben que están siendo grabados, ya que sus intervenciones entran dentro de un programa televisivo o radiofónico. Su presupuesto es que el programa tiene un horario y, aunque tratan de abordar los temas como si de una conversación coloquial se tratara, también deben acoplarse a él, en cierta manera como se hace en el telediario, pero con menor rigidez.

Por su parte, el paciente afásico, como ya hemos comentado, tiene grandes dificultades para encontrar formas lingüísticas concretas (palabras, oraciones, etc.) que sirvan de recipiente a sus ideas. Esto es lo que condiciona su discurso y hace que sea más lento y menos fluido. Por ejemplo, si observamos la segunda intervención del Paciente 1 podemos entender mejor todo lo que decimos.

Participante 1_Intervención_2. y que no- que no/ y me ((volvía))/ y sin embargo/ yo↑/ algo- algunas ((credes))// (5.0) cuando/ creo bien/ y las/ ((saco))// después está/ hoy/ (AMBAS MANOS AL PECHO)/ cuando me daba to(do)/ con la- la- la ((guanta))/ del-/ de-/ ¡ay!/ ¡xe!/ cómo/ de decir/ que yo no he podido/ a poder/ (GOLPES SOBRE UNA MESA) y decirle a mi mujer/ *QUE ME ESTÁ SALTANDO UN GAT*// y ayer↑/ cada dos o tres→/ dos o tres→/ o cuatro treces/ para empede- de-/ anaar/ al- al- a laa-// quan aní al metge↑

Lo primero que debemos apreciar en la intervención anterior es que el discurso es caótico y carente de sentido. En primer lugar, hay fenómenos de reformulación constante (*y que no-, con la-, algo-...*); en segundo lugar, se observan creaciones léxicas o proyectos de formas neológicas (*credes, empede-*); en tercer lugar, el hablante hace un intento por utilizar recursos habituales en el habla coloquial como, por ejemplo, el discurso indirecto en *y decirle a mi mujer/ QUE ME ESTÁ SALTANDO UN GAT*. Por su parte, las repeticiones también son constantes (*al- al; dos o tres→, dos o tres→*). Así mismo, el hablante tiende a

mezclar lenguas: *¡xe!, quan aní al metge...* Todo ello, por tanto, induce a pensar que el discurso afásico, como hemos visto, es un discurso pausado y reflexivo, si bien los resultados elocutivos no son consistentes. El hablante piensa lo que quiere decir, pero no es capaz de expresarlo con solvencia.

Con ello, se rompe la linealidad prosódico-comunicativa, según la cual a mayor cuidado prosódico, mayor solvencia comunicativa; esto es, cuando el hablante controla sus enunciados de manera más férrea (mediante unas pausas mayores, un tono más marcado, una intensidad mayor...), suele conseguir que sus intervenciones sean comunicativamente más relevantes, puesto que suelen desaparecer fenómenos expresivos producto de la velocidad expresiva (anacolutos, enunciados truncos, reformulaciones, etc.). En el caso del paciente afásico, el control prosódico es mayor que el de un hablante sin *afasia*, aunque sus enunciados, desde un punto de vista semánticopragmático, son incoherentes y faltos de sentido.

6. Duración de los grupos fónicos

Las unidades de habla que analizamos en este estudio (grupos fónicos) pueden tener una consideración variable según el hablante que estudiemos. En principio, el mayor número de reformulaciones observado y la duración de las pausas hacen suponer que los grupos fónicos empleados por los afásicos tienen también una duración superior a lo habitual.

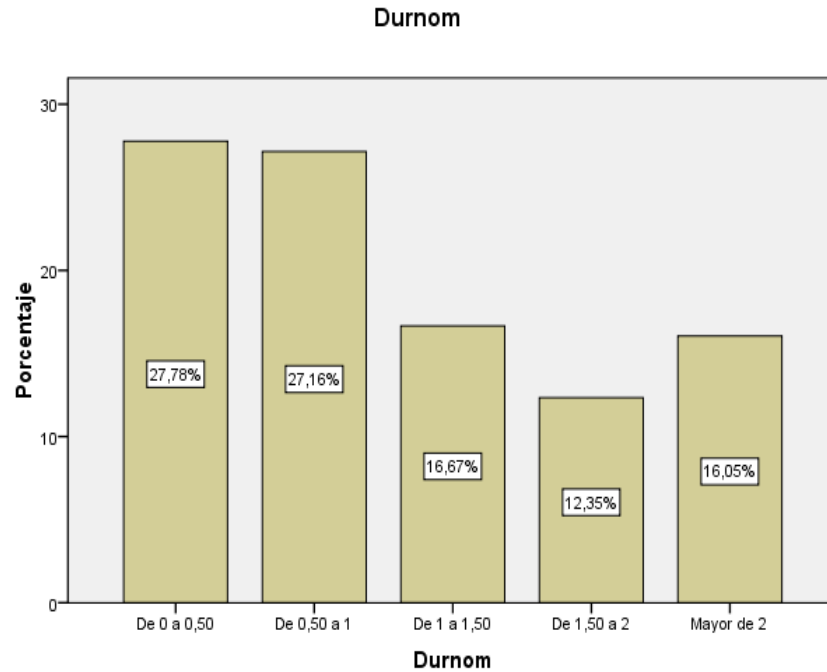
Ahora bien, si atendemos a los resultados generales encontramos lo siguiente:

Informe			
Duración grupos fónicos			
Partnom	Media	N	Desv. típ.
Paciente 1	1,2798	137	1,02560
Paciente 2	1,1322	74	1,28402
Paciente 3	,9626	114	,71633
Total	1,1349	325	1,00562

Tabla 7

Mientras el Paciente 1 y el Paciente 2 tienen grupos fónicos similares (con una duración alrededor de 1,20 segundos), la Paciente 3 presenta grupos fónicos con una duración menor (media de 0,96 segundos). En general, podemos decir que la duración media del grupo fónico de un paciente afásico suele oscilar entre 1 segundo y 1,20 segundos.

Así mismo, dentro de esa media general, debemos observar el comportamiento categorial de esa duración. Por tanto, hemos secuenciado los resultados obtenidos según diferentes categorías, que exponemos en el siguiente gráfico:

**Fig.3**

En el gráfico anterior, podemos observar que el 55% de resultados obtenidos presenta una duración de grupo fónico de 0 a 1 segundo de media. Ahora bien, lo que interesa en este punto es discernir si la diferencia entre sujetos es también significativa, es decir, si los diferentes hablantes del corpus se comportan de manera diferente a la hora de construir grupos fónicos en el habla espontánea.

Para ello, hemos realizado la prueba ANOVA para observar si la variable dependiente se comporta de un modo diferente según el grupo de la variable independiente; es decir, queremos observar si la duración de los grupos fónicos es estadísticamente diferente para los diferentes hablantes. El resultado estadístico ha sido el siguiente:

ANOVA					
Duración de los grupos fónicos					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6,259	2	3,130	3,136	,045
Intra-grupos	321,392	322	,998		
Total	327,652	324			

Tabla 8

Con un valor p de 0,045 (muy cercano a 0,05), debemos rechazar la igualdad de medias y confirmar que, estadísticamente, hay diferencias entre los sujetos; es decir, que como habíamos comentado con anterioridad, la Paciente 3 presenta una media de grupo fónico inferior a la del resto de sujetos analizados.

Ahora bien, mediante pruebas *post hoc* (aquellas pruebas estadísticas que nos dicen la similitud o diferencia entre grupos y que concretan qué grupos se parecen y qué grupos se diferencian), hemos obtenido los siguientes resultados:

Comparaciones múltiples							
Variable dependiente: Duración grupos fónicos							
	(I) Partnom	(J) Partnom	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Paciente 1	Paciente 2	,14762	,14413	,562	-,1918	,4870
		Paciente 3	,31715*	,12665	,034	,0189	,6154
	Paciente 2	Paciente 1	-,14762	,14413	,562	-,4870	,1918
		Paciente 3	,16953	,14914	,492	-,1816	,5207
	Paciente 3	Paciente 1	-,31715*	,12665	,034	-,6154	-,0189
		Paciente 2	-,16953	,14914	,492	-,5207	,1816
T3 de Dunnett	Paciente 1	Paciente 2	,14762	,17308	,777	-,2711	,5663
		Paciente 3	,31715*	,11036	,013	,0519	,5824
	Paciente 2	Paciente 1	-,14762	,17308	,777	-,5663	,2711
		Paciente 3	,16953	,16365	,659	-,2275	,5665
	Paciente 3	Paciente 1	-,31715*	,11036	,013	-,5824	-,0519
		Paciente 2	-,16953	,16365	,659	-,5665	,2275

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla 9

Como se observa en la tabla anterior, la Paciente 3 solo se diferencia del Paciente 1, mientras que el Paciente 2 es idéntico a la Paciente 3 y al Paciente 1, es decir, queda a medio camino entre el resultado de uno y el resultado de otro. Queda explicar por tanto por qué motivo los resultados de la Paciente 3 son inferiores al resto.

Desde un punto de vista cualitativo, esta hablante presenta dos singularidades en el nivel prosódico: en primer lugar, habla con un tono de voz muy bajo y, en segundo lugar, presenta graves dificultades en el nivel expresivo, al igual que el Paciente 1; aun así, la Paciente 2 opta por mantener el discurso de un modo lo más fluido posible a nivel

prosódico, mientras que el Paciente 1, como comentamos en el apartado anterior, se paraba constantemente. A su vez, de la misma forma que con el Paciente 1, la Paciente 2 tiene un entorno familiar durante la entrevista que la condiciona a seguir hablando.

Por otro lado, la división categorial por cada hablante podemos analizarla en el siguiente gráfico:

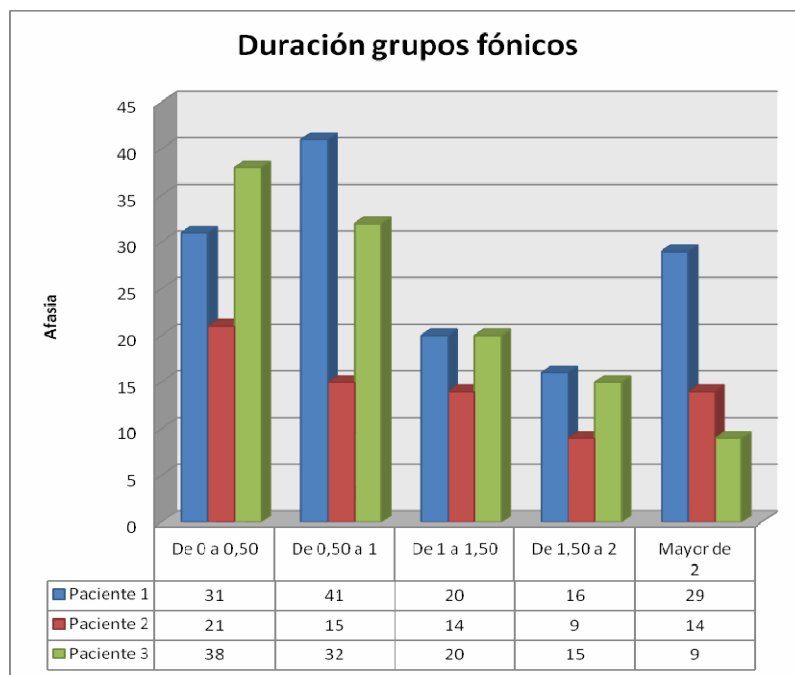


Fig. 4

En este gráfico, por tanto, observamos una gran cercanía en todas las categorías menos en la categoría de 0,50 a 1 segundo (donde el Paciente 2 tiene resultados menores) y en la categoría mayor de 2 segundos (donde el Paciente 1 tiene resultados mayores). Observamos, en ese sentido, varias tendencias.

En primer lugar, el Paciente 2 (el más rehabilitado lingüísticamente) presenta cierta homogeneidad en sus resultados globales. Mantiene una linealidad más o menos constante, es decir, utiliza alternativamente grupos fónicos que oscilan entre los 0,50 segundos y aquellos que son mayor de 2 segundos. Esto se debe, básicamente, a que, desde un punto de vista prosódico, el Paciente 2, por haber mejorado sus facultades comunicativas, es capaz de utilizar segmentos fónicos de diferente variabilidad según su cometido final (duración menor en las reformulaciones, duración mayor en los pensamientos complejos, etc.). Veamos, por ejemplo, una muestra de sus intervenciones:

Participante 2_Intervención_1. sí/sii/ entonces/entonces↑ tenía ah- ah- ah- ah/ quee y no tenía ningún mal NEGACIÓN)//quiero decir/que no- lo que- eeh/ yo siempre pongo acento//que/ eeh//el- las cuestiones rotundas↑ (ABRE

LA MANO DERECHA)//es decir//debe haber algo//decir/eeh/ una afagia/poss/ya tenemos aquí↑/se dan estaas- / estas connotaciones↑/ caa bee cee/ eso es una afagia// ya tenemos el hombre que pierde el goorro/el- eh un hombre/ que ha ido a la mili↑/que ha estao con los legionarios↑/que no re- que recuerda la guerra de Vietnam yy estas cosas vale ((¡ay!))//peroo/ y- eeh/ va leyendo la teoría/ eso me ha pasao a mí↓// PERO LO HE SUPERAOO (LEVANTA LA MANO DERECHA)

En este ejemplo, encontramos tanto grupos mínimos (*sí, síi, decir, eeh, peroo, y- eeh...*) como grupos mayores (*que no re- que recuerda la guerra de Vietnam yy estas cosas vale ((¡ay!)), eso me ha pasao a mí...*). En el primer caso, el de los grupos mínimos, se trata de afirmaciones categóricas (*sí*), marcadores del discurso (*peroo*), pausas oralizadas (*eeh*), etc., es decir, no son segmentos comunicativamente significativos, sino que constituyen elementos procedimentales. Por su parte, los segmentos fónicos más duraderos constituyen oraciones semánticopragmáticamente comunicativas, es decir, tienen un sentido identificable (*subactos* o *actos* en la terminología del grupo Val.Es.Co [Briz y otros 2002]) y, por tanto, podrían constituir en su contexto intervenciones autónomas.

Por otro lado, los resultados del Paciente 1 quedan integrados prácticamente en dos módulos separados: el de resultados mínimos (entre 0 y 1 segundo) y el de resultados máximos (más de 2 segundos). Así pues, lo característico del Paciente 1 es que el intersticio entre 1 segundo y más de 2 segundos tiene menos resultados que las categorías mencionadas. En otro sentido, mientras que los enunciados del Paciente 2 podían convertirse en intervenciones en su contexto, los *actos* y *subactos* no presentan coherencia semánticopragmática. Por ejemplo, podemos observarlo en la siguiente intervención:

Participante 1_Intervención_3. a veces ((pongo))/ en otros ((xx))/ es→/ y siempre- / siempre/ antiguamente↑/ ((xx))/ de la red/ de hacer las ((xx))/ las- / las ((xx xx))/ porque a veces otras veces han sido detrás mío/ cuando/ tú haces↑/ ta ta tre (GESTO DE RECOGER LA RED) // si a veces/ si lo que has/ ((respondido de eso))

Como puede observarse, el Paciente 1 utiliza secuencias fónicas de duración media, ni muy largas ni excesivamente cortas (*antiguamente, siempre, tú haces*), junto con secuencias fónicas algo más duraderas (*porque a veces otras veces han sido detrás de mí, si lo que has*). Ahora bien, la diferencia más evidente con el Paciente 2 es que, como comentábamos, el sentido de sus grupos fónicos no es discernible si no es a través de gestos (*GESTO DE RECOGER LA RED*) o de reconstrucciones metarrepresentacionales (Wilson 2000).

Finalmente, la Paciente 3 hace uso mayoritariamente de segmentos fónicos de duración media o de duración corta por igual, con lo que grupos fónicos mayores (mayores de 2 segundos) destacan por su menor presencia. Podemos observarlo en el siguiente ejemplo:

Participante 3_Intervención_2. sí/ a ver/ y a ver si entonces/ ((mis hijos))/ me podía a ver- a ver- a ver/ y eso/ pero- / pero un día que me encuentro bé/

(NEGACIÓN)R siempre/ pero a- a- alguna sí/ esoo es-/ pero mee-/(NEGACIÓN CON LAS MANOS) se'n va i és [sempr=]

En la anterior intervención, encontramos segmentos mínimos (*sí, pero-, y eso...*) junto con segmentos de duración media (*a ver, y a ver si entonces, pero mee-, esoo es...*) y alguno de duración más larga (*pero un día que me encuentro bé, pero a- a- alguna sí*). Al igual que sucedía con el Paciente 1, la Paciente 3 utiliza grupos fónicos que son mayoritariamente truncos y que no revisten un trasfondo semántico pragmático claro y directo, con alguna excepción (*pero un día que me encuentro bé*).

En último término, nos interesa comparar los resultados obtenidos en los tres pacientes afásicos con los datos recogidos en estudios anteriores (Cabedo 2007). Debemos atender, en primer lugar, a los datos que aparecen en la siguiente tabla:

	Tiempo
Media presentador	2,45
Media Corresponsal	2,28
Media retransmisión	2,04
Media conversación	1,92
Media tertulia	1,91
Media entrevista	1,86
Media discurso político	1,69

Tabla 10

Si tenemos en cuenta que la media se sitúa entre 1 y 1,20 para un paciente afásico, debemos señalar que se trata del grupo fónico más corto dentro de los que aparecen en la tabla anterior. En principio, si bien la duración de las pausas de los afásicos sí entraba en los márgenes del resto de discursos, en cuanto a duración de grupo fónico nos encontramos con duraciones claramente inferiores. Debemos tener en cuenta, en ese sentido, que los grupos fónicos de los hablantes sin afasia suelen ser mayoritariamente constitutivos de *acto* y *subacto*, mientras que los segmentos fónicos del paciente afásico son en gran medida enunciados truncos, sin coherencia, con entonación suspendida o inacabada en la mayoría de ocasiones.

Atendamos, por ejemplo, a una muestra de conversación coloquial de un hablante normal de español, sin ningún tipo de problema comunicativo (Briz y otros 2002):

V: da paso/ aunque/ da paso aa-/ aparece otra/ otraa adicional/ donde ee se/ mm va a establecer/ mm un procedimiento por el que- por el que se permita LA MOVILIDAD de los actuales psicopedagogos// al no aparecer lo de amortizar/ tampocoo quiero decir qu'es un puestoo/ no no qu'es un puestoo que sigue/ ¿eh?/ Entonces ee See- por el procedimiento que SE ESTABLEZCA también ¿eh?

Como puede observarse en el ejemplo anterior, hay una proliferación de secuencias fónicas largas y, en general, un gran número de ellas puede constituirse en *intervención* en el contexto en el que queda inmersa. Así pues, una de las grandes diferencias entre el discurso del paciente afásico y del hablante sin afasia es la duración de los grupos fónicos, en tanto en cuanto en el habla normal los hablantes presentan tendencia a emitir secuencias de habla más o menos coherentes (*mm un procedimiento por el que- por el que se permita LA MOVILIDAD de los actuales psicopedagogos*), si bien también podemos encontrar reformulaciones (*da paso aa-*), marcadores del discurso (*¿eh?*), etc.

7. Velocidad de habla

El último aspecto relacionado con la duración que trataremos en este apartado es el de la velocidad de habla. Para ello contabilizaremos el número de sílabas medio por cada grupo fónico de los hablantes con afasia y lo dividiremos por el tiempo de emisión de un grupo fónico, para observar la mayor o menor velocidad de habla, es decir, para saber cuántas sílabas pueden decirse en una determinada porción de tiempo.

En ese sentido, los resultados obtenidos por cada hablante han sido los siguientes:

Informe

Silabas			
Partinom	Media	N	Desv. típ.
Paciente 1	4,0778	90	2,67417
Paciente 2	5,6163	86	4,01224
Paciente 3	5,7010	97	3,61468
Total	5,1392	273	3,54110

Tabla 11

Como indica la anterior tabla, sucede algo similar a lo que ocurría con las pausas, es decir, el Paciente 2 y la Paciente 3 presentan valores más cercanos (unas 5,65 sílabas por grupo fónico), mientras que el Paciente 1 queda algo rezagado en ese aspecto (4 sílabas por grupo fónico). De la misma manera que en el caso de la pausa, la prueba ANOVA indica que hay diferencias entre el Paciente 1 y el resto de sujetos, con un valor p de 0,002 inferior, por tanto, al 0,05.

ANOVA					
Sílabas					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	151,588	2	75,794	6,279	,002
Intra-grupos	3259,123	270	12,071		
Total	3410,711	272			

Tabla 12

En tal sentido, las pruebas *post hoc* señalan qué grupos se asocian y cuáles se diferencian aunque, a partir del análisis previo de los datos, podemos concluir que el grupo 1 (Paciente 1) se diferencia del resto, como puede observarse en el siguiente gráfico:

Comparaciones múltiples							
Variable dependiente: Sílabas							
	(I) Partinom	(J) Partinom	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	Paciente 1	Paciente 2	-1,53850*	,52391	,010	-2,7732	-,3038
		Paciente 3	-1,62325*	,50849	,004	-2,8216	-,4249
	Paciente 2	Paciente 1	1,53850*	,52391	,010	,3038	2,7732
		Paciente 3	-,08475	,51459	,985	-1,2975	1,1280
	Paciente 3	Paciente 1	1,62325*	,50849	,004	,4249	2,8216
		Paciente 2	,08475	,51459	,985	-1,1280	1,2975
T3 de Dunnett	Paciente 1	Paciente 2	-1,53850*	,51638	,010	-2,7852	-,2918
		Paciente 3	-1,62325*	,46277	,002	-2,7384	-,5081
	Paciente 2	Paciente 1	1,53850*	,51638	,010	,2918	2,7852
		Paciente 3	-,08475	,56735	,998	-1,4523	1,2828
	Paciente 3	Paciente 1	1,62325*	,46277	,002	,5081	2,7384
		Paciente 2	,08475	,56735	,998	-1,2828	1,4523

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tabla 13

En general, podemos explicar este hecho de la misma manera que ya planteamos en el apartado de las pausas. El Paciente 1 suele detenerse en su enunciación, dado que, al no

encontrar las palabras, se queda pensativo o, en otro sentido, necesita que la gente de alrededor lo incentive un poco a seguir hablando. Es lo contrario que sucedía con la Paciente 3, ya que esta seguía hablando y no presentaba pausas tan marcadas. En cualquier caso, podemos señalar que el número de sílabas medio por grupo fónico suele ser de 5 sílabas para un hablante con afasia.

Si lo comparamos con datos de hablantes sin afasia, obtenemos contrastes altamente significativos:

	Sílabas
Media presentador	18,44
Media retransmisión	15,49
Media Corresponsal	15,18
Media tertulia	12,66
Media conversación	12,54
Media discurso político	10,56
Media entrevista	10,29

Tabla 14

El número de sílabas que puede encontrarse en cualquier discurso de un hablante sin afasia oscila, en general, de 10 a 18 sílabas, mientras que, como hemos comentado, el hablante afásico presenta grupos fónicos de unas 5 sílabas de media. Como puede observarse, se trata de una diferencia del 50% con otros discursos.

En líneas generales, el hecho de que haya un mayor número de reformulaciones y vacilaciones en el habla afásica condiciona que el número de sílabas por segmento fónico, así como la duración de estos sea menor al que podemos encontrar en hablantes no afásicos.

Lo curioso es que tanto el Paciente 2 (el más rehabilitado) como el Paciente 1 o la Paciente 3 presentan resultados similares en cuanto a la segmentación fónica del discurso. Cabría esperar, paradójicamente, que fuera el Paciente 2 el que se distanciara un poco de los anteriores, aunque no es así.

Por otro lado, en cuanto a la velocidad de habla (medido en número de sílabas por segundo), se han encontrado datos singulares. Dado que la duración media del grupo fónico de un hablante afásico es de 1,15, los resultados medios por cada uno de los hablantes del corpus son los siguientes:

	Sílabas	Sílabas por segundo
Paciente 1	4,07	3,6
Paciente 2	5,6163	4,96
Paciente 3	5,7010	5,04

Tabla 15

En general, se trata de una velocidad de unas 5 sílabas por segundo, también por debajo de los resultados obtenidos en otros discursos por hablantes no afásicos:

	Sílabas segundo
Media Retransmisión	7,59
Media presentador	7,52
Media corresponsal	6,65
Media tertulia	6,62
Media conversación	6,53
Media entrevista	6,08
Media discurso político	5,67

Tabla 16

En el caso de la velocidad de habla, como se desprende de los datos de la tabla anterior, los valores se nivelan un poco más. De hecho, las 5 sílabas por segundo quedan muy cercanas a las 5,67 sílabas por segundo del discurso político o las 6,08 de la entrevista. Aun así, es evidente que sigue existiendo una distancia considerable, puesto que un hablante afásico tiene diferentes inconvenientes que condicionan su expresión prosódica. En primer lugar, no es capaz de encontrar las palabras idóneas para expresar sus pensamientos; en segundo lugar, cuando empieza a hablar se percata en ocasiones de que lo que dice no es realmente lo que quiere decir; en tercer lugar, los constantes parones y reinicios condicionan un discurso mucho más lento y, en ese sentido, reflexivo, aunque se trata de una reflexión estéril la mayor parte de las veces, puesto que el afásico puede no conseguir, finalmente, expresarse con adecuación a su intención comunicativa (*fuerza ilocutiva*).

8. Conclusiones

En este artículo, se han analizado algunos elementos del componente prosódico (pausas, duración y velocidad de habla) mediante la aplicación de técnicas estadísticas de clasificación y de comparación grupal (ANOVA).

En general, la comparación realizada entre hablantes afásicos y hablantes no afásicos, estipula que hay en los primeros una mayor tendencia a pausar el discurso, mediante pausas más largas y una velocidad de habla menor.

Por su parte, los grupos fónicos de los pacientes afásicos son cortos, dado que no hay una continuidad discursiva mantenida a lo largo de su intervención.

En conclusión, el habla afásica rompe la *linealidad prosódico-comunicativa* (Fig.5), es decir, aquella que estipula que cuanto más controladas sean nuestras emisiones (mayor duración de las pausas, por ejemplo), existirá una mayor probabilidad de que encontremos coherencia expresiva en el nivel semánticopragmático.

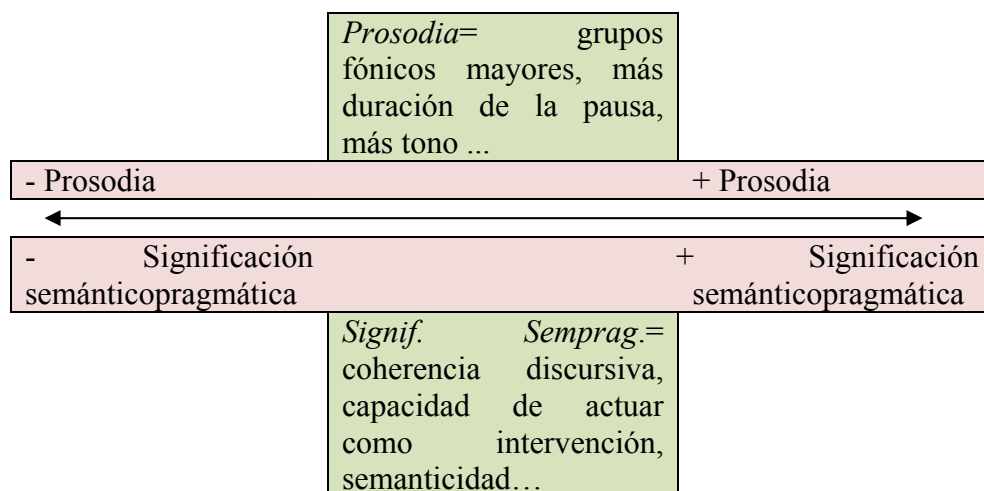


Fig. 5

Por ello, el habla afásica rompe esa linealidad, es decir, si bien el control prosódico parece mayor, las secuencias emitidas configuran, la mayor parte de las veces, unidades semánticopragmáticas carentes de sentido.

9. Bibliografía

BOOMER D. S. y DITTMAN A. T., (1962): "Hesitation pauses and juncture pauses in speech", *Language and Speech* 5, p. 215-220.

BRIZ, A. Y GRUPO VAL.ES.CO (2002a): "La transcripción de la lengua hablada: el sistema del grupo Val.Es.Co", en *Español Actual*, 77-78

BRIZ, A. Y GRUPO VAL.ES.CO (2002b): *Corpus de conversaciones coloquiales*, Madrid, Arco Libros.

BRIZ, A. Y GRUPO VAL.ES.CO (2003): "Un sistema de unidades para el estudio del lenguaje coloquial", en *Oralia*, Vol.6.

BRIZ, A. (1996): *El español coloquial: situación y uso*, Madrid, Arco Libros.

BRIZ, A., GÓMEZ, J. R., MARTÍNEZ, M. J. Y GRUPO VAL.ES.CO. (eds.). (1997): *Pragmática y gramática del español hablado. El español coloquial*. Zaragoza: Pórtico.

CABEDO, A. (2006): *Caracterización de los registros del español a través de sus marcas prosódicas*. Tesina. Inédita.

CABEDO, A. (2007): "Marcas prosódicas del registro coloquial en la conversación", *Cauce* 30, pp.41-56.

CABEDO, A. (2009): *Caracterización prosódica de algunos géneros discursivos*, Londres, Lulu.

CANAVOS, G. (1994): *Probabilidad y estadística*, Madrid, McGraw-Hill.

CANTERO, F. J. (2002): *Teoría y análisis de la entonación*, Barcelona, Publicacions de la Universitat de Barcelona.

CUETOS VEGA, F. (1998): *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.

GALLARDO PAÚLS, B. (2004): “La transcripción del lenguaje afásico”, en B. Gallardo y M. Veyrat (eds.): *Estudios de lingüística clínica: Lingüística y patología*, Valencia: Universitat/AVaLCC, 83-114.

GALLARDO PAÚLS, B. (2005): *Afasia y conversación: las habilidades comunicativas del interlocutor clave*, Valencia: Tirant lo Blanch.

HELM-ESTABROOKS, N. (2005): *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*, Madrid [etc] : Médica-Panamericana.

HIDALGO, A. (1997): *La entonación coloquial. Función demarcativa y unidades del habla*, Valencia: Anejo XXI de la Revista *Cuadernos de filología*, Universitat de València, 1997.

HIDALGO, A. (2006a): “Estructura e interpretación en la conversación coloquial: el papel del componente prosódico”, *RFULL*, 24, pp. 129-151.

HIDALGO, A., (2006b): *Aspectos de la entonación española: viejos y nuevos enfoques*, Madrid, Arco Libros.

HIDALGO, A. (2007): “La prosodia como principio estructurador e interpretativo del discurso oral”, *Discurso y oralidad. Homenaje al profesor José Jesús de Bustos Tovar*. Anejo 3 de *Oralia*. (pp. 567-582).

HIDALGO, A. y PADILLA, X. (2006): “Bases para el análisis de las unidades menores del discurso oral: los subactos”, *Oralia*, 9, 109-144.

HIRST, D.J. (2005): “Form and function in the representation of speech prosody”. *Speech Communication*, 46 (3-4),334-347.

JANZ, L.; RENOM, M.; PUJOL, E. (2001): "Rehabilitación cognitiva del lesionado cerebral", *Curso de verano de la Escola de Patologia del Llenguatge del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, Barcelona, julio de 2001.

LAPOINTE, L. (2005): *Aphasia and related neurogenic language disorders*, Nueva York : Thieme Medical Publishers.

MARTÍN, Q., CABERO, M^aT., y DEL ROSARIO DE PAZ, Y. (2007): *Tratamiento estadístico de datos con SPSS*, Madrid, Thomson.

MOORE, D. (2000): *Estadística aplicada básica*, Barcelona, Antoni Bosch.

NAVARRO, T. (1944): *Manual de entonación española*, Madrid, Guadarrama.

PARDO, A. y RUIZ, M. Á. (2005): *Análisis de datos con SPSS 13 Base*, Madrid, McGrawHill

PEÑA, D. y ROMO, J. (1999): *Introducción a la estadística para las Ciencias sociales*, Madrid: McGraw-Hill.

QUILIS, A., CANTARERO, M. y ESGUEVA, M. (1993): “El grupo fónico y el grupo de entonación en español hablado”, *Revista de filología española*, 73, pp. 55-64.

WILSON, D. (2000): “Metarepresentation in linguistic communication”, Sperber, D. (ed.), *Metarepresentations*, Oxford: Oxford University Press.

ANEXO I. Corpus

Participante 1_Intervención_1. cuando- cuando me dij-/ cuando me ((remonté))// ¿no? *QUE SE ME HA COGIDO/ QUE ME SE HA COGIDO EN EL-*/ que es-/ que estaba partido/ (INTRODUCE SU DEDO EN LA BOCA) una dent/// yy/ yy ahii-/ y aquí empezamos aa-/ ¿eh?/ ya llegamos/ al→

Participante 1_Intervención_2. y que no- que no/ y me ((volvía))/ y sin embargo/ yo↑/ algo- algunas ((credes))/// (5.0) cuando/ creo bien/ y las/ ((saco))// después está/ hoy/ (AMBAS MANOS AL PECHO)/ cuando me daba to(do)/ con la- la- la ((guanta))/ del-/ de-/ ¡ay!/ ¡xe!/ cómo/ de decir/ que yo no he podido/ a poder/ (□ M, GOLPES SOBRE UNA MESA) y decirle a mi mujer/ *QUE ME ESTÁ SALTANDO UN GAT*// y ayer↑/ cada dos o tres→/ dos o tres→/ o cuatro treces/ para empede- de-/ anaar/ al- al- a laa-// quan aní al metge↑

Participante 1_Intervención_3. a veces ((pongo))// en otros ((xx))/ es→/ y siempre-/ siempre/ antiguamente↑/ ((xx))/ de la red/ de hacer las ((xx))/ las-/ las ((xx xx))/ porque a veces otras veces han sido detrás mío/ cuando/ tú haces↑/ ta ta tre43 (GESTO DE RECOGER LA RED) // si a veces/ si lo que has/ ((respondido de eso))

Participante 1_Intervención_4. lo que pasa es que- que ya se acabao/ las o-/ las obras que hacemos/ ¿no?// los- otras veces °(sí)°/ Ca- Callosa↑/ del Seguraa↑/ a la Safor/ ¿eh?/ yy después↑/ pero yo siempre he estado↑/ has-/ haciendo ((recto))/ (COLOCA LAS MANOS DE FORMA PARALELA)/ primero/ la segunda/ cuando/ mi padre quería/ que yo ((se le hundiera/ las res))// y entoncesse ponía (COLOCA LAS MANOS DE FORMA PARALELA)// y yo↑ llevaba a la-// a la-/ la del ((mateix eixe))

Participante 1_Intervención_5. en un principio no// pero yo siempre↑ soy una persona que mi padre-/ que mi padre/ ha asegurado/ y decir/ *el debre/ el- el-/ el libre/ del mar-/ del mar*

Participante 2_Intervención_1. sí/sí/ entonces/entonces↑ tenía *ah- ah- ah- ah/ quee* y no tenía ningún mal NEGACIÓN)//quiero decir/que no- lo que- eeh/ yo siempre pongo acento//que/ eeh///el- las cuestiones rotundas↑ (ABRE LA MANO DERECHA)//es decir//debe haber algo//decir/eeh/ *una afagia/poss/ya tenemos aquí↑/se dan estaas-/ estas connotaciones↑/ caa bee cee/ eso es una afagia// ya tenemos el hombre que pierde el goorro/el- eh un hombre/ que ha ido a la mili↑/que ha estao con los legionarios↑/que no re- que recuerda la guerra de Vietnam yy estas cosas vale ((¡ay!))//peroo/ y- eeh/ va leyendo la teoría/ *eso me ha pasao a mí↓// PERO LO HE SUPERAOO (LEVANTA LA MANO DERECHA)§**

Participante 2_Intervención_2. sí claro↓/ pero es que yo tengo unaa-//con esto se me ha acentuao máas /cuando no me interesa hablar/cuando me aburro↑

Participante 2_Intervención_3. eeh/o bien si tengo uun-/ un libro y me pongo a hacer poesía y cosas así

Participante 2_Intervención_4. ooo-/ o no quiero contestar↑oo (NEGACIÓN CON LAS MANOS)//de todas maneras↑lo quee decía a Be- aa Begoña /es una cuestión/ bueno/ la Lucía58 es la que lo sabe todo↑//quee-/// ((es que))↑/eeh/ aquí↑// yo lo que planteo↑/cuando digo que tengo el-/ el laboratorio/ desgraciadamente/ he pasao una jodida↑ pero//el laboratorio lo tengo aquí (SE SEÑALA LA CABEZA)//entonces↑/ yo me estoy refiriendoo/ que cuando- eeh al dedicarme a estaas-/ a estos asuntos/del cerebro/quee/eeh/ es una cosa quee/ eeh/ creo/quee/ sabe poco el personal/¿eh?//en-//voy leyendo los liibros/y- y digo/ *bueno de esto me ha pasao a mí↑/pero eso↑/ lo dan como una teoría//* es decir/que si a un señor/ tiene una afasia↑/ eel- eel pues se le olvida que tiene las llaves aquí/ y eso ya es una CATEGORÍA(MOVIMIENTO DE LAS DOS MANOS)//es como si estuviéramos en el campo/ matemático/que actúa como hipótesis/ ¿entiendes?

Participante 2_Intervención_5. Y YA ESTÁ//y claro/ digo/ oiga↑/esto no pue(de) ser así/ porque/ eso lo he superao

Participante 3_Intervención_1. no/ (NEGACIÓN) no// que ya noo/ que sí↓ sí eroo-/ ahora me quieren// que tire las cosas/ pero/ se me va↓ la cosa en el- een- en el cap/ y- y se me olvidaa y no↓ no lo quieren tener y no/ al o- al o- al otro día sí/ al otro día

Participante 3_Intervención_2. sí/ a ver/ y a ver si entonces/ ((mis hijos))/ me podía a ver- a ver- a ver/ y eso/ pero-/ pero un día que me encuentro bé/ (NEGACIÓN)R siempre/ pero a- a- alguna sí/ esoo es-/ pero mee-/(NEGACIÓN CON LAS MANOS) se'n va i és [sempr=]

Participante 3_Intervención_3. Sí/ aquí (SE SEÑALA LA CABEZA) aquí/ i ahí/ ahí era cuando se- esa- esa/ y no/ y decía que noo/ que esoo/ que esoo// me dijo que eso noo/ que jo que veía/ que mirava bé y quee/ porque parece que se ((xx)) bien/ él decía que me veía bien↓/ pero una que se fue a peñarse algunas/ noo/ porque el/ pare decía tú no/ y yo decía no/ yo de lo- yo decía/ si yo no↓ no↓ no le pueda fer/ y me decía/ si no no- no me fa/ no me fa/ i ell me d(e)ia pues eso/ que las cosas que me d(e)ia/ que las cosas d'ell-/ a mi noo/ no me fan

Participante 3_Intervención_4. y ellos- ellos/ yo no quería/ ni ell ni la xiqueta/ ii la xiquetaa/ ella se laa- ¿sabes?/ i ell també els dos↑/ i del xiquet no/ no sabes/ d'aixòo/ xiquets eh?/ els dos/ todo lo que me parega/ pos bé/ siga lo que siga/ *porque mamá yo sí/ no/ poquita gaana/ no tenía gana de nadaa/ tch (CHASQUIDO, EXPRESIÓN DE DISGUSTO)/ de las cosas me ponían/ y un poquitoo/ y un poquito yy no/ yo al ver la coosa que en casaa ((xx))/ mi hijo/ poquito a poquito/ poquito a poquito/ poquito a poquito/ sí↓sí/ poquitoo// y eraa un día/ o un mees/ pero bien// sí sí/ sí sí/ jo sense- si esas ((confidencies)) y el- y laa- ¿cómo se dice?/ com se diu?/ com se diu?*

Participante 3_Intervención_5. i- i jo pues la xica bé↓/ si queria el- i/ que vaig no↓no↓ no que estiga bien la t- y le decía *es que este no↓ no te va/ quédate con ese* y no/ no podia la xiqueta i- i después ja no↓/ perquè aah!/ jo deia *xica si es quee no tengo nada/ no teng-* i feia *sí ((han demanat ací))* *estaré con usted/ ((xx))* y *verás cómoo/ sí↓ sí↓ sí↓ sí↓ sí/* *estará ((xx))*

ANEXO II. Sistema de transcripción del grupo Val.Es.Co (Briz y Grupo Val.Es.Co 2002b)

:	Cambio de voz
A:	Intervención de un interlocutor identificado como A.
¿:	Interlocutor no reconocido.
§	Sucesión inmediata, sin pausa apreciable, entre dos emisiones de distintos interlocutores.
=	Mantenimiento del turno de un participante en un solapamiento
[Lugar donde se inicia un solapamiento o superposición.
]	Final del habla simultánea.
-	Reinicios y autointerrupciones sin pausa.
/	Pausa corta, inferior al medio segundo.
//	Pausa entre medio segundo y un segundo.
///	Pausa de un segundo o más.
(5')	Silencio (lapso o intervalo) de 5 segundos; se indica el número de segundos en las pausas de más de un segundo.
□	Entonación ascendente.
↓	Entonación descendente.
→	Entonación mantenida o suspendida.
Cou	Los nombres propios, apodos, siglas y marcas, excepto las convertidas en "palabras-marca" de uso general, aparecen con la letra inicial mayúscula.
PESADO	Pronunciación enfática.
Pe sa do	Pronunciación silabeada.
(())	Fragmento indescifrable
((siempre))	Transcripción dudosa
((...))	Interrupciones de la grabación o de la transcripción.
(en)tonces	Reconstrucción de una unidad léxica que se ha pronunciado incompleta, cuando pueda perturbar la comprensión.
Pa'l	Fenómenos de fonética sintáctica entre palabras, especialmente marcados.
°()°	Fragmento pronunciado con una intensidad baja o próxima al susurro.
h	Aspiración de <<s>> implosiva.
(RISAS, TOSES, GRITOS...)	Aparecen al margen de los enunciados. En el caso de las risas, si son simultáneas a lo dicho, se transcribe el enunciado y en nota al pie de indica "entre risas".
aa	Alargamientos vocálicos
nn	Alargamientos consonánticos
¿i!?	Interrogaciones exclamativas
¿?	Interrogaciones. También para los apéndices del tipo ¿no?, ¿eh?, ¿sabes?
¡!	Exclamaciones
Ès que se pareix a mosatros	Fragmento de conversación en valenciano. Se acompaña de una nota al pie donde se traduce el texto al castellano.
Letra cursiva	Reproducción de estilo directo.
Notas a pie de página	Anotaciones pragmáticas o contextuales.