

# La perceptibilidad del lenguaje en los protocolos de rehabilitación logopédica<sup>♦</sup>

Enrique Serra Alegre y Montserrat Veyrat Rigat

Universitat de València-Estudi General

Uno de los rasgos de diseño del lenguaje como sistema simbólico es la perceptibilidad del signo lingüístico. Desde el enfoque semiológico-comunicativo que adoptamos, esta propiedad del lenguaje es también una herramienta válida para la rehabilitación que debe ser convenientemente explorada. De hecho, como mostraremos en nuestra intervención, algunos protocolos de rehabilitación de afasias pueden ser interpretados como orientados a la reposición de condiciones de perceptibilidad de los signos usados por el paciente.

En este trabajo queremos someter a discusión algunas reflexiones sobre uno de los rasgos de diseño del lenguaje como sistema simbólico; se trata de la *perceptibilidad* del signo lingüístico. Desde el enfoque semiológico-comunicativo que adoptamos, esta propiedad del lenguaje es también una herramienta válida para la rehabilitación que debe ser convenientemente explorada. De hecho, como ya apuntábamos en Veyrat y Serra (2005a), algunos protocolos de rehabilitación de afasias pueden ser interpretados como orientados a la reposición de condiciones de perceptibilidad de los signos usados por el paciente.

## 1. La perceptibilidad del lenguaje

Desde una perspectiva semiológica-comunicativa, la percepción del lenguaje en tanto sistema simbólico natural que subyace a la praxis verbal requiere que, para su captación, previamente el lenguaje se haya constituido como algo “visible”. Es decir, el lenguaje ha de mostrar unas condiciones de perceptibilidad que le permitan hacerse asequible a nuestra captación, ya que en el caso de un sistema

---

<sup>♦</sup> Esta comunicación forma parte de las actividades enmarcadas en los proyectos de investigación con financiación del MEC, “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), y de la Universitat de València-Estudi General (“Identificación y uso del lenguaje residual en situaciones de daño cerebral”, UV-AE-06-4).

simbólico como es el lenguaje, las condiciones de percepción del signo forman parte de su sentido (piénsese, p.e., en la pertinencia del orden de palabras, la posibilidad de dejar implícitos unos contenidos y no otros, ...).

En todos los sistemas naturales sucede que a la naturaleza parece que le gusta ocultarse, y el lenguaje no es una excepción. Los hechos lingüísticos originarios hemos de evidenciarlos, sacarlos a la luz. Si para muestra bien vale un botón, podríamos ejemplificar lo que queremos decir aludiendo al hecho cotidiano de la gravedad de los cuerpos. De la misma manera que sabemos que la gravedad existe porque vemos que los cuerpos caen, y no sentimos la necesidad de preguntarnos a cada instante cuál es la esencia del fenómeno gravitatorio, también con el lenguaje sucede lo mismo: es algo tan natural y consustancial al ser humano que no necesitamos “descubrirlo”, ya que ocurre constantemente en nuestra vida.

Al abordar como lingüistas el campo de las patologías del lenguaje –aunque no sólo en esa circunstancia–, debemos indagar efectivamente en los hechos del lenguaje evidentes, i.e., aquellos que resultan de nuestra capacidad lingüística, hechos que conocemos porque son expresiones de nuestra lengua que suceden constantemente. Pero también hemos de indagar en los hechos metalingüísticos, es decir, aquellos sobre los que no tenemos evidencia inmediata de su existencia, y hemos de hacerlo porque en ellos residen los principios que rigen su funcionamiento.

Esto mismo sucede con los hechos físicos naturales. La caída de un cuerpo es un hecho dado, y lo constatamos y lo describimos, lo estudiamos como tal y formalizamos una regla que lo describa y explique, pero la *gravedad* no se observa directamente y la humanidad necesitó mucho tiempo para comprender que el suelo que pisamos desempeñaba un papel condicionante activo: de ahí que la gravedad sea un hecho de dependencia funcional, es decir, que depende de otros hechos.

El lenguaje, en tanto sistema originario, es también un hecho que depende de otros para configurarse como herramienta de comunicación válida y conseguir establecer con ella relaciones inter o intracomunicativas.

Para poder captar este sistema originario y hacerlo visible, hemos de indagar en las condiciones de perceptibilidad, y para ello conviene definir el lenguaje como un ámbito experiencial propio que se constituye a partir de una capacidad genérica de transposición de experiencias.

No es por casualidad que en el lenguaje utilizamos tan frecuentemente palabras que apuntan a esa facultad de trasladar experiencias de un campo sensorial a otro. Decimos “*mira*, te voy a contar lo que me pasó ayer”, o, con otro ejemplo, cuando pretendemos informar a una persona ciega de la existencia de un obstáculo, lo que hacemos es transformar los datos que nosotros estamos viendo en información espacial, y le decimos “a dos pasos a tu derecha hay una mesa grande”; los semáforos audibles tienen esta función: transformar la información visual que los demás tenemos sobre la posibilidad de cruzar en una señal sonora que los ciegos interpretan.

El lenguaje consigue así construir un *sensorium* propio, un ámbito sensorial particular que englobaría un conjunto discreto de campos sensoriales diversos (percepción auditiva, visual, propiocepción o conciencia del propio cuerpo, emotividad, atención, ...). Entre estos ámbitos sensoriales fluiría la comunicación, dando lugar a la función simbólica, que adquiere de esta forma su sentido en tanto particular expresión de las capacidades perceptivas del ser humano.

De aquí se desprende que en los hechos metalingüísticos se esconden los principios generales, las dependencias funcionales que explican y gobiernan el comportamiento lingüístico del ser humano. Al interesarnos por este tipo de hechos nos planteamos no sólo *qué* sucede en el lenguaje, sino también *cómo* y *por qué* sucede.

Lo que pretendemos con lo dicho es insistir en la conveniencia de prestar atención a los hechos metalingüísticos, porque asumimos que el lenguaje, además de constituir un dato de acceso inmediato, resulta depender de hechos no accesibles a la experiencia cotidiana. Así pues, como decimos, para poder hablar del lenguaje hemos de conocer cuáles son sus condiciones de perceptibilidad. Esta necesidad de sacar a la luz las condiciones de perceptibilidad del lenguaje nos lleva a uno de sus rasgos de diseño, la reflexividad o capacidad metalingüística.

## **2. La reflexividad o capacidad metalingüística**

Es sabido que una de las propiedades del lenguaje humano que lo singulariza frente a otros sistemas de comunicación no humanos es la *reflexividad* o *capacidad metalingüística*, que le permite hablar de sí mismo. Pero esta propiedad necesita, de alguna manera, poder constituir el lenguaje en un objeto perceptible y dado a nuestra captación. Si podemos hablar de él, es porque existe como algo que nos viene dado.

En efecto, es bien conocida la llamada por Jakobson (1960) función metalingüística del lenguaje, formulada como uso lingüístico

centrado en el código, como utilización del mensaje o discurso para hablar del lenguaje, esto es, para referirse a él. Es obvio que esta función se fundamenta en una de las propiedades del lenguaje natural señalada por Hockett (1960), la reflexividad: los hablantes, por el hecho de serlo, somos capaces de utilizar el lenguaje como instrumento descriptor del propio lenguaje.

Pero, como hemos señalado, una condición previa para poder hablar de algo, para poder referirnos a ello, es que se haga “visible”, que se haga accesible a la percepción. Lo mismo puede aplicarse al lenguaje: reflexionar sobre él exige dotarlo de perceptibilidad, y poder tratarlo como objeto, como referente.

Esto naturalmente supone la activación de una capacidad de abstracción que lleve a separar el lenguaje que describe del lenguaje que es descrito<sup>1</sup> y, al mismo tiempo, una toma de conciencia sobre este último como objeto.

Pero ¿en qué consiste la capacidad de abstracción? Debemos hacer antes que nada una matización importante. En el sentido que Goldstein (1948: 6 –apud Caplan 1987) supo atribuirle, la capacidad de abstracción es la que nos permite descubrir, por ejemplo, el esquema de una conducta para poderlo aplicar a otras situaciones semejantes, o para poderlo contrastar con otros patrones y comparar resultados, sacando posteriormente conclusiones a propósito de la adecuación o no de dicha aplicación.

Una actitud de abstracción ante el lenguaje no significa sólo alejarnos de lo inmediatamente dado, sino también activar las posibilidades de relación entre los distintos aspectos de aquello percibido: con esa disposición adquirimos una capacidad de adaptación a las diversas situaciones vitales en las que utilizamos el lenguaje. Abstractar significa, por tanto, en relación con el lenguaje, dotar al medio expresivo de un potencial de utilización mayor del que supondría el uso convencional o literal. Esta actitud está en la base de la cualidad pragmática del lenguaje, gracias a la cual somos capaces de interpretar no sólo lo que se dice literalmente, sino también incluso lo que va más allá del lenguaje y que no se dice explícitamente.

El interés que tenemos en la reflexividad del lenguaje y en sus condiciones de perceptibilidad reside en que esta propiedad que le permite al lenguaje plantear cuestiones sobre sí mismo es también, desde nuestro punto de vista, una herramienta válida de rehabilitación que ha de ser convenientemente explorada y valorada.

---

<sup>1</sup> Véase la paradoja de la frontera formulada por López (1980: 25-37).

Insistimos en ello porque vamos a aludir ahora a un déficit de tipo cognitivo, no relacionado directamente con el lenguaje, que, sin embargo, aparece como síntoma que impide la rehabilitación de pacientes con estereotipias y con jerga afásica (o logorrea) –aunque también está presente en otras patologías cognitivas, como el autismo, por ejemplo–. Nos referimos a la *anosognosia*, donde no se da la condición previa de la toma de conciencia del déficit.

### **3. La anosognosia**

En definitiva, la pregunta a la que intentaremos responder sería: ¿qué hacer cuando las capacidades a las que nos estamos refiriendo están dañadas, cuando el individuo no toma conciencia de su lenguaje, cuando su lenguaje no consigue hacerse perceptible? Desde nuestro punto de vista, el deterioro de la capacidad de abstracción provoca que el individuo no tome conciencia de su lenguaje. Esto es lo que ocurre, de un modo u otro, en los pacientes afásicos.

El propio Goldstein remarcó que las potencialidades de la actitud abstracta quedaban globalmente afectadas en una conducta verbal afásica. Es decir, una perturbación en la capacidad de abstracción conlleva deterioro en la capacidad de sentirse aludido, tener iniciativas, tomar decisiones, realizar elecciones, vincular conceptos, inferir, tomar perspectiva, pensar o actuar simbólicamente, ...

La anosognosia se define en los manuales de neurología como un desorden cognitivo cuyo rasgo más característico es la inhabilidad o el rechazo por parte de los pacientes de la percepción del estado global provocado por su dolencia, e incluso en algunos casos extremos, del de otros<sup>2</sup>.

De hecho, cuando no siguen el tratamiento que se les impone no es por falta de comprensión, sino por indiferencia hacia los efectos adversos de su estado. De ahí que estos pacientes no consigan entender un chiste o desarrollen un habla robotizada, carente de tono emocional.

En definitiva, para lo que aquí nos interesa, el fenómeno de la anosognosia describe globalmente una pérdida en las condiciones de perceptibilidad. Comenta Ducarne de Ribaucourt (1989: 66) que los afásicos de Wernicke son víctimas de cierta anosognosia en la medida que son conscientes no de un déficit puramente verbal, sino más bien

---

<sup>2</sup> En Bhatnagar y Andy (1997), p.e., se define la anosognosia como “incapacidad de un individuo para reconocer una enfermedad como propia” o “negación de un déficit motor”.

de una conmoción de su personalidad, que son capaces de interiorizar pero no de definir. Dicho en otros términos, hay un deterioro de la capacidad de abstracción, por lo que los individuos no son capaces de activar la capacidad metalingüística en la que se gestionan las relaciones del sujeto con el lenguaje; en definitiva, está dañada la propiedad del lenguaje antes citada, la reflexividad. De hecho, la anosognosia del paciente hace que descarte la posibilidad de autocorregirse.

Sin embargo, según señala también Ducarne de Ribaucourt (1989: 210), “en la mayoría de los enfermos afásicos se encuentra la función esencial de expresar actitudes con el rostro o por un gesto codificado con el significado de *no lo sé, más o menos, lo intento*. Incluso si denota una actitud metalingüística en sentido propio, se trata de una capacidad para modalizar y expresar su relación con las palabras de otra persona o con las propias. [...] esta capacidad está conservada, lo que es fundamental si se quiere considerar al afásico como locutor”.

Pueden, pues, quedar restos de capacidad metalingüística, pero su activación no se produce por medios de expresión orales, sino gestuales, es decir, por medio de lenguaje no verbal. De hecho, cuando en neurología se describe la anosognosia como la negación de un déficit, se está aceptando la presencia de cierto grado de conciencia del mismo.

Lo que queremos plantear a continuación es si existe algún impedimento para que podamos recuperar un deterioro cognitivo que se refleja en este caso como falta de conciencia del hablante sobre su propia producción lingüística a partir del trabajo sobre ciertas variables metalingüísticas del lenguaje. Algunos trabajos ya clásicos y conocidos referidos a terapia para las afasias lo están haciendo desde hace tiempo.

#### **4. La capacidad terapéutica del lenguaje**

En efecto, una vez descritas la anosognosia y la capacidad metalingüística, parece el momento de plantear este otro interrogante. ¿Puede aprovecharse la propiedad reflexiva del lenguaje como instrumento terapéutico para recuperar lenguaje? Este es uno de los pilares de la Lingüística Clínica, la rehabilitación del lenguaje con el propio lenguaje, y no vamos ahora a insistir en ello<sup>3</sup>.

Pero sí que proponemos valorar la posibilidad de ir un poco más allá, y preguntarnos: ¿pueden anularse los efectos negativos del déficit

---

<sup>3</sup> Cf. Veyrat y Serra (2005b), p.e.

cognitivo de la anosognosia trabajando las propiedades del lenguaje que venimos comentando?

Consideramos que, al menos, ciertos protocolos de rehabilitación de afasias parecen apuntar esta posibilidad, ya que pueden ser interpretados como orientados a la reposición de condiciones de perceptibilidad de los signos usados por el paciente.

### **5. Protocolos de rehabilitación**

Nos referiremos en concreto a tres de los protocolos de rehabilitación propuestos por Helm-Estabrooks y Albert (1991):

- el *Control voluntario de producciones involuntarias* (“Voluntary Control of Involuntary Utterances” o VCIU),
- el *Tratamiento de la perseveración afásica* (“Treatment Program of Aphasic Perseveration” o TAP) y
- el *Tratamiento de la afasia de Wernicke* (“Treatment of Wernicke’s Aphasia” o TWA).

Primero presentamos un breve y rápido resumen de estos tres protocolos, atendiendo fundamentalmente a cuáles son sus objetivos en cada caso y cómo pretenden alcanzarlos. A continuación propondremos una relectura desde el punto de vista que venimos planteando.

#### *5.1. Terapia del Control voluntario de producciones involuntarias (VCIU)*

El habla afásica puede estar llena de estereotipias, de producciones verbales recurrentes que el paciente no controla, del tipo: *tan-tan, bica-bica, que no-no que no-no, ...* Pero algunas de estas producciones espontáneas incontroladas pueden ser palabras reales de la(s) lengua(s) del paciente. Ésta es la situación de inicio; veamos ahora cuál es el objetivo de la terapia.

- **Objetivo / Meta:**

La terapia –ya lo indica su nombre– pretende someter a control voluntario esas producciones verbales involuntarias. ¿Cómo se puede conseguir que el paciente las controle?

- **Programa / Proceso:**

Helm-Estabrooks y Albert (1991: 171-176) plantean este método para tratar la producción verbal de afásicos severos no fluidos con habla limitada a producción estereotipada de algunas palabras reales. El punto de partida son las palabras reales que en ciertas

circunstancias el paciente produce, aunque de manera involuntaria o automática<sup>4</sup>.

La primera tarea del clínico es identificar y recoger ese vocabulario “real”, pues servirá de estímulo inicial para la puesta en marcha del programa.

Las palabras seleccionadas son escritas en una ficha y presentadas al paciente para que las lea en voz alta. Se eligen así las palabras que puede leer y se descartan para más tarde las que no puede leer.

Después, para cada palabra se dibujan imágenes representativas y se muestran al paciente para que intente la denominación por confrontación, para que diga el nombre del objeto dibujado.

Si la denominación falla, se enseña al paciente la ficha con la palabra escrita, que sirve para ayudar a la identificación del referente dibujado.

Cuando se consigue consolidar cierta cantidad de léxico (unas 100 palabras), se introducen temas de conversación que permitan suscitar su uso. P.e., si se han consolidado palabras como *desayuno, café, leche...*, se puede preguntar al paciente qué hace después de levantarse por la mañana.

La mayoría de pacientes llegan a acumular con este programa alrededor de 300 palabras y frases cortas que pueden usar propositivamente, momento en que se suele apreciar un mayor efecto desbloqueante ya que el paciente aumenta su propio vocabulario y lo controla voluntariamente para comunicarse.

- Resumen:

Como hemos visto, en este programa se usa la lectura oral como primer paso hacia el habla propositiva, hacia el uso intencional del lenguaje.

Si todo va bien, el paciente progresa desde una tarea relativamente automática (como la lectura de sus propias producciones espontáneas) hasta una tarea más voluntaria y propositiva (el uso conversacional de esas producciones).

## *5.2. Terapia para el Tratamiento de la perseveración afásica (TAP)*

Las perseveraciones son producciones recurrentes totales o parciales de cualquier respuesta previamente producida. P.e., en la

---

<sup>4</sup> Cuentan Helm-Estabrooks y Albert (1991: 171) que a veces se han encontrado con pacientes incapaces de producir palabras en respuesta a un test de afasia que, cuando salen de la consulta, dicen *Adiós*.



denominación de colores el paciente dice *marrón* para el color marrón, luego dice *rosa* para el color rosa, pero a continuación para el color azul vuelve a decir *marrón*, y no hay manera de sacarlo de ahí; es como un disco rayado que salta una y otra vez al surco anterior.

- Objetivo / Meta:

Este trastorno de la conducta verbal aparece habitualmente asociado a la afasia, lo que sugiere que la rehabilitación de esta dolencia podría consistir en desbloquear la ejecución del lenguaje incidiendo directamente en la perseveración. ¿Cómo?

- Programa / Proceso:

El programa de Helm-Stabrooks y Albert (1991: 195-202) usa las mismas siete categorías semánticas que el *Test de Boston*<sup>5</sup> (objetos, letras, formas geométricas, acciones, números, colores y partes del cuerpo), pero las unidades concretas que las integran se seleccionan atendiendo a la frecuencia de uso, concreción, longitud, variabilidad fonética y semántica, y emotividad. Para cada palabra se usan imágenes y, a ser posible, objetos reales.

Se empieza mostrando al paciente los objetos (reales o dibujados) en los que ha obtenido puntuaciones fuertes en el *Test de Boston* (para que tenga las mayores posibilidades de éxito inicial), y se continúa con pequeños incrementos de dificultad (lo que exige establecer previamente la jerarquía de dificultad para cada individuo en particular).

Si el paciente no puede nombrar determinado elemento, se le ofrece hasta un máximo de tres ayudas para inducir la respuesta correcta.

Entre las estrategias de ayuda, además de las generales utilizables con todos los pacientes (orientadas a que se sensibilicen de sus errores sin frustrarse), se alude a estrategias específicas adaptables a cada sujeto, que pueden ser, p.e., gestuales (pantomimas asociadas con el objeto), táctiles (manipulación adecuada del objeto), gráficas (se escriben las primeras letras de la palabra), fonémicas (se proporciona el fonema inicial), de lectura o repetición (de la palabra escrita o pronunciada previamente por el terapeuta), de habla o canto al unísono (que el paciente diga o entone la palabra junto con el terapeuta), ...

---

<sup>5</sup> Cf. Goodglass & Kaplan (1983); para la adaptación en español del *Test de Boston*, vid. García-Albea, Sánchez Bernardos y del Viso Pabón (1986).

- Resúmen:

Lo que se pretende lograr con este protocolo es que el paciente ponga nombre al 90% de las imágenes, sin que las perseveraciones lleguen al 10% de los nombres. El objetivo, pues, es conseguir una mejora en la denominación paralela a una disminución de la perseveración.

### *5.3. Terapia para el Tratamiento de la afasia de Wernicke (TWA)*

Casi ningún afásico presenta carencia absoluta de comprensión auditiva, de capacidad para procesar la información verbal presentada auditivamente. Pero en la afasia de Wernicke el paciente suele estar notablemente incapacitado para entender material auditivo.

- Objetivo / Meta:

El tratamiento que proponen Helm-Estabrooks y Albert (1991: 203-207) pretende desbloquear las habilidades de comprensión auditiva y se basa en la posibilidad de conseguirlo a través de una modalidad diferente, tal vez como “efecto lateral”.

- Programa / Proceso:

La rehabilitación consiste en un proceso que recorre diversas fases, que presentamos de manera muy resumida.

Primero se estimula la lectura oral. Se presentan al paciente palabras escritas para su lectura. Se seleccionan las palabras que lee correctamente.

En relación con estas palabras escritas, se pide al paciente que las empareje con su representación pictórica.

A continuación se solicita la lectura en voz alta de la palabra; después se oculta el estímulo impreso para que el paciente intente repetir la palabra pronunciada previamente por el terapeuta.

Finalmente, se le solicita que identifique la representación pictórica de la palabra pronunciada.

- Resúmen:

En síntesis, el protocolo utiliza estímulos escritos a modo de representación estable inicial de las palabras estímulo. Las palabras se presentan luego verbalmente para su repetición y, finalmente, para la comprensión auditiva, mediante una tarea de señalar imágenes.

## **6. Relectura de los protocolos**

¿Qué tienen en común los protocolos que acabamos de reseñar? En todos ellos se trabajan aspectos metalingüísticos, p.e., relativos a:

- la concienciación de la producción lingüística del paciente mediante la visualización de su lenguaje involuntario o estereotipado a partir de fichas de imágenes;
- la interiorización del valor simbólico del signo a través de la lectura y su posterior verbalización;
- la dilación temporal de la respuesta a un estímulo que le permita seleccionar cuál va a ser su producción;
- la ejercitación de la reflexión sobre el lenguaje basada en el gesto, el tacto, la escritura y lectura, la audición del fonema inicial, ...

Es decir, y esto es lo que aquí nos interesa destacar, tenemos que, en mayor o menor medida, los protocolos descritos proponen tareas que podríamos caracterizar como estrategias “multicanal”, ya que inciden en diversas modalidades lingüísticas, en diferentes manifestaciones del lenguaje: además de trabajar con imágenes y objetos reales (es decir, con referentes), trabajan la expresión escrita, la expresión oral, la recepción visual, la recepción auditiva, la gestualidad, ...

Como decimos, se trata de diferentes manifestaciones fenomenológicas del lenguaje; con el trabajo sobre ellas se consigue, en definitiva, recuperar lenguaje. Dicho de otro modo, el lenguaje se reconstruye a medida que se consigue restablecer una asociación perceptiva entre las variadas manifestaciones posibles del lenguaje.

Podríamos además afirmar que estas terapias pretenden de alguna manera lograr que el paciente alcance cierto grado de abstracción, entendida ésta en la línea de lo que la noción de actitud abstracta de Goldstein parece apuntar, es decir, abstracción como síntesis de modalidades perceptivas.

Si se dota al paciente de cierta flexibilidad en el uso de los medios expresivos, se mejora con ello la actitud abstracta sobre los propios medios expresivos.

Para el lenguaje natural –recordémoslo– la abstracción no significa quedarse al margen del uso, sino precisamente aumentar el potencial simbólico de los medios expresivos. Consideramos que, si se consigue incrementar este potencial simbólico, se consigue también que el paciente incremente su capacidad adaptativa.

## 7. Conclusión

La observación final que propondríamos sería la siguiente. Una patología del lenguaje puede valorarse como un déficit en alguna o algunas de las etapas del procesamiento del lenguaje. Pero creemos que, al mismo tiempo, ese déficit entraña una dificultad o incapacidad del hablante para acceder al ámbito experiencial complejo propio de la función simbólica que define al lenguaje humano.

Desde nuestro punto de vista, atender a uno sólo de estos aspectos del sistema (la etapa del procesamiento lingüístico valorada inicialmente como deficitaria) provocaría una evaluación y una rehabilitación parciales.

O lo que es lo mismo, este modo de proceder corre el riesgo de dejar sin atender aquellos aspectos que nos podrían ofrecer una solución, ya no sólo al qué o la forma del lenguaje, sino también al cómo y al por qué. Estamos apuntando, en definitiva, la conveniencia de orientar también la atención hacia el valor y el uso comunicativo eficaz del sistema.

Para comunicar con eficacia, hemos de ser conscientes de nuestro uso del lenguaje y hemos de tener la posibilidad de reflexionar y decidir cuál es la forma más adecuada para satisfacer nuestra intención comunicativa.

## Referencias bibliográficas

- Bhatnagar, Subhash C. y Andy, Orlando J. (1997): *Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación*, Barcelona: Masson-Williams & Wilkins.
- Caplan, David (1987): *Introducción a la Neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*, Madrid: Visor, 1992.
- Ducarne de Ribaucourt, Blanche (1989): *Reeducación semiológica de la afasia*, Barcelona: Masson.
- García-Albea, José E., Sánchez Bernardos, M<sup>a</sup> Luisa y del Viso Pabón, Susana (1986): *Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia. Adaptación en español*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Goodglass, Harold & Kaplan, Edith (1983): *Boston Diagnostic Aphasia Exam*, Philadelphia: Lea and Febiger.
- Helm-Estabrooks, Nancy y Albert, Martin L. (1991): *Manual de Terapia de la Afasia*, Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- Hockett, Charles F. (1960): "The origin of speech", *Scientific American*, 203, 88-111.
- Jakobson, Roman (1960): "Lingüística y poética", en *Ensayos de lingüística general*, Barcelona: Planeta-Agostini, 1985, 347-395.
- López García, Ángel (1980): *Para una gramática liminar*, Madrid: Cátedra.

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.

Enrique SERRA ALEGRE y Montserrat VEYRAT RIGAT  
*La perceptibilidad del lenguaje en los protocolos de rehabilitación logopédica*

Veyrat Rigat, Montserrat y Serra Alegre, Enric (2005a): “La perceptibilidad como variable lingüística en protocolos de intervención logopédica”, *Xornadas sobre eficacia comunicativa e avaliación da fala infantil e afásica*, Santiago de Compostela (inédito).

Veyrat Rigat, Montserrat y Serra Alegre, Enric (2005b): “Lingüística clínica: acotaciones epistemológicas”, en Serra Alegre, Enric y Veyrat Rigat, Montserrat (eds.): *Estudios de lingüística clínica. Volumen 4: Problemas de eficacia comunicativa*, València: Universitat, 5-19.

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.