



Universidad de Valladolid

DEPARTAMENTO DE LENGUA ESPAÑOLA

Análisis de los aspectos lingüísticos en casos
prácticos de afasia fluente

Máster Estudios Filológicos Superiores: investigación y
aplicaciones profesionales

Autora: Federica Bidoggia

Tutora: Teresa Solias Arís

Valladolid, Curso académico 2013-2014

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1: LENGUAJE Y CEREBRO	9
1.1 El lenguaje y su relación con el cerebro	9
1.2 Primeras aportaciones: Paul Broca	12
1.3. Primeras aportaciones: Carl Wernicke	15
1.4. Un lenguaje ‘diferente’: el protolenguaje	18
CAPÍTULO 2: LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE	21
2.1. Afasia: ¿Qué es y cómo se diagnostica?	21
2.2. Clasificación de afasias	23
2.3. La afasia de Broca	25
2.4. La afasia de conducción	27
2.5. La afasia transcortical motora, la afasia transcortical sensorial y la afasia transcortical mixta. 29	
2.6. La afasia anómica	31
2.7. La afasia global	33
2.8. Trastorno en la expresión oral: errores cometidos	35
2.9. Trastorno en la comprensión (verbal) y en el lenguaje escrito	37
2.9.1. Algunas explicaciones	39
3.0. Intervención y recuperación	40
CAPÍTULO 3: AFASIA DE WERNICKE Y ERRORES RELACIONADOS	43
3.1. La afasia de Wernicke	43
3.2. Algunas aclaraciones sobre la semántica lingüística y el léxico	46
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DEL CORPUS PerLa	51
4.1. Presentación del corpus	51
4.2. Los hablantes elegidos: JAL y ANG	53
4.3. Aclaraciones sobre la grabación y transcripción	57
4.4. Aclaraciones sobre el método de análisis empleado	58
4.5. Análisis de la transcripción 2: el paciente JAL	59
4.6. Análisis de la transcripción 5: el paciente ANG	66
4.7. Inciso sobre las estrategias extraverbales de los pacientes	68

4.8. Conclusiones parciales sobre los errores de los pacientes JAL y ANG	69
CAPÍTULO 5: LOS ERRORES GRAMATICALES	71
5.1. Algunas puntualizaciones	71
5.2. Las estructuras gramaticales	72
5.3. Los errores gramaticales en los pacientes JAL y ANG	74
5.4. Consideraciones sobre los errores cometidos.....	77
CONCLUSIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	81

INTRODUCCIÓN

Existe un lenguaje que va más allá de las palabras.

Paulo Coelho¹

El presente trabajo analiza algunos de los aspectos más importantes del trastorno del lenguaje de afasia. Se propone de confrontar y explicar las diferentes formas de afasia y la tipología de errores que cometen los pacientes que sufren de esta enfermedad (desde el punto de vista semántico, sintáctico-gramatical, fonológico y lexical). El objetivo que se quiere alcanzar es lo de ver y analizar cuáles son esos errores y también demostrar que las personas que tienen afasia fluente, que supuestamente solo tienen un problema semántico-pragmático, tal vez resulta que tienen también dificultades de tipo gramatical. De hecho, en la literatura científica de este trastorno, se hace referencia a las faltas gramaticales que afectan la afasia de Broca, que es no fluente y tiene problemas más en la producción que en la comprensión. Por ello, lo que se quiere demostrar es que también en los pacientes que sufren de afasia fluente (con particular atención a la de Wernicke) hay la presencia de dichos errores. Es decir que muestran errores típicos del protolenguaje como el cambio del orden Sujeto / Verbo / Objeto; errores de concordancia en número, género, persona, tiempos verbales, artículos; no se muestra una estructura recursiva válida y también se omiten muchos constituyentes.

El trabajo está dividido por cinco capítulos:

- El primero tiene una función introductora y aclarativa en cuanto se explica lo que es el lenguaje y cuál es su relación con el cerebro. Por supuesto se analizarán cuáles son las áreas que actúan cuando un sujeto habla o escucha a alguien que está hablando. Luego se listarán las varias aportaciones que han traído los estudios durante los años

¹ <<http://www.brainyquote.com>>

(Paul Broca, Karl Wernicke, Norman Geschwind...) explicando cuales han sido las modificaciones de cada modelo y los cambios que han hecho posible el desarrollo de varias teorías neurocognitivas. Por último se analizarán las características principales del protolenguaje y los ‘errores’ que hay en común con el trastorno de afasia. De hecho se encuentran en los pacientes afásicos muchas particularidades propias de los protolenguajes.

- En el segundo capítulo la atención se centrará en el trastorno de afasia propiamente dicho, es decir que se explicarán cuáles son las causas que provocan un trastorno de este tipo y si es posible que se supere con la ayuda de logopedas y médicos. Se hará una clasificación detallada de los tipos de afasia y se aclarará cuáles son las características propias de cada tipo. Luego, se comentarán cuáles son los errores que los afásicos cometen a nivel de producción, comprensión y lenguaje escrito (lectura y escritura), también analizando con atención lo que se entiende por déficit semántico, léxico, fonológico, sintáctico etc...
- El tercer capítulo tratará el tema de la afasia fluente y particularmente se hablará de la afasia de Wernicke en manera muy específica dado que es el objeto de este trabajo. Se explicarán cuáles son los errores y las faltas de lenguaje que tienen los afásicos de esta categoría a través de ejemplos. Además, se aclararán algunos conceptos sobre la semántica lingüística y el léxico para que luego se puedan entender mejor los errores que cometen con más frecuencia los afásicos.
- En el cuarto capítulo se presentará el corpus PerLa (Gallardo Paúl y Sanmartín Sáez, 2005) a través de su estructura y se listarán las características de los pacientes afásicos que han sido elegidos para este estudio. El corpus de hecho describe cinco transcripciones de discursos de hablantes afásicos (JFG, JAL, JCM, JCM, ANG) grabadas entre 2002 y 2003 y causadas por diferentes razones (accidente cerebrovascular y tumor). A través de este análisis se intentará demostrar que los errores que cometen los pacientes con afasia fluente no tienen solo faltas semántico-pragmáticas, sino otras que se irán explicando.
- En el quinto y último capítulo, que más bien se puede describir como apartado final, se hará un análisis de los errores gramaticales que se han encontrado a lo largo de las grabaciones de los dos pacientes elegidos para este trabajo (JAL y ANG). Por medio de esta última parte se demostrará que hay muchos otros errores de los que menos se

habla en los manuales, pero que son tan importantes y significativos que se tiene que profundizar el estudio sobre ellos.

Concluyendo, el fin de este trabajo es lo de dar, a partir de consideraciones generales, un marco más específico de este trastorno del lenguaje, así que se pueda comprender mejor lo que los pacientes intentan resolver a través de la rehabilitación.

CAPÍTULO 1: LENGUAJE Y CEREBRO

1.1 El lenguaje y su relación con el cerebro

En términos prácticos, se puede decir que la única característica que distingue realmente los hombres de los animales es el lenguaje. Todos los seres humanos utilizamos el lenguaje para comunicar, para comprender el significado de lo que se dice, para entender a los demás (sin olvidar que también escribir o leer forman parte del lenguaje).

El centro de la palabra, y de consecuencia el centro del lenguaje, está situado en algunas zonas del cerebro que organizan y siguen los procedimientos necesarios para que podamos expresar nuestras ideas y está claro que el lenguaje no ha nacido así como lo tenemos ahora, sino que se ha desarrollado con el paso del tiempo.

Como explican Castro Nogueira y Toro Ibáñez (2002)

El origen y la evolución del lenguaje es un tema controvertido dentro de la biología evolutiva. Para Darwin la capacidad lingüística experimentó un proceso de evolución por selección natural que condujo desde los primates capaces de emitir gritos inarticulados hasta los seres humanos provistos de lenguajes articulados y con un buen número de reglas sintácticas. Un destacado lingüista de su época, Max Muller, defendió una posición contraria, inspirada en la tradición cartesiana, según la cual el lenguaje carece de cualquier antecedente animal y constituye el auténtico Rubicón que separa nuestra especie de las demás. Esta nítida separación entre animales y humanos que propugnaba Muller era sin duda mayoritaria entre los lingüistas, hasta el punto de que la Sociedad Lingüística de París prohibió hacer en 1886 cualquier referencia al tema de la evolución del lenguaje en sus conferencias y publicaciones (p. 275-278).

Fue Chomsky (1992) que analizó mejor una perspectiva explicativa y no solo descriptiva de la adquisición del lenguaje: él declaró que el lenguaje era una capacidad exclusivamente humana, genéticamente determinada; que debería ser estudiada desde su sintaxis, porque todas las lenguas del mundo tienen en común que siguen una serie de reglas en este sentido y él mismo explica por qué para él los estudios sobre el lenguaje se deben realizar a partir de la

aparición de las dos primeras palabras pronunciadas simultáneamente, como explica Vila (1996).

Fue desde aquel momento que el lenguaje empezó a ser visto como una manera de comunicación necesaria para que las personas puedan entenderse y por ello está relacionado y es dependiente de los individuos que lo utilizan.

El lenguaje permite la comunicación y la elaboración de pensamientos y experiencias, juntándolos con las palabras que se vuelven en símbolos.² Según Chomsky (1992), el lenguaje es una facultad innata de cada individuo y por ello, todos nacemos abastecidos de la capacidad de utilizarlo. Por supuesto, esa capacidad depende de las actividades cerebrales y de las áreas relacionadas que controlan la elaboración de las palabras. Enfocando la atención en este importante científico y catedrático de Lingüística del Instituto Tecnológico de Massachussetts (Cambridge, USA), será fundamental intentar resumir su pensamiento, como ya ha hecho Escutia (2013). En este artículo inédito titulado *Chomsky, la naturaleza humana, el lenguaje y las limitaciones de la ciencia y una propuesta complementaria inspirada en C. S. Lewis*, el autor explica que:

La teoría de Chomsky sobre el origen del lenguaje se apoya en la homogeneidad del genoma humano, lo que explica el desarrollo lingüístico de los niños solamente por exposición a la lengua sin ningún tipo de instrucción. Esta homogeneidad se explica, según los datos de la paleontología y la genética comparada, por lo reciente del proceso de hominización ya que la variación genética ha sido mínima en los últimos doscientos mil años. No ha habido ningún cambio evolutivo significativo en la capacidad del lenguaje desde que un pequeño grupo de nuestros ancestros dejaron África alrededor de hace cincuenta o sesenta mil años. [...] Anteriormente no hay evidencia indirecta alguna del lenguaje, así que en este cortísimo tiempo en términos evolutivos (incluso si el límite superior se anticipara unos cientos de miles de años) parece haber ocurrido una explosión repentina de actividad creadora, compleja organización social, actividad simbólica y artística y anotaciones sobre sucesos astronómicos y meteorológicos, indicadores coetáneos de la aparición del lenguaje. Según Chomsky, dicha actividad pudo responder a un big bang cognitivo resultado de una reorganización de los circuitos neuro-cerebrales de nuestros antecesores en la que algún principio natural inespecífico de eficacia computacional interaccionaría con una pequeña mutación genética dando lugar a la Gramática Universal (capacidad innata para el lenguaje) (p. 3)

² <<http://spazioinwind.libero.it/gastroepato/afasia.htm>> traducido por Federica Bidoggia

Sintetizando, se puede decir que para Chomsky el cerebro está organizado y programado para utilizar reglas determinadas que llevan a cabo todas las funciones motoras e intelectuales que los seres humanos cumplimos.

Como profundizan Millán y Fernández (2007):

El lenguaje es una función cerebral superior muy compleja que emerge de la interacción entre el desarrollo biológico del cerebro (información genética) y el medio social donde se adquiere cada lengua (medio externo cultural y tipos de lenguajes). La organización humana del lenguaje en el cerebro se conceptualiza mejor como una disposición en múltiples áreas interrelacionadas que trabajan de forma cooperativa finamente coordinada para la emisión, comprensión e integración de mensajes lingüísticos (p.1).

Por todo ello, está claro que el lenguaje humano involucra distintas funciones del cerebro, según cual sea la fase o la función que desarrolle. Pueden ser automáticas y frecuentes, como conjugar verbos por ejemplo. Sin embargo, al aportar nuevas palabras a nuestro vocabulario utilizamos grandes zonas del cerebro, incluso la zona que controla el desarrollo visual, dado que en parte estamos recordando su configuración física. En definitiva, cuando construimos la estructura de una frase, o más en general del lenguaje, procedemos de diversas fuentes de nuestro sistema (Deacon, 1998).

La localización anatómica de las áreas del lenguaje se divide entre sistema anterior y sistema posterior. El primero, que se sitúa en el lóbulo frontal, controla principalmente la actividad verbal. Su función tiene a que ver con la expresión del lenguaje y permite una correcta organización de los esquemas perceptivos motores, asegurando la coherencia del discurso. El segundo ocupa la tercera circunvolución temporal superior y mediana y su función es la retención inmediata de los mensajes auditivos.

En la Figura 1 se puede notar como los hemisferios resulten bastante deslocalizados, porque hay unas cuantas funciones que se realizan con más intensidad en una mitad que en otra. En el 90% de las personas es el hemisferio izquierdo que es responsable del desarrollo del lenguaje y por ello, lo denominan como ‘dominante’.³

³ <[http://www.treccani.it/enciclopedia/neuropsicologia-del-linguaggio_\(XXI_Secolo\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/neuropsicologia-del-linguaggio_(XXI_Secolo))> traducido por Federica Bidoggia

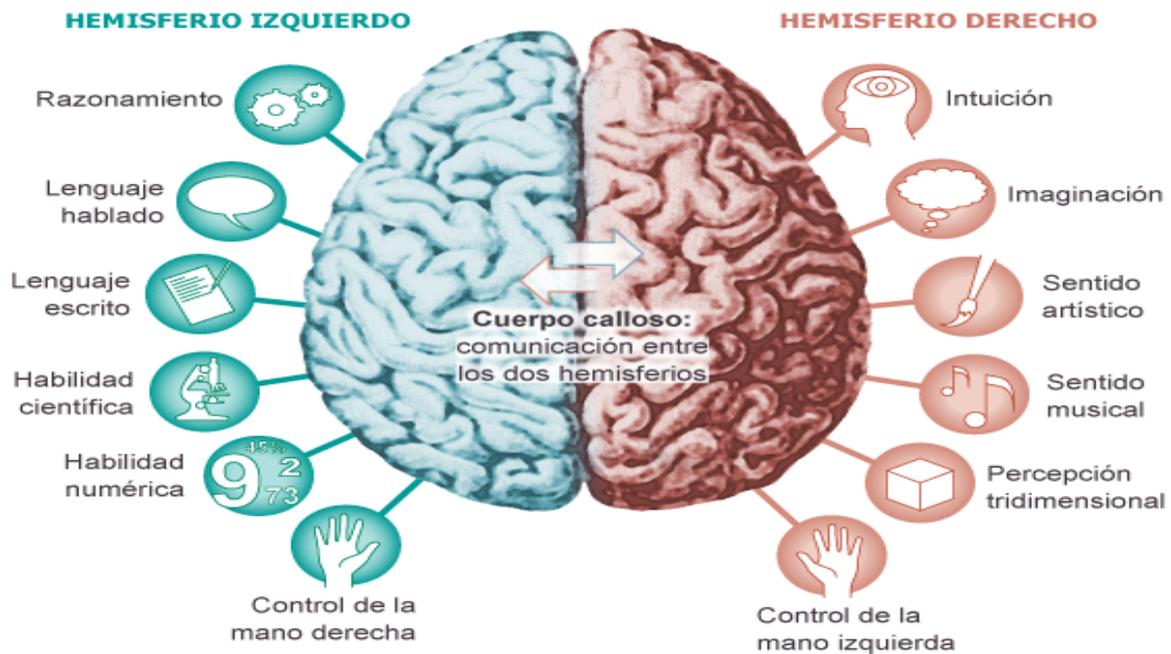


Figura 1: Funciones de cada hemisferio

Como se verá en el párrafo que sigue en manera más detallada, hay una relación necesaria entre el lenguaje (o mejor dicho el habla) y el cerebro. De hecho, hay varias áreas específicas que se ocupan de comprender lo que nos dicen, realizar un discurso, lograr leer o escribir palabras.

1.2 Primeras aportaciones: Paul Broca

Como explica Ardila (2005) el estudio sobre la organización cerebral del lenguaje y de los trastornos relacionados tiene apenas un poco más de un siglo. Este tipo de análisis ha permitido entender y aclarar que la relación cerebro-lenguaje existe y es necesaria para el desarrollo del habla, por supuesto. Ardila (2005) individua:

Cuatro periodos en el desarrollo de los conceptos acerca de las relaciones cerebro-lenguaje: el periodo preclásico abarca hasta 1861; el periodo clásico de 1861 a 1945, aproximadamente hasta la Segunda Guerra Mundial; el periodo moderno o posterior a la Segunda Guerra Mundial de 1945 a 1975, y el

localización cerebral del lenguaje, Paul Broca (1824-1880), un médico francés (Figura 3) se ocupó de los problemas del habla y de hecho, en 1861, publicó su trabajo más famoso sobre un paciente de 30 años que no lograba hablar. Él intentó analizar el trastorno de ese hombre, llamado ‘TAN’ porque era la única expresión que emitía, pero fue solo a través del estudio post-mortem que Broca descubrió que su dificultad de habla era debida a una extensa infección crónica que afectaba al cráneo (Figura 4), meninges y la mayor parte del hemisferio izquierdo como explican Lapuente, Sánchez López y Rabadán Pardo (2010).



Figura 3: Paul Broca



Figura 4: El cerebro de ‘Tan’

Por ello, a Broca se le reconoce el descubrimiento de que las alteraciones en el habla están relacionadas con lesiones en el hemisferio izquierdo del cerebro y, más precisamente, con la tercera circunvolución frontal izquierda. A través de esta formulación Broca contradujo los estudios precedentes (la ley biológica) según los cuales todos los órganos tenían que ser simétricos y en este caso los hemisferios no resultan serlo. Sin embargo, como especifican Lapuente et al. (2010) Broca distingue tres procesos del lenguaje relacionados con diferentes bases neuroanatómicas:

- I. El intelecto en general (que no tiene una localización tan determinada como el lenguaje)
- II. La facultad general del lenguaje
- III. La facultad para articular el lenguaje, o sea poder comprender y hablar (que está localizada en el hemisferio izquierdo)

Fue por ello que Broca llegó a ser muy importante en el mundo científico, demostrando que solamente el hemisferio izquierdo se encontraba alterado y modificado en caso de pérdidas

del lenguaje. Entendió que cuando un paciente presentaba un trastorno en la capacidad para hablar, la patología se localizaba en el hemisferio izquierdo. De hecho, notó que las lesiones que comprometían la misma región pero en el hemisferio derecho, no llevaban a una pérdida en la capacidad lingüística (Ardila, 2005).

1.3. Primeras aportaciones: Carl Wernicke

Otra importante contribución fue aquella de un estudiante alemán, Carl Wernicke (1848-1905), que publicó su tesis doctoral en 1874.⁶ Este joven, después de haber estudiado varios casos prácticos, propuso la existencia de dos tipos de afasia: motora y sensorial, separables clínicamente. Posteriormente postuló un tercer tipo de afasia que denominó afasia de conducción, basándose en la descripción diagramática de las áreas del cerebro que participan en el lenguaje (Ardila, 2005:18). Más sencillamente, lo que ‘descubrió’ Wernicke fue la presencia de un centro especial para las imágenes auditivas de las palabras (Lapuente et al., 2010) que se sitúa en la primera circunvolución temporal.

Lo que notó Wernicke fue que en los casos que estudiaba él, el déficit era diferente de lo que describía Broca y de hecho, después del examen post-mortem, se dio cuenta de que habían lesiones en la región posterior-superior del lobo temporal izquierdo.

Wernicke propuso un modelo que mostraba como resultaban interconectadas las áreas responsables del lenguaje en el cerebro. Estos centros del lenguaje que se corresponden con el área de Broca (que produce las imágenes motoras de las palabras) y el área de Wernicke (que produce las imágenes auditivas de las palabras), estarían unidas entre sí a través del fascículo arqueado. La lesión de este último produciría una alteración de la comprensión o de la producción del lenguaje (Lapuente et al., 2010)

En 1885 Ludwig Lichtheim, que era un famoso médico experto en afasia, desarrolló todavía más el modelo de Wernicke centrándose en el sustrato cerebral del lenguaje. Sin embargo, fue

⁶ Wernicke, Carl. “The aphasic symptom-complex: a psychological study on an anatomical basis”. *Archives of Neurology*, 19

casi cien años después que la teoría propuesta por Wernicke llegó a ser modificada en manera casi definitiva en aquel tiempo.

Norman Geschwind, un neurólogo estadounidense, enriqueció el modelo hecho por Wernicke y Lichtheim profundizando la importancia de específicas áreas de la corteza cerebral y su manera de conectarse entre ellas. Antes que todo, Geschwind individuó finalmente cuales son las áreas del cerebro y las denominó como sigue (Lapiente et al., 2010)

- El área de Broca: se coloca en la tercera circunvolución frontal izquierda. Geschwind intuyó que esta área contenía los programas para la compleja coordinación de los músculos de la cara, mandíbula, lengua [...] responsables de la producción del habla, puesto que se sitúa delante de la zona motriz facial.
- El área de Wernicke: para Geschwind era la zona donde se desarrollaban las imágenes auditivas de las palabras. Es decir que en el área de Wernicke la información auditiva se convertía en unidad de significado.
- El fascículo arqueado: resulta ser la parte que conecta estas dos áreas, de manera que las imágenes auditivas se trasformen transmitiendo la información del área de Wernicke a la de Broca.
- El giro angular: representa una zona de paso entre la región visual y la región auditiva (Lapiente et al., 2010) y contiene los ‘mecanismos’ para que la forma auditiva de una palabra aparezca en el área di Wernicke.

Este modelo se diferencia de los precedentes porque hace referencia a lo que realmente pasa en el cerebro cuando se oye, se pronuncia o se lee una palabra. En la Figura 5 se puede notar cuales son los procedimientos y las áreas implicadas.

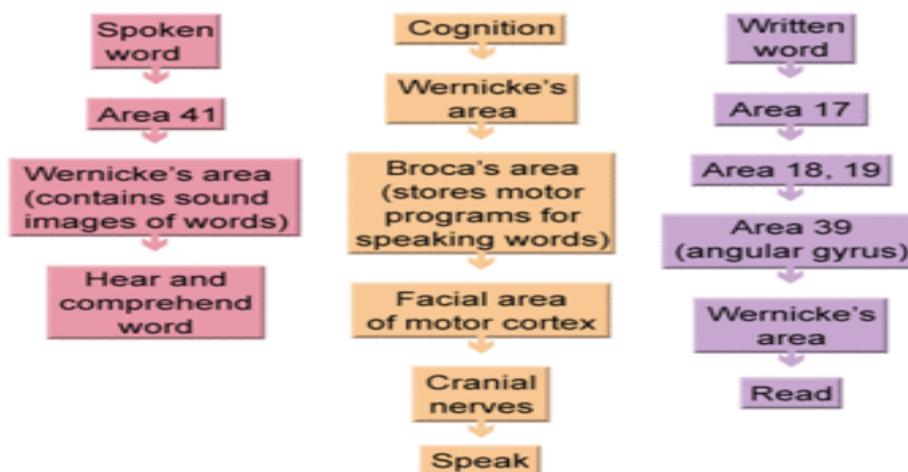


Figura 5: Modelo Wernicke-Geschwind (1965)

El modelo Wernicke-Geschwind propone una serie de eventos distintos:

- **Cuando se oye una palabra**, los sonidos son enviados a través del sistema auditivo al área de Brodmann 41 (o sea el área auditiva primaria), luego la información se transmite al giro angular y desde allí se proyecta al área de Wernicke que tiene el papel de comprenderla.
- **Cuando se pronuncia una palabra**, el significado de esta es enviado del área de Wernicke al área de Broca que se ocupa de juntar los morfemas y enviar la información para que los músculos faciales se muevan y los sonidos salgan.
- **Cuando se lee una palabra**, la información llega al giro angular de las áreas visuales primarias para que se produzca la forma auditiva correspondiente en el área de Wernicke. (si se lee en voz alta, la información será enviada al área de Broca mediante el fascículo arqueado).

En la Figura 6 hay una estructura del cerebro (en relación con las zonas que se ocupan del lenguaje) más compleja.

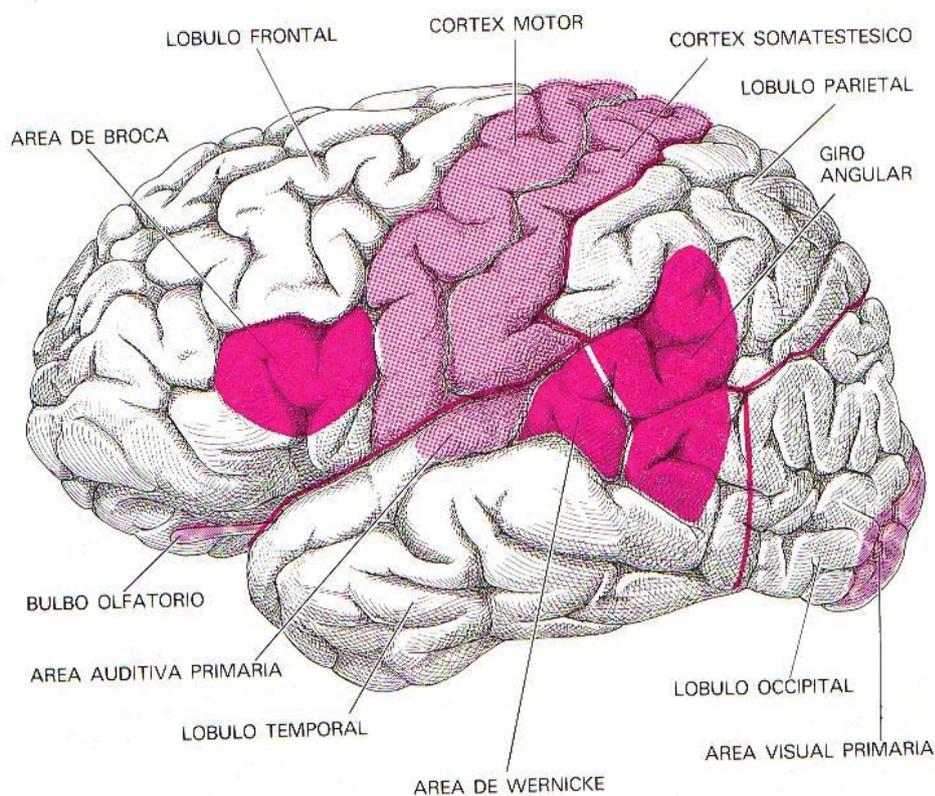


Figura 6: Modelo de Wernicke-Geschwind con los componentes relacionados

Sin embargo, resulta que aparezcan algunas carencias y dificultades. Como explican Lapuente et al. (2010) este modelo:

Destaca solamente la importancia de regiones corticales y de fibras que las interconectan, no tiene en cuenta la participación de tálamo izquierdo y núcleo caudado izquierdo. Cuando leemos una palabra la información no pasa al área de Wernicke antes de dirigirse al área de Broca, sino que desde el giro angular pasa al área de Broca. De esta manera, las percepciones visuales y auditivas de las palabras son procesadas independientemente por vías de modalidades específicas que tienen acceso al área de Broca y a las regiones superiores de procesamiento de significado y expresión del lenguaje. No toda la información auditiva se procesa del mismo modo. Los sonidos sin contenido lingüístico se procesan por vías diferentes. Las palabras implican una mayor cantidad de áreas y un conjunto de interconexiones paralelas más complejas que la simple interconexión entre Wernicke y Broca. La prosodia (énfasis, tono y ritmo) es también un elemento del habla. Ciertos componentes afectivos del lenguaje se basan en la prosodia. La prosodia está relacionada con procesos propios del hemisferio derecho (p. 8).

Concluyendo, se ha explicado a través de la anatomía del cerebro, como el lenguaje está estrictamente relacionado con ella.

1.4. Un lenguaje ‘diferente’: el protolenguaje

Se han analizado cuáles son las características del lenguaje y cuáles son sus relaciones con el cerebro. Sin embargo no se ha explicado en manera específica como ha surgido el lenguaje y como se ha desarrollado. Por cierto se han hecho muchos estudios sobre estas teorías y varios estudiosos de psicolingüística dieron su contribución para profundizar más la teoría de evolución del lenguaje. Las dos teorías más importantes y significativas sobre este tema han sido la de Chomsky y la de Bickerton: el primero desarrolló la teoría de la discontinuidad y el segundo la teoría del protolenguaje. Chomsky cree que el lenguaje deriva de una dotación biológica innata, que pertenece al ser humano desde cuando nace y no se debe a los sistemas comunicativos precedentes, es decir que él piensa que los elementos gramaticales se agregaron en manera imprevista y formaron la gramática universal, a través de un salto lingüístico (Lewis, 2013). Por otra parte, Bickerton propone que los seres humanos hayan empezado a hablar con un lenguaje sin sintaxis y sin gramática compuesto

solo por palabras aisladas.⁷ Como explica Solias Arís (2007) teniendo en cuenta lo que aportó Bickerton (1990):

Un protolenguaje es un modo de expresión lingüística que carece de las estructuras formales complejas que caracterizan a las lenguas humanas. La simplificación lingüística que caracteriza a los protolenguajes puede deberse a muchos factores [...], pero lo llamativo es que los diversos protolenguajes que se han identificado y estudiado comparten el mismo tipo de carencias formales [...] Las causas que inducen la aparición de un protolenguaje son muy variadas. Los protolenguajes se generan tanto cuando el proceso de adquisición lingüística no se ha completado aún o se ha interrumpido, como cuando el individuo que se dispone a aprender una lengua está incapacitado cognitivamente para aprenderla o la había aprendido y ha pasado a tener una incapacidad cognitiva que le impide manejarla con plenitud (p. 1).

Los tipos de protolenguaje son varios pero lo que interesa este estudio es el protolenguaje utilizado por los afásicos (sobre todo los que tienen afectada la producción). Sin embargo, hay algunas características que resultan comunes a los protolenguajes. A partir de este punto, se puede seguir citando el artículo de Solias Arís (2007) que explica las características formales de los protolenguajes según Bickerton (1990):

- El orden de constituyentes variable: es decir que en el protolenguaje el orden de las palabras no tiene una regla específica. Algunas veces se subraya la información conocida después de la nueva, o viceversa. El orden de estos constituyentes puede entonces variar de SVO (Sujeto-Verbo-Objeto) a SOV (Sujeto-Objeto-Verbo) o quedarse solo con Verbo y Sujeto. Es muy frecuente en episodios de protolenguaje que no solo cambie el orden de constituyentes sino que sean omitidos, tanto los verbos como los sujetos y objetos.
- Omisión de complementos subcategorizados: como el protolenguaje probablemente se utilizaba con el único fin de expresar ideas breves y sencillas, otra característica de ello es la de no incluir en la frase los complementos subcategorizados porque ya se pueden deducir de lo que ha sido dicho antes o del contexto.
- Carencia de recursividad: entendiendo por recursividad aquel procedimiento que <<se refiere a la posibilidad de construir estructuras que contienen estructuras del mismo tipo, como ocurre por ejemplo en las construcciones subordinadas, que contienen una

⁷ <<http://www.pensierocritico.eu/evoluzione%20linguaggio.html>> traducido por Federica Bidoggia

oración dentro de una oración, que a su vez pueden contener otra>> (Solias Arís T.,2007), en los protolenguaje este procedimiento se encuentra pocas veces. Lo que utilizan este tipo de lenguaje suelen unir las frases sin utilizar ninguna construcción subordinante.

- Los pacientes afásicos, que muestren dificultades en la producción, utilizan un lenguaje que resulta tener casi todas las características del protolenguaje.
- Por último, pero no menos importante, aparece el bajo número de elementos gramaticales: como ya se ha dicho antes, el protolenguaje es caracterizado por no tener una estructura gramatical concreta. Los determinantes aparecen muy pocas veces, los verbos a menudo no son conjugados, no hay concordancias entre sujeto y verbo ni de género ni de número.

CAPÍTULO 2: LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

2.1. Afasia: ¿Qué es y cómo se diagnostica?

Como dicho antes, el lenguaje representa la compleja facultad mental que se utiliza para comunicar. Es el hemisferio izquierdo, en casi todos los seres humanos, que se encarga de hacer de manera que el lenguaje funcione. Él se ocupa, de hecho, de la comprensión de las palabras, de la producción, de la lectura y de la escritura. Cuando se manifiesta un daño o una alteración de una o más zonas de este hemisferio, surgen los que se llaman ‘trastornos del lenguaje’. Uno de los más frecuentes e importantes es lo de afasia. Ardila (2010) resume hábilmente muchas de las definiciones que se han utilizado durante años para describir lo que es la afasia:

Afasia es una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje (Bein y Ovcharova, 1970); un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral (Hécaen, 1977); una pérdida adquirida en el lenguaje como resultado del algún daño cerebral, caracterizada por errores en la producción (parafasias), fallas en la comprensión y dificultades para hallar palabras (anomia) (Kertesz, 1985); o simplemente, una pérdida o trastorno en el lenguaje causada por un daño cerebral (Benson, 1979). Afasia se refiere, en consecuencia, a una alteración adquirida en el lenguaje oral. Las afasias pueden presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje. Se deben distinguir dos tipos diferentes de anormalidades en el lenguaje infantil: disfasia de desarrollo, un retardo o trastorno en la adquisición normal del lenguaje y afasia infantil, una pérdida del lenguaje resultante de algún tipo de daño cerebral, producido antes de que se alcance su adquisición completa (Woods, 1985b) (p. 35).

Pino Saéz (2006) en uno de sus artículos, la describe como una alteración del lenguaje debida a lesiones cerebrales que pueden interesar tanto a la comprensión de las palabras como a la expresión de ella o también a la lectura y escritura. Por ello, las personas afectadas por afasia no pueden convertir precisamente las secuencias de las representaciones mentales en símbolos y organizaciones gramaticales típicas del lenguaje oral.

La afasia puede ser provocada por diferentes causas. La primera de ellas, la más frecuente porque causa casi la mitad de los casos de afasia, es el accidente cerebrovascular (ACV). Un ACV empieza con un déficit neurológico causado por una interrupción del flujo de la sangre en los vasos sanguíneos del cerebro. Otras causas muy frecuentes son las lesiones traumáticas del cerebro y las crisis. Estas últimas se definen como una alteración súbita y transitoria de una función neurológica y son muchas las causas que pueden provocar una crisis, por ejemplo un tumor cerebral, una infección del cerebro, un infarto por embolía etc... (Estabrooks y Albert, 2005).

Solo en el 5% de los casos, el causante de una forma de afasia puede ser un tumor cerebral.

Sintetizando, las causas principales de la afasia, como explica Jiménez Hornero (2011) son:

- Traumatismo cráneo-encefálico
- Ictus o Accidente Cardio Vascular (debido a embolías, trombosis, hemorragias cerebrales...)
- Enfermedades infecciosas del cerebro (encefalitis o abscesos cerebrales)
- Tumor

El concepto de afasia por tanto, resulta muy amplio y complejo y por ello ha sido necesario clasificar las diferentes formas de este trastorno para que se pudiera entenderlo mejor. Las diversas clasificaciones de afasia se han realizado ya después de las primeras aportaciones de Broca y Wernicke, dado que han sido ellos a intuir de qué dependía esta falta de lenguaje.

Ahora, es sustancial explicar cuáles son las maneras para diagnosticar este tipo de enfermedad. Está claro que una de las señales o síntomas más evidentes de la afasia es la dificultad en producir frases y palabras pero también en comprender lo que dicen los demás. Los problemas del lenguaje, como ya se ha dicho, pueden interesar todos los aspectos de este último, aunque la afasia pueda ser caracterizada por diferentes niveles o grados de gravedad de la enfermedad. Por ello hay mucho material práctico utilizado por los logopedas para lograr entender y por supuesto diagnosticar la afasia en un paciente. Hay muchas pruebas que se utilizan para analizar las habilidades lingüísticas de los pacientes afásicos: el Boston Diagnostic Aphasia Examination, el Western Aphasia Battery, el Test Barcelona, la batería de Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia, el Token Test (Lázaro y Ortuño, 2012).

Sin embargo, uno de los más utilizados tests para diagnosticar esta enfermedad, es el test Boston. Como bien explica Sacristán (2006):

Se trata de una batería de pruebas de uso común en la clínica y de una ya larga tradición. [...] La batería incluye una primera sección en la que se trata de inducir en el paciente una actividad conversacional lo más libre posible, dentro de las condiciones restrictivas de una entrevista clínica. Se someten a valoración para ello algunas manifestaciones del habla no fácilmente cuantificables en términos de puntuaciones objetivas, pero que resultan útiles para una caracterización global de la situación del paciente, como pueden ser capacidad melódica, longitud de frase, agilidad articulatoria, variedad de formas gramaticales, grado de incidencia de parafasias y dificultades para encontrar palabras. Estas dos últimas características corresponden al nivel léxico-semántico (p.237-238).

Entonces, a través de tests de este tipo, los logopedas anotan los errores que los pacientes cometen, intentan entender cuál es la gravedad de la afasia y con esta evaluación los médicos seguirán decidiendo la tipología de tratamiento que necesitan los afásicos.

Concluyendo, con las palabras de Sacristán (2006):

La batería Boston contempla buena parte de los parámetros definitorios de la capacidad léxica, aunque ciertamente no todos los que podrían en principio considerarse significativos y con criterios que desvirtúan las condiciones naturales en que se manifiesta la conducta verbal (p.242).

2.2. Clasificación de afasias

Como explicado antes, el cerebro presenta algunas áreas específicas que permiten la elaboración y la comprensión del lenguaje. Dichas áreas, que se sitúan en el lóbulo temporal izquierdo del cerebro y que se ocupan de transmitir las señales y de decodificarlas, son fundamentalmente tres: el área de Broca, el área de Wernicke y el fascículo arqueado (que no es propiamente un área sino que conecta estas dos áreas desarrollando un papel fundamental porque pasa las informaciones y los códigos de un área a otra). Como la afasia es la

consecuencia de una ruptura en el normal procesamiento cerebral del lenguaje, puede afectar diferentes zonas de ello (Pascual et al., 2003).

La primera clasificación que se hace con respecto al trastorno de afasia es dividirlos en afasias fluentes y no fluentes. Como explican Pascual et al. (2003): <<Según Benson [...], el término fluente y no-fluente fue acuñado por Wernicke en 1874, aunque ya H.Jackson en 1864 distinguía a sus pacientes afásicos entre los que no podían hablar y aquellos que producían muchas palabras pero con equivocaciones>> (p.22).

Un paciente afecto de afasia fluente tiene un lenguaje espontáneo y como profundizan Pascual et al. (2003) los síntomas en el lenguaje expresivo son los siguientes:

- Las palabras se producen sin esfuerzo y la cantidad de ellas oscila entre un nivel normal hasta un nivel híper normal. Cada frase suele tener una longitud normal, o sea 5/8 palabras.
- La alteración mayor se produce a nivel lexical, de hecho los afásicos fluentes no expresan frases con significado concreto o con contenido particularmente informativo. Ellos utilizan muchas palabras, mientras que hablan casi nunca se paran pero es un lenguaje que raramente tiene sentido.
- Se producen a menudo parafasias (sustituciones o deformaciones de una palabra). Las frases, aunque largas, no siguen las reglas de la sintaxis. Ellos no se dan cuenta de sus trastornos mientras que intentan explicar algo.

La afasia no fluente es caracterizada por una escasa producción verbal espontánea, ya que el área afectada es la de la producción del lenguaje. Ellos producen palabras aisladas o frases muy breves y sencillas. Las características de este tipo de afasia, como describen Pascual et al. (2003), son:

- Un lenguaje producido de menos de 50 palabras por minuto, es decir muy pobre y sin articulación.
- El lenguaje resulta ser lento y laborioso. A menudo, el paciente se da cuenta de que no es capaz de terminar una frase o una palabra y necesita hacer un sobre esfuerzo ayudándose con gestos faciales y corporales.
- Los afásicos no fluentes pierden muchas veces las partículas gramaticales y cometen muchos errores de nombres y verbos.

- Aunque el lenguaje resulta breve y telegráfico, cuando quieren describir algo estos pacientes lo hacen intentando tararear un discurso a través de una melodía o algo parecido.

Pertenecen a las afasias fluentes la de Wernicke, la de conducción, la transcortical sensorial y la anómica. En cambio, forman parte de las afasias no fluentes la afasia global, la afasia de Broca, la afasia transcortical motora y la transcortical mixta.

En los próximos párrafos se profundizarán las características de cada una de ellas. Por lo que merece la afasia de Wernicke, se hablará de ella en el próximo capítulo ya que realmente es el objeto de estudio de esta tesis. De hecho, después de haber comentado los síntomas y lo que caracteriza la afasia de Wernicke, se analizarán dichas características en el corpus PerLa.

2.3. La afasia de Broca

El área de Broca, como visto antes, se sitúa en la región postero-inferior del lóbulo frontal izquierdo y está conectada con la corteza motora de los músculos del habla (Figura 7). La afasia de Broca es causada por lesiones que afectan al córtex frontal lateral del hemisferio izquierdo (área 44 de Brodmann). También pueden afectar al córtex frontal adyacente y la sustancia blanca que se encuentra cerca del área. Es una de las afasias más frecuentes entre las afasias no fluentes. Lo que la caracteriza es un lenguaje que resulta ser articulado con dificultad y muy simple. Los pacientes con este trastorno tienen la comprensión mejor que la producción y son conscientes de tener un problema porque se exasperan y se paran si no logran decir lo que quieren. Como especifican Santos y Calvo (2006) el paciente afásico:

puede procesar el mensaje escrito, auditivo, visual, etc., pero se muestra incapaz de emitir mensaje alguno y esto afectando igualmente a la vertiente del lenguaje oral, escrito, etc. Es decir el paciente presenta un trastorno de las imágenes motrices de las palabras que le impide articular (p. 63)

Cuando se les pregunta de repetir algo, lo hacen con alteraciones y también les cuesta mucho denominar a algo o a alguien. La escritura y la lectura están alteradas y presentan las mismas dificultades del lenguaje espontáneo (Pascual et al., 2003).

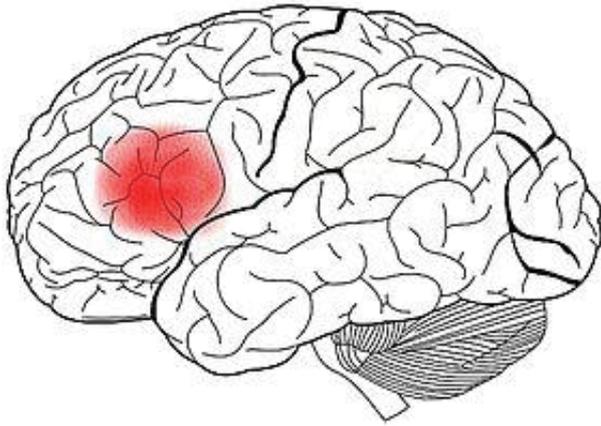


Figura 7: Área de Broca⁸

La afasia de Broca se divide en dos tipos⁹:

- La afasia de Broca tipo I (o afasia de Broca menor) es una forma más ligera de afasia de Broca, las lesiones son específicamente limitadas al área de Broca y se caracteriza por una habilidad reducida para hallar palabras.
- La afasia de Broca tipo II (o afasia de Broca extendida) es causada por una lesión más grande y que abarca los elementos corticales y subcortical a lo largo de la porción frontal y superior de la cisura de Silvio. Por ello, es considerada más grave de la otra.

El ejemplo reportado por Lapuente et al. (2010) es útil para entender mejor los trastornos que estos pacientes tienen a la hora de hablar, especialmente en el uso de los verbos concordados con los sujetos:

<<Dibujo de un **niño golpeado** por una pelota en la cabeza: **El niño es coger...el niño es golpear...el niño es golpear la pelota**>> (p. 17)

El habla es telegráfica y los verbos empleados se utilizan a menudo en el modo infinitivo, sin conjugarlos. Santos et al. (2006) mencionan que:

Cuando se produce oralización voluntaria esta se torna lenta, laboriosa y sin fluidez ni continuidad por la pérdida del aspecto dinámico de la actividad verbal, generalmente es una emisión silábica en la que parece buscarse el modo de pronunciar correctamente la palabra. [...] A menudo se aprecian parafasias literales junto a alteraciones significativas en la organización sintagmática del lenguaje –agramatismos–,

⁸ <www.google.com>

⁹ Afasia de Broca by Alejandra Torrez, Psicóloga at UAGRM, 2003, disponible en <http://www.slideshare.net/aleja.tg/afasia-de-broca>

simplificación sintáctica con alteraciones morfológicas – especialmente en formas verbales. Y supresión de monemas gramaticales preservándose, en todo caso, el valor informativo y comunicativo. Las parafasias literales, tienden a ser controladas por el sujeto. El agramatismo y las dificultades en la programación fonético-fonológica suelen apreciarse en secuela y tienden a ser persistentes (p. 68)

Sintetizando, la afasia de Broca se caracteriza por un habla no fluente y agramatismo, una comprensión más preservada que la expresión, una repetición y denominación alteradas, como también la lectura y escritura (Lapuente et al., 2010).

2.4. La afasia de conducción

El lenguaje de quien tiene afasia de conducción es fluente y con un ritmo normal o casi normal. La comprensión también puede resultar normal pero la repetición de frases o palabras siempre está alterada y los que son afectados por este trastorno suelen sustituir fonemas cuando repiten. Como explican Santos et al. (2006): <<se aprecia una alteración en el análisis y síntesis de las impresiones sonoras con desintegración fonética, con intentos de búsqueda fonemática [...], permaneciendo indemne la lectura para sí y presentando, a su vez, agrafia motora>> (p. 70). Por ello, la repetición es el principal problema de los afásicos de conducción y ellos pueden repetir palabras sueltas pero solo con significado. Son incapaces de repetir palabras o sonidos, como muestra el ejemplo que traen Lapuente et al. (2010):

Examinador: Bicicleta

Paciente: Bicicleta

Examinador: Hipopótamo

Paciente: Hipopótamo

Examinador: Blate

Paciente: No le he oído bien

Examinador: Bien, algunas de las cosas que diré no son palabras solo sonidos.

Blate

Paciente: No estoy seguro de lo que ha dicho.

Examinador: Blanquear

Paciente: Blanquear

Examinador: Norte

Paciente: Norte

Examinador: Rillo

Paciente: No, no sé decirlo

Los pacientes con afasia de conducción suelen substituir una palabra con otra que semánticamente tiene a que ver con la que tienen que repetir. A veces utilizan sinónimos o palabras que tienen un significado relacionado como se puede notar en la repetición de esta frase por parte de un afásico de conducción:

Examinador: El depósito del coche, que perdía gasolina, ensució la carretera.

Paciente: El depósito del coche goteaba y dejó la calle llena de gasolina (p. 22)

La denominación está alterada casi siempre y ellos utilizan mucho las parafasias para terminar las palabras y las frases. La lesión cerebral de este tipo de afasia es a nivel de la circunvolución supra marginal (Figura 8). En este caso la lesión afecta la sustancia blanca y por ello desconecta el área donde se sitúa la comprensión auditiva (área de Wernicke) del área de producción del lenguaje (área de Broca) (Pascual et al., 2003). Santos et al. (2006) se refieren a estos sujetos explicando que:

La expresión oral automática suele estar preservada, la referida al lenguaje no automático es entrecortada con pausas, dudas y correcciones: y sólo en algunos casos el paciente acude la lentificación voluntaria del débito en pro de una menor presencia de errores. Por lo general la palabra es emitida como un “bloqueo” y, en caso de error, el sujeto intenta nuevos accesos de forma reiterativa sin recurrir al silabeo [...]. Las parafasias son literales y no verbales como en Wernicke. Cuando el sujeto produce al azar, en el empeño de acceder a la palabra, una parafasia verbal esta puede ser prontamente inidentificada como error (p. 71).

Sintetizando, Santos et al. (2006) aclaran que: <<la comprensión del lenguaje tanto oral como escrito es cercana a la normalidad [...]. La comprensión auditiva suele estar mejor conservada que la capacidad lectora, [...], dadas las dificultades lectoras, dificultades que son semejantes a las del lenguaje hablado>> (p.72).

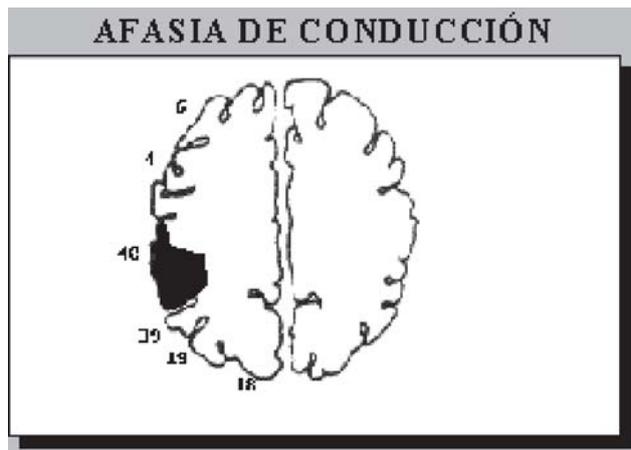


Figura 8: Zona afectada en la afasia de conducción ¹⁰

En síntesis, según lo que dicen Lapuente et al. (2010) las características de la afasia de conducción son: un habla fluida pero con parafasias fonémicas, una comprensión casi normal, una fuerte alteración de la repetición verbal y en la denominación, una lectura y escritura alteradas.

2.5. La afasia transcortical motora, la afasia transcortical sensorial y la afasia transcortical mixta

La afasia transcortical motora tiene como característica principal un lenguaje espontáneo no fluente que pero presenta una buena repetición y comprensión. El paciente casi nunca habla espontáneamente y si lo hace se ayuda con gestos motores. La denominación está alterada y se cometen errores de tipo fonético o semántico. La repetición está conservada y los pacientes repiten palabras y frases de forma intacta pero no hay lenguaje espontáneo (Santos et al., 2006). La lesión que causa esta afasia se sitúa en el área motora del lenguaje, anterior o superior al área de Broca (Figura 9). Santos et al. (2006) explican que: «se produce una desconexión entre la corteza motora suplementaria y el área de Broca, dejando intacto el área de Broca, de ahí que se preserve la repetición» (p.69).

¹⁰ <www.neuropsicol.org>

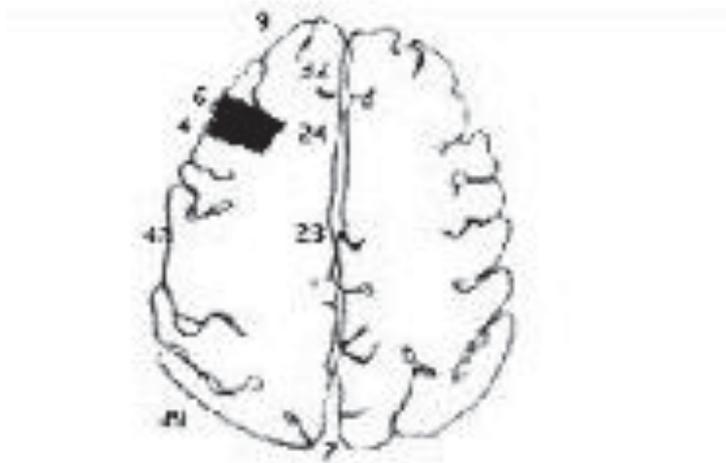


Figura 9: Zona del cerebro afectada que causa la afasia transcortical motora¹¹

La afasia transcortical sensorial se produce por lesiones que aíslan al área de Wernicke del resto del cerebro. Estas se sitúan en zonas adyacentes a esta área (Figura 10). Los síntomas que presentan son un lenguaje fluente con muchas parafasías. La comprensión está alterada pero sin embargo la repetición es buena. La denominación está muy alterada: de hecho si se pide a un afásico de este tipo de repetir una palabra, él logrará hacerlo pero con una pérdida total de la comprensión de su significado. La lectura y la escritura también presentan problemas de articulación.

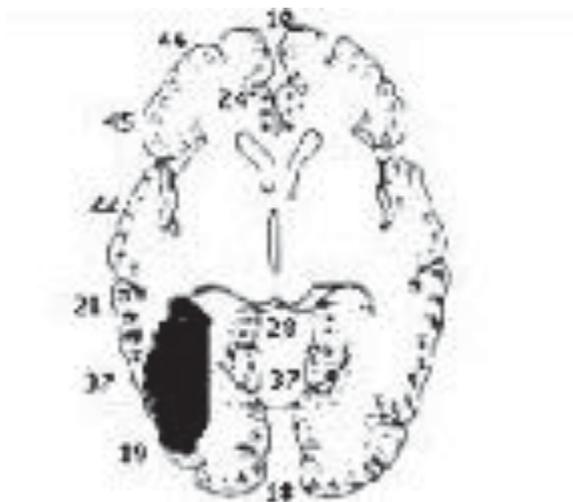


Figura 10: Zona del cerebro afectada que causa la afasia transcortical sensorial¹²

¹¹ <www.google.com>

¹² <www.google.com>

Por último, la afasia transcortical mixta es un tipo de afasia no fluente y las alteraciones se presentan en la denominación y la comprensión, sin embargo la repetición resulta ser buena. Lo que provoca este tipo de afasia son lesiones combinadas de las de afasia transcortical motora y sensorial (Figura 11). Por ser una combinación de las dos presenta alguna característica de una y de otra. Sin embargo, como bien explican Santos et al. :<<la expresión es reducida, con tendencias al mutismo, a la ecolalia y a la perseveración. La comprensión presenta fallos en tareas complejas. No existe denominación y se aprecia una alteración máxima en el lenguaje escrito>> (p.74)



Figura 11: Zonas del cerebro afectas que causa la afasia transcortical mixta¹³

2.6. La afasia anómica

Este concepto de afasia resulta ser muy amplio porque en casi todos los casos de afasia es presente también una denominación alterada. Sin embargo, se habla de afasia anómica cuando la anomia es casi pura, es decir que los pacientes no logran encontrar las palabras apropiadas cuando quieren expresar un concepto. Utilizan circunloquios para que los demás les entiendan aunque no encuentren las palabras que les faltan. El lenguaje es fluente y resulta bien articulado, el vocabulario no es tan rico de términos difíciles así que el discurso resulta ligeramente pobre pero no hay parafasías. La comprensión es normal y la repetición es muy buena pero, obviamente la denominación es el problema principal de este tipo de afasia. La

¹³ <www.neuropsicol.org>

lesión que la provoca se encuentra en el giro angular y en zonas cerca de ello (Pascual et al., 2003).

Lapiente et al. (2010) dan un ejemplo de un afásico anómico que quiere describir un dibujo (Figura 12¹⁴) y las palabras entre paréntesis se supone que son las que el paciente quería usar:

Hay una mujer que tiene dos hijos, un niño y una niña, y su hijo está a punto de abrir el... armario de la cocina para llevar fuera (coger) algunas... galletas de la (caja)... que posiblemente había hecho ella misma, y después resbala (se cae)... en la dirección equivocada (para atrás)... en la... encima de lo que está (taburete) y se va al... armario (suelo) y si se cae hacia atrás podría tener problemas (hacerse daño), porque eso (el taburete) está desequilibrado. (p. 31)



Figura 12: Lámina “El robo de las galletas”

¹⁴ Goodglass y Kaplan (1972): *Boston Diagnostic Aphasia Examination: BDAE*. Vers. Esp.: García-Albea José Eugenio, Sánchez Bernardos Rosa M^a., y Susana del Viso Pabón, 1986: *Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia. Adaptación en español*. En Lapiente, Francisco Román, María del Pino Sánchez López y María José Rabadán Pardo. *Neuropsicología*. DM, 2010

2.7. La afasia global

Otro tipo de afasia significativa es la afasia global. Se habla de ella cuando se pierde completamente o casi el uso del lenguaje a nivel expresivo, a nivel de comprensión y cualquiera otra actividad del lenguaje. Es una combinación de la afasia de Wernicke, de Broca y de conducción y los síntomas son los que presentan todas estas afasias juntas. No es muy frecuente como las otras, de hecho Lapuente et al. (2010) explican que:

La afasia global clásica suele estar acompañada de debilidad en el lado derecho de la cara y parálisis de las extremidades derechas, aunque esta sintomatología no aparece en todos los casos. Cuando la afasia global se presenta sin hemiplejía, los déficit que aparecen suelen ser menos pronunciados y su recuperación mejor. También suelen presentar una importante pérdida hemisensorial y alteración total o parcial del campo visual derecho. En algunos casos este tipo de afasia podría evolucionar favorablemente hacia una afasia de Broca (p. 25).

Sin embargo los pacientes afectados mantienen una cierta intención de comunicación y comprensión, intentando utilizar la misma palabra más veces en contextos diferentes. La lesión que causa la afasia global es muy grande e incluye el área de Broca, el área de Wernicke y también el córtex auditivo. (Figura 13 y 14)

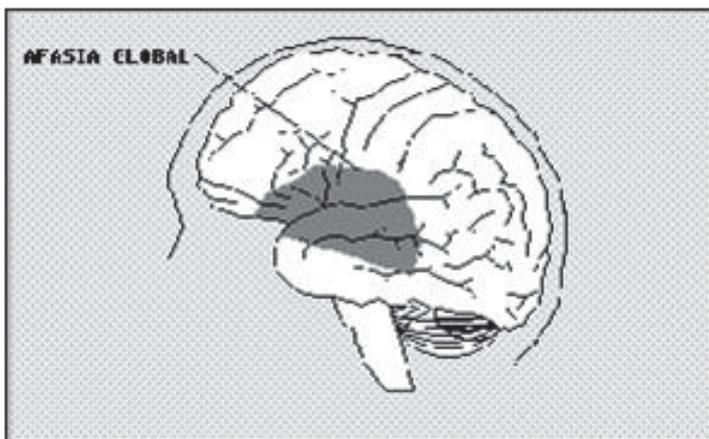


Figura 13: Zona del cerebro afecta que causa la afasia transcortical sensorial¹⁵

¹⁵ www.google.com

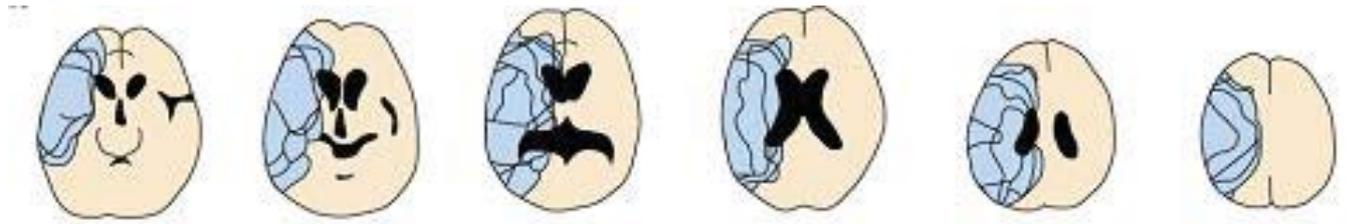


Figura 14: Lesiones del cerebro en afasia global¹⁶

Todos los aspectos del lenguaje están afectados. Se nota una carencia comprensiva y expresiva que afecta la modalidad auditiva, la oral, la escrita, etc. La lectura, la escritura y por supuesto la repetición están comprometidas (Santos et al., 2006).

Para sintetizar todo lo que se ha dicho y explicado hasta ahora, resultarán muy útil estas tablas a través de las cuales se pueden entender mejor todos los síntomas y todas las características de cada tipo de afasia (Figura 15 y Figura 16)

Características de los tipos de afasias

Tipo de afasia	Fluidez verbal	Repet.	Denom.	Comp.	Prosod.	Gramat.	Parafas.	Cont. Semant.
Broca	-	-	+/-	+	-	-	+/-	+
Wernicke	+	-	-	-	+	+/-	+	-
Conducción	+	-	-	+	+	+/-	+	+
Global	-	-	-	-	-	-	+	-
Anomica	+	+	-	+	+	+/-	+	+/-
Tr. Sensorial	+	+	-	-	+	+/-	+	-
Tr. Motora	-	+	-	+	-	-	+/-	+

Figura 15: Tabla sinóptica de las afasias¹⁷

¹⁶ <www.google.com>

¹⁷ <www.revistahospitalarias.org>



Figura 16: Lesiones cerebrales de cada tipo de afasia¹⁸

2.8. Trastorno en la expresión oral: errores cometidos

Como ya dicho antes, hay afasias en las que la expresión está más trastornada que la comprensión pero casi todos los tipos presentan anomalías y problemas de denominación. Por ello, hay errores más o menos comunes en la expresión oral y destacan las reducciones y las deformaciones. Según Jiménez Hornero (2010) por lo que merece las primeras, se habla de suspensión total del lenguaje cuando un paciente no logra expresar ningún concepto porque no es capaz de hacer ningún sonido articulado; estereotipias cuando el paciente solo emite elementos silábicos sin ningún significado. Por último, entre las reducciones del lenguaje se encuentran los automatismos que comprenden salidas, palabras raras que no tienen nada que ver con un verdadero discurso.

Por otra parte, entre las deformaciones del lenguaje en personas afásicas encontramos estos errores (Jiménez Hornero, 2010):

- *Parafasia*: es la sustitución de fonemas o sílabas con otros erróneos. Las palabras producidas entonces, resultan equivocadas por su composición. Las parafasias se dividen entre ellas en:

¹⁸ www.google.com

- Parafasias fonémicas: cuando se utiliza un fonema que resulta erróneo en la palabra que se quiere formar (pueden ser omisiones, inversiones, desplazamientos, sustituciones), un ejemplo: *lebro* en lugar de *libro*.¹⁹
- Parafasias verbales: cuando se utiliza una palabra en lugar de otra. Pueden ser formales, si las palabras intercambiadas son similares entre ellas en la forma pero no en el significado como en el caso de *cajetilla* – *carretilla* (Ardila, 2005); morfélicas por ejemplo *nochemente* (Ardila, 2005), si la palabra intercambiada no tiene nada a que ver con su contexto o si pertenece al inventario del lenguaje; por último se habla de parafasias verbales semánticas cuando la relación semántica que nace entre estas palabras se mantiene pero ser de diferentes tipos: puede pertenecer al mismo campo semántico como *león* – *tigre* (Ardila, 2005), o pueden ser antónimos como *grande* – *pequeño* (Ardila, 2005), o superordenados *león* – *animal* (Ardila, 2005), o puede resultar una palabra que muestra una proximidad con la palabra pronunciada (Ardila, 2005)

Ejemplo: ‘servilleta’ en lugar de ‘pañuelo’

- *Perseveración*: cuando los pacientes persisten en repetir la misma respuesta aunque probablemente no es correcta.
- *Neologismos*: son palabras nuevas que pero realmente no existen y por ello no tienen sentido para quien interlocuye con ellos.
- *Jergafasia*: representa una serie de palabras sueltas bien articuladas que pero no tienen ningún significado para quien escucha. Un lenguaje jergafásico de hecho, está lleno de neologismos y parafasias.
- *Ecolalia*: es cuando se repiten la última o las últimas palabras que ha dirigido el interlocutor al paciente a la hora de conversar.
- *Anomia*: es la incapacidad de encontrar a los nombres que corresponden a objetos. Es decir que resulta ser una falta de vocablo cuando quieren hablar.
- *Circunloquios*: es la utilización de varias palabras (o por lo menos más que una) para explicar algo que hubiera podido ser explicado con una sola. Suele pasar porque muchas veces los afásicos no tienen la capacidad de encontrar las palabras justas cuando quieren.

¹⁹ <http://www.encyclopediasalud.com/>

- *Conduite d'approche*: es cuando el paciente intenta autocorregirse a través de modificaciones fonéticas de la palabra que se quiere pronunciar, probando a alcanzar la forma correcta.
- *Esterotipia*: se considera como cualquier estímulo lingüístico en el que se utilizan fragmentos silábicos como *ta-ta-tá* que el paciente repite en continuación, o palabras 'passe-partout'.

Por fin se tiene que aclarar una última descripción relacionada con dos diferentes déficits, que parecen semejantes pero que tienen diferencias:

- *Agramatismo*: más que un error, se tiene que considerar como verdadero déficit lingüístico. Con agramatismo se entiende una reducción o simplificación de las estructuras gramaticales. Los verbos, por ejemplo, aparecen en forma infinitiva o de participio pasado; a menudo se omiten pronombres, adverbios y preposiciones; se utiliza mucho la tercera persona singular. Es cuando los pacientes no tienen la capacidad de conjugar los verbos o no logran realizar uniones gramaticales. Habitualmente producen frases breves y a menudo utilizan el verbo con forma de infinitivo. Más concretamente, el agramatismo provoca omisiones y sustituciones de artículos, preposiciones, conjunciones y pronombres (en la mayoría personales), sustitución de verbos, carencia de organización sintáctica, alteración en la prosodia, frases incompletas y se produce una 'mezcla' de diferentes formas gramaticales.
- *Paragramatismo*: tiene a que ver más con una confusión a nivel verbal, es decir que la forma sintáctica está casi totalmente preservada pero se puede notar que hay una utilización equivocada de los elementos gramaticales (géneros y preposiciones).

2.9. Trastorno en la comprensión (verbal) y en el lenguaje escrito

Este tipo de trastorno se puede verificar a nivel sensorial o a nivel semántico. En el primer caso las dificultades se encuentran a la hora de integrar auditivamente los fonemas de una palabra. Mientras que en el segundo caso, se comprenden diferentes estructuras sintácticas y gramaticales.

Por lo que merece el lenguaje escrito se habla de agrafia (no son capaces de escribir) y alexia (no son capaces de comprender el lenguaje escrito). Resumiendo, como añade Vendrell (2001):

De manera general, podríamos decir que esquemáticamente deben tenerse en cuenta dos niveles en la exploración de la comprensión del lenguaje en los pacientes afásicos:

- Nivel sensorial. Se trata de valorar el rendimiento del paciente desde el punto de vista de la agnosia auditiva y la integración auditiva de los fonemas. Un trastorno en esta esfera ocasionará predominantemente déficit para la integración de la estructura fonémica que se traducirá en parafasias, neologismos y lenguaje de jerga.
- Nivel semántico. Se trata de la exploración del aspecto psicolingüístico propiamente dicho: comprensión de las diversas estructuras sintáctico-gramaticales, conjuntos de frases con instrucciones yuxtapuestas, expresiones complejas de comparación, caso genitivo, etc. Un trastorno en esta esfera se manifestará predominantemente con alteraciones disintácticas del lenguaje (p. 980-86)

A través de la siguiente tabla (Figura 17) que enseña también un ejemplo para cada error, resultará más claro y comprensible entender cuáles son las dificultades que estos pacientes encuentran a la hora de hablar y también cuando quieren comprender algo que no logran entender. Serán analizados los errores más comunes de los que ya se ha hablado, poniendo un ejemplo concreto para cada uno.

TIPO DE ERROR	ESTÍMULO DADO	EJEMPLO
Anomia (no hay ninguna producción de unidad léxica)	Manzana	////////////////
Anomia + Circonlución (sustitución de la palabra con una frase)	Bolígrafo	Sirve para escribir
Parafasia fonética (la palabra que se produce tiene un error en uno o más fonemas)	Pera	Rape

Parafasia verbal (la palabra que se produce sustituye a la otra con la que pero no tiene ninguna semejanza)	Fresa	Coche
Parafasia semántica (la palabra que se produce sustituye a la otra con la que tiene una semejanza porque pertenecen al mismo campo semántico)	Cuchillo	Tenedor
Neologismo (la palabra producida no tiene nada a que ver con el estímulo y tampoco existe)	Agua	Firesta

Figura 17: tabla de ejemplos

Como se puede notar, los errores que a menudo los afásicos cometen son muchos y es bastante difícil individualarlos en un discurso, sobre todo si no tenemos ninguna información con respecto al contexto de lo que se habla.

2.9.1. Algunas explicaciones

Resumiendo lo que se ha dicho sobre los déficits que los pacientes afásicos suelen tener, se pueden dividir en tres grupos de problemas. Según lo que dicen Mulas, Etchepareborda, Díaz-Lucero y Ruiz-Andrés (2006), los tipos de faltas son:

- *Déficit fonológico-sintáctico*: cuando las dificultades son de articulación, fonología y morfosintaxis tanto en la producción como en la comprensión. Las frases son muy cortas con frecuentes omisiones de una o más palabras. En este

caso los problemas de comprensión son menores que los de producción y se notan más en el lenguaje abstracto y fuera de contexto. Las dificultades mayores se encuentran cuando los pacientes intentan entender un enunciado que resulta largo e incluye estructuras gramaticales complejas.

- *Déficit léxico-sintáctico*: en este tipo, las dificultades afectan el léxico, las formas morfológicas y por supuesto las palabras. A menudo no encuentran la palabra correcta y utilizan parafasias raras e imprecisas para concluir la frase. Este déficit mantiene las habilidades fonológicas y articulatorias casi normales. La comprensión de algunas palabras sueltas puede resultar casi normal pero estos pacientes no logran entender frases enteras.
- *Déficit semántico-pragmático*: el problema de este grupo afecta la comprensión del significado de los mensajes verbales, ya que los suelen interpretar literalmente. Sin embargo, el habla resulta ser fluida y estructuralmente correcta. Cuando se les pregunta algo, no responden correctamente porque solo entienden algunas palabras sueltas y sin contextualizarlas. A menudo presentan un lenguaje ecolálico y perseveraciones.

3.0. Intervención y recuperación

No obstante la afasia sea una enfermedad muy difícil de tratar, se puede curar y mejorar la situación en la mayoría de los casos. Como aclaran Campos y Gimeno (2011) la intervención:

Requiere de un abordaje multidisciplinar especializado que lleve a cabo una valoración y un plan de tratamiento holístico, integrador y personalizado. Las afasias necesitan la intervención de un equipo multidisciplinar formado por especialistas en neurología, neuropsicología, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, lingüística y la colaboración de diferentes especialistas que el paciente requiera. [...]Se suponía que después de un periodo máximo de 2-3 años, el déficit observado en pacientes que habían sufrido algún daño cerebral se presentaba ya como una secuela permanente e irreversible. En cambio, algunos autores han enfatizado que los cambios que ocurren tras una patología cerebral presentan una gran variabilidad individual, y se pueden observar aún muchos

años después de la condición inicial. La recuperación puede continuar durante varios años, y la rehabilitación puede también ser útil en pacientes crónicos. En pacientes afásicos recuperados, se ha demostrado la participación del hemisferio derecho en procesos lingüísticos (p. 198).

Antes que todo, por supuesto, es necesario que el médico realice un examen completo a través de una detallada historia clínica. Después de haberla realizado, dado que cada tratamiento varía según la tipología de afasia que se entienda curar (las afasias motrices necesitan un tratamiento diferente a lo de las afasia sensoriales por ejemplo), se empieza un tratamiento neurológico y logopédico para solucionar lo antes posible las faltas que presentan estos pacientes. Está claro que si el daño no se ha difundido en manera excesiva y si se empieza muy pronto el proceso de terapia, las posibilidades de mejoramiento aumentan.

Tratando el tema en una manera más general, es útil utilizar las palabras de Villaroya y Calleja (2008) que explican que en el proceso de intervención hay dos etapas principales:

Es necesaria una pronta intervención: se apunta la eficacia máxima del tratamiento en torno a los seis meses siguientes al fallo cerebral, esta etapa constituye el periodo de una progresión que responde por lo general a la normal evolución de la persona, a la reorganización y recuperación de neuronas y sistemas no completamente destruidos, aun así la intervención temprana es fundamental y va a contribuir a una mayor normalización comunicativa y lingüística. Después de esta etapa la intervención continua sigue siendo importantísima y eficaz, tratándose más de una progresión lenta y laboriosa que de una progresión espectacular, pero necesaria (p. 136)

A través de estas palabras se puede entender cómo, teóricamente hablando, resulte bastante fácil el proceso de intervención para resolver los problemas del lenguaje en pacientes afásicos. Está claro que cada uno tiene un problema distinto, pero que los rasgos que caracterizan cada tipo de afasia son los que se han visto antes y hay un tratamiento específico en razón del cuadro afásico. Los objetivos que se quieren alcanzar son los de restablecer la comprensión auditiva, lectora, la expresión oral y la expresión escrita (Villaroya et al., 2008).

CAPÍTULO 3: AFASIA DE WERNICKE Y ERRORES RELACIONADOS

3.1. La afasia de Wernicke

Como explicado en los párrafos precedentes, el área de Wernicke se sitúa entre la corteza auditiva y la corteza visual (Figura 18). La lesión que provoca este tipo de afasia se sitúa en la parte postero-superior del lóbulo temporal, territorio que se halla irrigado por la rama inferior de la arteria cerebral media (Santos et al., 2006). La función que tiene el área de Wernicke es la de comprender el lenguaje hablado y escrito y por ello, si es alterada por lesiones del cerebro, habrá incapacidad de repetir y de organizar las palabras en un pensamiento normal. De hecho, esos tipos de afasias afectan el lenguaje y la comprensión porque los sujetos producen frases largas pero sin contenidos concretos y a menudo no entienden lo que se les dice. Un paciente que sufre de afasia de Wernicke tendrá problemas en la comprensión pero también será incapaz de producir frases con sentido porque pondrá juntas muchas palabras (fluencia) sin que haya un significado coherente con el contexto. La dificultad más grande de estos sujetos es la semántica y la comprensión auditiva: el discurso, no obstante resulte fluente y a menudo rápido, es semánticamente inapropiado y aparecen muchas parafasias. Los pacientes que sufren de este tipo de afasia en manera moderada, pueden lograr entender más o menos la mayoría del contexto pero lo que les falta son todos los tipos de detalles específicos presentes en la conversación. Sin embargo, la afasia de Wernicke o sensorial, es solo una de las afasias fluentes, dado que hacen parte de este grupo también la afasia transcortical sensorial, la afasia anómica y la afasia de conducción.

El discurso, como ya se dijo antes, es fluente. El lenguaje espontáneo está claramente alterado pero el habla es larga y los pacientes intentan siempre prolongarlo. Es cierto que las secuencias de palabras no tienen relaciones entre ellas y el uso de las reglas sintácticas es muy escaso, dado que les falta la organización mental para construir una frase con sentido. Es muy importante subrayar que los afásicos fluentes no se dan cuenta, al contrario de los no fluentes, de sus errores y por ello conservan todos los aspectos de la prosodia (más que todo la

entonación).²⁰ En los casos más graves de afasia fluente, el habla resulta incomprensible porque los sujetos juntan palabras que entre ellas no tienen ningún tipo de correspondencia, en cuanto se utilizan parafasias y las palabras semánticamente semejantes sustituyen a las palabras realmente correctas.

Un caso particular y, probablemente más grave, de afasia fluente es la presencia de jerga fonémica: la fluencia verbal y la prosodia se conservan pero los pacientes construyen las palabras a través de fragmentos silábicos sin sentido (a menudo reconocidos por neologismos). En este caso es casi imposible intentar comprender también unas palabras del discurso, porque ellas no existen.

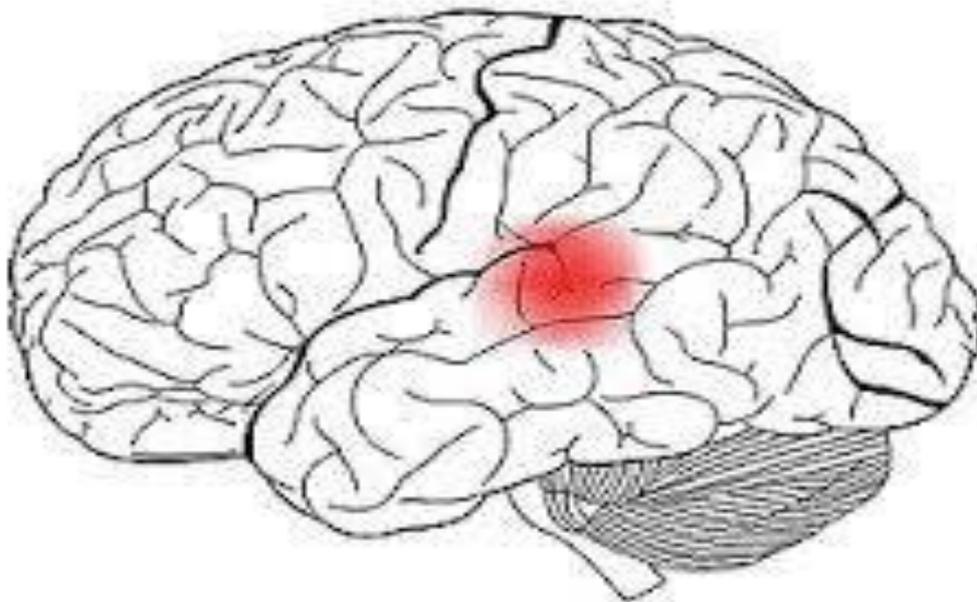


Figura 18: Área de Wernicke²¹

Santos et al. (2006) dilucidan que:

El déficit de comprensión verbal es muy acusado. El paciente suele mostrar logorrea o jergafasia, en realidad el habla parece una “ensalada de palabras” que parecen fluir sin criterio lógico, en la que

²⁰ Según el Diccionario de términos clave de ELE se entiende con prosodia “el conjunto de fenómenos fónicos que abarcan más de un fonema o segmento- entonación, acentuación, ritmo, velocidad del habla”.

http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/prosodia.htm

²¹ es.wikipedia.org

también aparecen algunas pseudopalabras y neologismos. Ante preguntas el sujeto tiende a dar una respuesta que aparentemente nada tiene que ver lo preguntado, en otras ocasiones parece estar comunicando sin que en realidad se establezca una comunicación verbal eficaz” (p. 77).

A partir de esto, se pueden notar diferentes sintomatologías según el lugar o el área de ubicación de la lesión cerebral. Si la lesión está en la región anterior del área, lo que el paciente entenderá mejor será el contexto y entenderá peor las palabras aisladas. Si la lesión está en la región posterior, las dificultades mayores aparecerán para comprender el lenguaje escrito y el lenguaje en contexto, pero el paciente tendrá menos problemas con las palabras aisladas. (Santos et al., 2006)

Siempre mencionando a Santos et al. (2006) lo que se destaca es que:

La comprensión sólo se presenta como parcial y de forma ocasional dentro de un amplio campo semántico-pragmático, tal vez mediado por indicios no verbales y por las referencias contextuales que proporciona la prosodia y la melodía del lenguaje. En el aspecto lingüístico el paciente no diferencia los sonidos del lenguaje [...] consecuentemente fracasan en tareas tan elementales como por ejemplo el señalar imágenes nombradas. La fluidez o el flujo de elocución oral es normal, casi normal, e incluso puede ser superior a la normalidad, abundando las parafasias verbales, jergafasia y neologismos, en ausencia de parafasias literales. La fluidez logorreica se presenta con voluntad o intencionalidad comunicativa y a su vez con gramaticalidad. En tareas de repetición no repite sonidos ni palabras y tiene dificultad en la denominación; no obstante, al no presentar problemas de articulación el paciente impresiona de articular correctamente su propia jerga. La expresión lectora y la expresión escrita son inviables, presentando connotaciones, dificultades y rasgos semejantes a los que caracterizan la expresión oral (p. 77)

Resumiendo, si está afectada el área de Wernicke, el lenguaje resulta tener estas características:

- Una fluencia en lenguaje espontáneo que no provoca esfuerzos y es abundante.
- Los contenidos del discurso no son normales y demuestran tener muchas parafasias fonémicas y semánticas además de los neologismos.
- Puede haber jergafasia, que es un habla que no se puede entender por su contenido neologístico.

- La repetición es muy alterada y los pacientes encuentran muchas dificultades en repetir nombres y verbos.
- La denominación también es anormal porque hay faltas de fonemas o errores semánticos.
- La lectura está muy alterada, casi como la denominación.
- La escritura es anormal.
- Es importante subrayar que el paciente no se da cuenta de su problema (los afásicos de Broca sí que lo intuyen).

3.2. Algunas aclaraciones sobre la semántica lingüística y el léxico

Como el objeto final de este estudio es clasificar y analizar todos los errores lingüísticos (es decir errores semánticos, pragmáticos, léxicos, gramaticales etc...) que un paciente afásico produce, es interesante y muy útil profundizar un poco algunos términos que se encontrarán en los siguientes párrafos cuando se analice el corpus PerLa.

Primero, resulta importante y imprescindible entender que se entiende por psicolingüística y que tiene a que ver con este tipo de trabajo: según el Diccionario de términos clave de ELE, el término *psicolingüística* se refiere a: << un área del saber interdisciplinar entre la lingüística y la psicología; su principal objeto de estudio es la relación que se establece entre el saber lingüístico y los procesos mentales que están implicados en él>>. ²² Por ello, la orientación psicolingüística en los procedimientos afásicos consiste en el intento de identificar los trastornos de varias componentes del sistema del lenguaje de cada paciente. Estas componentes se evalúan tanto en la comprensión cuanto en la producción oral y escrita de los afásicos.

La psicolingüística distingue diferentes componentes lingüísticas según el nivel de elaboración (Pelle G.):

- El nivel *fonológico* concierne el conocimiento de la correcta secuencia de sonidos (fonemas) que componen las palabras y la articulación de los sonidos. Es decir que un

²² Centro Virtual Cervantes © Instituto Cervantes, 1997-2014. Reservados todos los derechos

paciente que tenga afectado este nivel, tendrá problemas en omitir, sustituir o distorsionar los fonemas (Heinze, 2006).

- El nivel *morfológico* se refiere a cómo se construyen las palabras a partir de unidades de primera articulación (morfemas). Como explica Heinze (2006), un paciente: <<con el componente morfológico afectado es aquel que prescinde de nexos y artículos en las frases. Utiliza escasas preposiciones, lo que provoca que no exista relación entre las partes de la oración>>. (p. 36).
- El nivel *lexical* tiene a que ver con las series de palabras con significados que son empleadas en un discurso. Se suelen dividir por grupos con contextos específicos.
- El nivel *sintáctico* estudia las combinaciones de las unidades lingüísticas con el fin de que estos desempeñen una función y formen oraciones.²³ Representa las reglas para juntar y combinar las palabras para hacer frases (sintaxis) y las reglas propias de cada idioma (gramática).
- El nivel *semántico* se refiere al conocimiento del significado de las palabras a través de la relación que hay entre significante y significado. Es decir, estudia el significado de los signos lingüísticos y sus relaciones y tiene a que ver con la comprensión de dichos signos. Heinze (2006) aclara que quien sufre de carencias en el componente semántico: <<no sabe expresar aquello que quiere decir, le faltan palabras, [...]. Sus frases no tienen sentido>> (p.37). De hecho, el sistema semántico está representado por todos los conocimientos relativos a un concepto. Los daños al sistema semántico provocan errores en todas las tareas que necesitan acceder a dicho concepto.
- El nivel *pragmático* tiene a que ver con el uso social e interactivo del lenguaje y se refiere al uso del lenguaje en la interacción con las personas. Incluye las funciones pragmáticas (afirmar, negar, pedir algo) pero también el lenguaje no verbal (gestos, posición del cuerpo etc...).

Como ya se ha dicho en los capítulos precedentes, el trastorno afásico (sobre todo el trastorno de afasia fluente) está caracterizado por faltas de coherencia semántica y pragmática. Es necesario por ello profundizar el tema de la semántica lingüística para entender lo que ese término quiere explicar, dado que es una de las faltas más graves que los pacientes

²³ Andreina Ferrer, *Los niveles lingüísticos* disponible en <http://www.monografias.com>

demuestran tener. La afasia provoca errores del habla, tanto en la comprensión como en la producción de un discurso: el hablante afásico intenta pronunciar una frase o una palabra y durante el procesamiento algo deja de funcionar en el cerebro y la emisión final resulta muy diferente de la intención inicial. Todo esto causa carencias semánticas, léxicas y a lo mejor gramaticales que caracterizan casi todos los tipos de este trastorno.

Lo que se entiende por semántica, como explican Baylon y Fabre (1994) es que:

Es la semántica que estudia el sentido en el lenguaje, y más exactamente en las lenguas naturales. [...] Pero el adjetivo “lingüístico” aparece también sustantivado cuando se aplica a un grupo de disciplinas científicas, conocidas como lingüística o ciencias del lenguaje, cuyo objeto de estudio es precisamente el lenguaje, y entre las cuales se incluye la semántica. La semántica constituye una especialidad esencial, ya que el lenguaje está concebido para significar, para comportar un estudio. La semántica, entendida como componente de la lingüística depende así de la ciencia en general. Sin llegar aquí a desarrollar la noción de ciencia, recordaremos que pertenece a la ciencia todo estudio que, en un determinado campo, investiga firmemente en el saber guiándose por unas garantías preestablecidas de método y de objetividad (p. 17).

Sin embargo, la semántica puede ocuparse de diferentes relaciones. Por ello, es mejor aclarar lo que es la semántica lingüística y de que se ocupa: el objetivo que se propone esta subdisciplina de la lingüística es entender cómo se organizan y como se establecen las relaciones que hay entre los significados de las varias palabras. En otras palabras, el papel que desarrolla es lo de codificar y decodificar los contenidos del significado en las estructuras lingüísticas.

Como sabemos, el lenguaje producido por los afásicos presenta muchas faltas a nivel semántico. Se puede decir entonces que el papel de la semántica lingüística es lo de contribuir a evitar que se utilicen términos cuyo significado no se corresponde con el que se tenía la intención de dar.²⁴

Por lo que merece su relación con la pragmática Lyons (1997) además, explica que:

Al margen de los principales objetivos al establecer la distinción entre lo que tratan la semántica y la pragmática, éstas se han de estudiar de todos modos, independientemente de cómo uno defina el

²⁴ Revista online Tactical (2011)
<http://tiroctatico.net/2011/11/26/semantica-linguistica-y-el-lenguaje-de-un-profesional/>

término “significado”, con mayor o menor precisión, y aparte del modo como uno organice el ámbito de la semántica lingüística. Tales puntos, que incluyen la distinción entre significado y uso, entre el significado proposicional (o de representación) y no proposicional, entre competencia y actuación, entre oraciones y enunciados [...] (p. 18).

En síntesis, la dimensión pragmática se puede describir como el significado de dichas palabras o frases a pesar de diferentes contextos comunicativos que influyen en la comprensión final.

Un aspecto que falta a la explicación teórica de lo que se verá luego en el análisis del corpus, es la descripción de algunos términos relacionados con cuanto dicho antes. Utilizando las palabras de Sacristán (2006): <<deberíamos hablar de procesos sinonímicos, homonímicos, hipo e hiperonímicos y antonímicos, y de las capacidades y motivaciones que permiten su activaci>> (p.215). Siempre siguiendo a Sacristán (2006) se entiende

- por *sinonimia* la relación que:

se establece entre dos palabras que comparten tipo genérico de referencia, sea esta objeto, cualidad o acción. [...] Básicamente, los sinónimos existen, o se habilitan si es necesario, a fin de realizar ajustes más o menos finos en nuestro modo de referir a determinadas entidades, procesos o cualidades, esto es, a la hora de proponer esquemas de significado parcialmente diferentes con una referencia- tipo parecida (p.215)

- por *homonimia*:<<la identidad de significantes, dónde varios significados están asociados a una sola forma>> (p.217).
- por *hiponimia*:<<la natural referencia de un término cuando se encuentra lógicamente incluida en otro que contiene todos los rasgos del término más general (*hiperonimia*)>> (p.217).
- por *antonimia*:<<la relación semántica que resulta lógicamente simétrica, pero no transitiva como las anteriores >> (p.217).

Además de todas las relaciones vistas hasta ahora, hay dos términos más de los que resulta importante hablar: la *metáfora* y la *metonimia*. La primera se puede entender como un fenómeno a través del cual hay un cambio semántico porque los significados son semejantes. La segunda es el fenómeno que hay cuando el cambio semántico ocurre porque los significados relacionados resultan ser adyacentes.

Todo lo que se ha explicado hasta aquí, sirve para que las palabras sean reconocidas y relacionadas entre ellas y ese proceso puede ocurrir solo a través de un análisis semántico, cuyo papel es lo de extraer el significado de la oración e integrarlo con otros conocimientos que el hablante o interlocutor tiene. (Villaroya et al., 2008). Siempre siguiendo a lo que dicen Villaroya et al. (2008) :<<extraer el significado consiste en construir una representación o estructura semántica de la oración o texto en la que vienen indicados los papeles de actuación de los elementos que intervienen en la acción señalada por el verbo>> (p. 350)

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DEL CORPUS PerLa

4.1. Presentación del corpus

Antes que todo, es importante aclarar lo que el acrónimo PerLa quiere decir: Percepción, Lenguaje y Afasia. De hecho, los investigadores que hacen parte de este proyecto han desarrollado con el paso del tiempo varios estudios en el campo de la Lingüística que se ocupa de la organización del lenguaje.

La realización del corpus ha sido posible gracias a los convenios de colaboración con los Hospitales de Valencia (el Clínico y Valencia al Mar) y por supuesto gracias a los pacientes afásicos que han permitido la grabación de sus conversaciones. Este primer volumen presenta cinco casos de Afasia de Wernicke, o Afasia sensitiva, sin embargo el título es más general porque bajo el epígrafe ‘Afasia fluente’, que han decidido utilizar, se agrupan casos muy diferentes. Las grabaciones son muy distintas entre ellas porque los sujetos presentan datos biográficos y experiencias de vida desemejantes como el trabajo, la familia, la causa de la enfermedad etc... No todas las grabaciones han tenido lugar en el domicilio privado del paciente, sino en un despacho del hospital pero donde no habían médicos o alguien que pudiera comprometer el éxito del corpus.

Como ya se ha dicho en los párrafos precedentes, los pacientes que sufren de una patología del lenguaje (cualquiera sea), presentarán características y rasgos muy diferentes a la hora de analizarlos. Especialmente en casos de afasia en los que se ha desarrollado con el paso del tiempo un cuadro particular y bien distinto de los demás. Es imposible entonces, demostrar en manera universal que todos los sujetos afásicos fluentes enseñan los mismos tipos de errores semántico-pragmático, o gramaticales. Como explica Vide (2004, citado por Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005):

Un conjunto de observaciones (la actuación de un enfermo) se deriva computacionalmente de tres estadios: un modelo explicativo de una conducta lingüística, más una lesión, más un conjunto de condiciones iniciales y experimentales. Es evidente que para tener dos enfermos “iguales”, es decir,

poder trabajar con grupos, deben producirse dos condiciones: que la lesión de ambos sea idéntica y que la vida de –y los experimentos sobre– ambos sea el mismo... en la práctica, imposible (p. 55).

Por estas razones un corpus, para poder ser atendible, tendrá que ser amplio y sobre todo representativo (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005). En la siguiente tabla (Figura 19) es posible tener un cuadro sinóptico de las características de los pacientes (Gallardo Paúls y Sanmartín Sáez, 2005)

	Transcr. 1	Transcr. 2	Transcr. 3	Transcr. 4	Transcr. 5
Hablante	JFG	JAL	JCM	JCM	ANG
Fecha nacimiento	1924	24.06.1934	26.09.1932	Id	01.01.1952
Fecha ACV/ tumor	27.12.2001	16.07.2002	07.05.2003	Id	1990
Fecha grabación	26.11.2002	16.10.2002	20.05.2003	05.05.2003	04.03.2003
Coparticipantes	E1,Hijo,Marido	Hija,E1,E2	E1,E2,Esposa	E1,E2,Esposa amiga	E1, Amigo

Causa afasia	ACV	ACV	ACV	ACV	Tumor
---------------------	-----	-----	-----	-----	-------

Figura 19: tabla que resume las características de los pacientes (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005)

Sin embargo, el análisis se centrará en dos de las cinco transcripciones, adoptando como criterio que sean monolingües en español, dado que los demás utilizan como lengua el valenciano (una variedad del catalán) que resultaba más difícil de analizar.

Otra importante aclaración tiene a que ver con el papel del interlocutor-clave: con este término se entiende la persona que resulta ser la más presente en la vida cotidiana del paciente, es decir el sujeto con el que más interactúa. El interlocutor-clave es fundamental, porque si solo hubieran los investigadores o algunos amigos durante la grabación, los datos serían diferentes. De hecho, el interlocutor-clave es capaz de hacer determinadas preguntas al paciente conociendo todo su trascurso y, más que todo, siendo una persona en la que confía se siente más libre también de cometer errores o portarse como siempre se porta en casa.

4.2. Los hablantes elegidos: JAL y ANG

Los pacientes del corpus que se ha decidido elegir para el análisis son el paciente JAL y ANG que sufren de afasia sensorial por diferentes causas. La primera consideración que se tiene que hacer es comparar de manera cuanto más detallada posible cuales son las diferencias entre ellos.

Citando lo que dicen Gallardo Paúls y Sanmartín (2005) el primero, *JAL*, presenta una resonancia magnética del 18.07.2002 según la cual tiene una: <<lesión isquémica de características agudas en el territorio cerebral subsidiario de las ramas terminales de la arteria cerebral media izquierda, ictus embólico de la arteria cerebral media izquierda postbifurcación>> (p. 14). Es un hombre de 68 años y ha sido grabado tres meses después de que sufrió el Accidente CerebroVascular. El diagnóstico fue una afasia mixta de predominio sensitivo con dificultades también en la producción y en la articulación del lenguaje. Gallardo

Paúls y Sanmartín (2005) especifican parte de su biografía y algunas características de dicha grabación:

El hablante era monolingüe castellano; había residido varios años en Venezuela, y por su profesión (gerente de ventas de una empresa informática) se relacionaba habitualmente con hablantes de otras lenguas, como inglés, italiano o japonés. Esta grabación presenta la particularidad de ser la más alejada del formato conversacional (es, también, la primera que realizamos para el corpus); tanto por la conducta de los entrevistadores, que presentan pruebas estandarizadas al hablante, como por la actitud del señor JAL y su hija, la interacción presenta rasgos típicos de la entrevista, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de, por ejemplo, valorar la participación interactiva del hablante afásico (apenas emite turnos desencadenantes) mediante protocolos cuantitativos como el CCC (*QCB: Quantification of Conversational Behaviors*, Crockford y Lesser 1994). Hemos de señalar que esta fue la primera grabación realizada por el equipo, y la única en que hemos incluido elementos pertenecientes a pruebas estandarizadas (algunos ítems del Test Boston) (p. 16-17)

La ficha técnica del paciente especifica algunas informaciones más sobre el hablante y resulta útil para entender ligeramente el contexto en el que la conversación se sitúa, el género de lenguaje que utiliza según sus estudios y otras aclaraciones más. En la tabla a continuación (Figura 20), tomada por el Corpus (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005) trae los siguientes datos:

Informante afásico	I (Informante, varón, 68 años)
Interlocutor(es) clave	H (Hija, mujer, 46 años)
Entrevistadores	E1(Investigadora, mujer, 37 años) E2 (Investigador, varón, 44 años)
Informante número	I-001
Iniciales	JAL
Diagnóstico	Afasia mixta de predominio sensitivo
Fecha ACV	16.07.2002
Fecha grabación	16.10.2002
Estudios	Secundarios; idiomas
Profesión	Comercial de empresa informática

Lengua habitual	Español
Duración de la grabación	43:26 minutos
Lugar de la grabación	Residencia familiar, comedor
Temas tratados	Cómo ocurrió el ACV, trabajos del informante, relaciones laborales
Lengua empleada	Español
Otros detalles de la situación comunicativa	No se transcriben algunos momentos de la conversación porque es un turno excesivamente largo de la hija o del investigador. Las preguntas iniciales de E1 se basan en el cuestionario de CAPP; a partir del minuto 12, E2 plantea algunas preguntas del Test Boston

Figura 20: Ficha técnica del paciente JAL (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005)

La situación del paciente ANG es diferente de la de JAL. De hecho, la causa que le ha provocado el trastorno de afasia, fue un tumor y no un Accidente CerebroVascular. Gallardo Paúls y Sanmartín especifican que fue un: <<astrocitoma parietal izquierdo, biopsiado y tratado con radioterapia. RM con cicatriz en zona tumoral y lesiones difusas post-irradiación, sobre todo parietales izquierdas>> (p. 14). Profundizan la historia de su vida y algunas peculiaridades de la grabación, como se puede notar en este pasaje del corpus (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005):

Este hablante tuvo afasia sensitiva en la fase aguda de un proceso desencadenado por un tumor cerebral y la consiguiente operación en 1990; en el momento de la grabación tiene 52 años y hace 13 que fue operado del tumor y tratado con radiación. Los datos biográficos presentan un itinerario poco habitual, desde la infancia rural dedicada al pastoreo y alejada de los estudios, hasta una carrera que le lleva a ser profesor universitario; el auto superación y el estudio han sido motor de su recuperación en los años transcurridos desde la operación de cáncer. Lo que más llama la atención en su grabación es, sin duda, su absoluta comodidad en la posición emisora. Un análisis detenido de la participación de sus dos interlocutores permite, de hecho, considerar toda la grabación como un gran monólogo levemente acotado por el interlocutor clave. Esta logorrea es referida habitualmente en hablantes con afasia de Wernicke, y a veces se ha justificado pragmáticamente (Perkins 2000) como un intento inconsciente de evitar la posición de recepción, en general más problemática para estos sujetos por sus dificultades de comprensión. Otro rasgo importante en este discurso cuasimonológico tiene que ver con la imprecisión

léxica y temática, la facilidad para divagar, lo que en el análisis pragmático nos llevará a investigar el respeto a las máximas conversacionales y la gestión temática (p.18-19)

Como en el caso anterior, la ficha técnica del paciente especifica alguna información más sobre el hablante y resulta útil para entender algo más de la grabación también teniendo en cuenta el contexto. La tabla (Figura 21), siempre tomada por el corpus (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005) trae esta información:

Informante afásico	I (Informante, varón, 51 años)
Interlocutor(es) clave	A (Amigo, varón, 46 años)
Entrevistadores	E (Investigadora, mujer, 37 años)
Informante número	I-003
Iniciales	ANG
Diagnóstico	Afasia Sensitiva posterior a un tumor irradiado
Fecha ACV	1990
Fecha grabación	Marzo 2003
Estudios	Superiores
Profesión	Profesor universitario
Lengua habitual	Español
Duración de la grabación	62 minutos
Lugar de la grabación	Despacho del amigo
Temas tratados	Las circunstancias de la afasia y la operación; la biografía del informante, desde la infancia como pastor hasta la carrera universitaria; sus estrategias para superar la afasia
Lengua empleada	Español

Otros detalles de la situación comunicativa	Tuvo un astrocitoma de bajo grado de malignidad parietal izquierdo en 1990. Fue biopsiado y tratado con radioterapia a grandes dosis. Hasta la fecha de la grabación no ha recidivado. La principal complicación fueron crisis epilépticas. La última RM habla de la cicatriz de la zona tumoral y lesiones difusas post-irradiación, sobre todo parietales izquierdas. En fase aguda tuvo una afasia sensitiva.
---	--

Figura 21: Ficha técnica del paciente JAL (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005)

4.3. Aclaraciones sobre la grabación y transcripción

Gallardo Paúls y Sanmartín (2005) explican en la primera parte del Corpus que hay algunas consideraciones que se tienen que hacer a propósito de la grabación y de la transcripción. Por lo que merece el proceso de grabación, ellas aclaran que hay variables que han tenido en cuenta a la hora de grabar, porque habrían podido influir en los resultados del corpus:

1. Hay que prestar atención a ciertos detalles técnicos, como la colocación de un micrófono auxiliar o la elección del punto en que se coloca la cámara; las grabaciones que hemos realizado en verano, por ejemplo, se resienten de las ventanas abiertas...
2. [...] Hay que empezar a grabar cuanto antes. Los investigadores que trabajan en historia oral han señalado la importancia de la conversación preliminar que precede a la entrevista propiamente dicha; en estos momentos en que “parece que aún no hemos empezado”, la relación con los informantes (enfermo e interlocutor clave) puede ser más fluida, ya que los roles son menos asimétricos [...]
3. [...] Durante la grabación hemos de intentar intervenir lo menos posible, y dejar que sean los informantes quienes más participen: esto es, esperamos que entre el informante y su interlocutor-

clave se produzca un diálogo fluido, una alternancia de turnos, y así se lo explicamos al inicio. [...] A veces, sin embargo, el marco de cordialidad o afabilidad que se crea impide esta postura “aséptica” y distanciada por parte del investigador, y las estrategias desencadenantes fracasan; tampoco se puede impedir que los familiares presentes intervengan, en general tratando de facilitar la interpretación de lo que dice/no dice el enfermo (p. 29-30-31)

Por lo que merece las fases de la transcripción propiamente dicha, Gallardo Paúls y Sanmartín (2005) especifican que hay tres puntos clave:

1. En primer lugar, el investigador realiza un visionado global (son cintas de una hora de grabación como máximo), tomando notas generales que suponen un esquema amplio. Señala, por ejemplo, en qué minuto puede localizar una secuencia narrativa, dónde hay una toma de turno especialmente ágil, en qué momento aparece un problema de interpretación léxica... Señala también los fragmentos que no son interesantes, por ejemplo porque monopoliza el discurso un familiar presente, o porque los solapamientos impedirán descifrar lo que ocurre. Es un visionado reflexivo que no tiene relación aún con el acto de transcribir.
2. Transcripción propiamente dicha: este proceso es, como todos sabemos, muy largo. En las cintas que forman este primer volumen, hemos contado con la colaboración de una estudiante para el volcado inicial de los datos; después, su propuesta de transcripción ha sido revisada por una investigadora del grupo.
3. Cuando el investigador (o el investigador y el colaborador) dan por terminada una transcripción, se realiza una segunda revisión por parte de otro miembro del grupo; en ocasiones, esta última revisión se realiza con la audición simultánea de más de una persona; este proceso es muy lento, pero asegura la validez de la transcripción resultante (p. 32-33)

Como se ha podido notar, hay un proceso muy largo y complejo a la base de este corpus, para lograr alcanzar el más preciso resultado posible.

4.4. Aclaraciones sobre el método de análisis empleado

Antes que empezar con el análisis de los errores encontrados en las transcripciones de los dos pacientes afásicos fluentes que se han elegido, es necesario abrir un breve inciso sobre el método que se ha empleado durante el estudio de este trabajo.

Lo que se ha hecho, ha sido proceder con un orden determinado:

- Primero, ha sido fundamental leer muchas veces todo el texto de la transcripción, fijándose también en los elementos contextuales que la ficha técnica del paciente refería e intentando comprender más o menos el tema que se trataba en cada toma de turno.
- Segundo, se ha fijado la atención solo en el turno de habla del informante afásico, para intentar notar cuáles eran los errores más frecuentes y de qué tipo eran.²⁵
- Después de haber identificado los diferentes errores, se ha intentado clasificarlos según una lineal lista formada por: parafasias fonémicas, parafasias semánticas, parafasias verbales, errores lexicales, errores morfológicos, neologismos, conduites d'approche, estereotipias, anomias y consiguientes circunloquios.
- Por último, se ha probado explicar más específicamente los errores encontrados, juntando cabo y finalmente se han encontrado y analizado en el corpus los errores de tipo gramatical, que era uno de los objetivos principales de este trabajo.

4.5. Análisis de la transcripción 2: el paciente JAL

Sintetizando en manera muy breve lo que ya se ha explicado en el párrafo 4.2., el paciente JAL sufre de afasia mixta de predominio sensitivo y es un hombre de 68 años. La grabación fue solo tres meses después de su ACV y por ello su lenguaje tendría que resultar muy afectado en la producción y en la comprensión también. Por lo que merece el análisis propiamente dicho, en la transcripción se han encontrado los siguientes errores:

- 1) En esta primera parte se analizarán juntos los errores fonológicos (que se indicaran en **negrita**) como las parafasias fonémicas en las que las modificaciones comprenden sustituciones, omisiones, añadiduras o transposiciones; neologismos (que se indicaran en **rojo**) y se señalará también cuando aparezcan conduites d'aprosches:

²⁵ A lo largo del análisis del corpus se tomará en consideración solo el turno de habla del paciente afásico, aunque no se especifique con la letra I. Si hay algunas relaciones con palabras de otra toma de turno, será la que aparece antes o después.

- 0028 I: [cuando trabajo]/ yo (a)hora/ pa'(ha)cerle- hacerme la comidaa↑
Sustitución de fonéma
- 0070 I: [yo- yo formo-formo las vueltas (MOVIMIENTOS CIRCULARES CON LA MANO DERECHA)/ ((xx)) por ejemplo/ bueno/] ((xx xx xx))/ otra- otro formo- *Sustitución de fonéma*
- 0103 I: [...] Que eraa la que pintaba- la pintara- la que pintaba- la pintara-/ pintor-/ pintor
- 0105 I: [...] y yo la voy- la doy vueltas *Sustitución de fonéma*
- 0129 I: § y los ((xx))/ la lecha/ que caen/ la señora que baja el agua/ y aquí sale recto el agua/ aquí están los caballos ((tirados))/ ((los)) ((lates))
- 0137 I: ¿éstos?/ cogiendo lates-/ cogiendo gates
- 0143 I: [...] [soy nervioso ((de nacimien-))] *Omisión de fonéma*
- 0149 I: una soo- senteno/ un- una bru ((xx))/ *Omisión de fonéma*
- 0157 I: [...] un ((goña))
- 0159 I: es un paco- un peque- unn pa- un paco
- 0161 I: mm ((perio)) (CHASQUIDO) ((¡ay! ¡aah!))/ albio- albeo- al- albio-
- 0163 I: alio- [albio=] = sí/ albeiro- albeiro
- 0166 I: al be rio
- 0170 I: pencil- pencil- penfil/ pe- pe- pe- pa escribir
- 0178 I: sí↓ pensil// que muchas veces me co- si- ehh me esas- letras↑ y a veces me da por elidir más↑ yy las mando por ahí// mm entonces pinfil-/ pinfil- pinfil
- 0180 I: sí/ le pa- le pa§ *Transposición de fonéma*
- 0182 I: § un lápiz/ sí/ lápiz/ un penciul- penciul
- 0187 I: un árbol/ uun no ((sé yo si un-)) unn aa- abridor
- 0199 I: re- rebó- reloj- reloj *Conduites d'approche*
- 0205 I: [tijeras-]/ tijeras// pei- pei- pei *Omisión de fonéma*
- 0207 I: peinee// una laa- unaa- un árbol↑/ un árbol/ una ojera- un agero- un ojal
- 0211 I: floor ((xx))/ ((pa trabajar)
- 0217 I: marto- mart
- 0223 I: ((látigo-))
- 0235 I: sí/ ((taparrayos))/ ((xx))
- 0249 I: hélice/ no/// (5.0) mejovié↑/ mejoviás↑/mejoviar↑
- 0251 I: una ((jovia))/ [((una joviauer)) °(escoba)°]
- 0253 I: ((guinpol/ guilpauer))

- 0284 I: ((pa escribir-)) pa **trabar** ↑ *Omisión de fonéma*
- 0286 I: **raquita- roquita/ ro- ro- roqué- coque**
- 0288 I: **carca- un carajo- carcacógelo**
- 0290 I: ((**caragel- cañú**))
- 0294 I: vol- vo- vo- ((**volveegión-/ volvegión-**))/ **voolio-voolio**
- 0297 I: sí ((**vulcata-**)) **volcán/ VOLCÁN** *Conduites d'approche*
- 0299 I: **perio-** pesar- pescado *Conduites d'approche*
- 0301 I: un **piez- piez-/ piez- un piez**
- 0315 I: **cora- cor-** coraje *Omisión de fonéma / Conduites d'approche*
- 0317 I: sí coraje/ **car-** casi- casi *Sustitución de fonéma*
- 0319 I: **corajeña-** coraje- coraje no no
- 0321 I: **coránea**
- 0323 I: [**coráne-** coránea]
- 0324 I: *corane*
- 0332 I: pa ((**frijar**))
- 0346 I: aal- **filfa- filfa-/ filagra- filagra- filás- fii- fii-filación- filación** no
- 0348 I: la **afilaa- afilación- afilación** no es el afilador/ de afilar *Conduites d'approche*
- 0362 I: **arbiajo- arbiajor**
- 0364 I: [arboj-] **amonajo**
- 0368 I: **marmónica/ mónica↓ [mónica↓ mónica=]**
- 0375 I: ¿qué- qué-/ cómo se llama?// ((xx)) ((**resié- recétalo- recignasol- recinacelo**))§
- 0381 I: ((dicelo- **disenozón- disenasozón**))
- 0392 I: eso es una **veína-** una veína- una veleta/ vi-*vinilla*
- 0397 I: ((xx)) el avión- el avión- el avión- el **avellano**
- 0401 I: **bellota- bellota- greñota- ((monyoite))**
- 0429 I: § no/ yo ((pronuncio)) por televisión ↑ / las cosas ↑ / aunque yo no me veo- **de visión/** *Sustitución y omisión de fonémas*
- 0477 I: **juno** ↑ julio ↑ agosto ↑ **setiembre** ↑ / octubre *Omisión de fonéma*

- 2) Aquí se individualarán las estereotipias (en cursiva) y los circunloquios (subrayados):

0089 I: sí/ lo mantengo y siempre–siempre *tarararará*
 0095 I: sí entonces ↑ yo/ como hablo con la gente ↑ *rará*
 0149 I: [...] nosotros tenemos un nombre/ un nombre distinto/ (CHASQUIDO) la
 silbaster// eeh sentar– sentar– acostarse– acostarse
 0170 I: pencil– pencil– penfil/ pe– pe– pe– pa escribir
 0225 I: sí/ éste es pa– pa– pa cortar el pan
 0272 I: es pa– pa pasar el– pa
 0278 I: pa sentar§
 0284 I: ((pa escribir–)) pa trabar ↑ / estudiar ↑
 0447 I: silla/ pa sentarse

3) Errores anómicos (el paciente no encuentra la palabra adecuada) sobre todo en la denominación y en la repetición:

0111 I: no/ no lo ((tomo))/ a veces *no me salee– no me salee en–* ((por ningún lao))
 0149 I: una soo– senteno/ un– una bru ((xx))/ eeh *no sé cómo le llaman ellos a usted/ nosotros tenemos un nombre/ un nombre distinto/ (CHASQUIDO)*
 0151 I: pero– pero *cómo se llama una palabra– la palabra/ es que no la nombro– no la pronuncio*
 0187 I: un árbol/ uun no ((sé yo si un–)) unn aa–abridor ↑ ((¡aay!))// *PUES NO LO SÉ AHORA CÓMO ((SE LLAMARÁ)) / no sé en este momento no me acuerdo de na//*
 0191 I: en este momento *no me acuerdo*
 0193 I: [((labio))]/ ¡ay! *pues no sé/ eeh*
 0197 I: no lo sé// *no lo sé cómo ((xx xx xxx))/ ((¡jódete!)) que no sé hablar*
 0266 I: motivo/ mm *sí sé cuál es pero noo ((decía)) ((xx))/ no puedo hablar/ no puedo hablar*
 0268 I: ((xx)) °(no lo sé)°/ loos– ((xx))/ *no lo sé/ se me– se me traba/ se me va*
 0307 I: ter– *sé lo que es pero noo// te puedo*
 0342 I: ¡ah!/ *ahora es más difícil/ ahora es más difícil// ¿cómo le llaman ustedes?*

0421 I: sí/ *pero no la pronuncio/ no la puedo pronunciar*

0423 I: no/ *no la pronuncio*

0465 I: § *católico/ no ↓ / no sé ↓ / no sé cómo se dice*

4) Errores semántico-lexicales (sobre todo durante el proceso de denominación y repetición):

- Al paciente se le pregunta si era diestro o zurdo y él contesta con una palabra que puede ser considerada como sinónimo

0009 I: ((derecho))

- El paciente en este pasaje quiere explicar lo que le pasa en la mano, que no la puede mover por el ACV y en vez de decir ‘mano’ utiliza la palabra ‘pie’, que pertenece al mismo campo semántico:

0051 E2: § *la- la lesión cerebral ↑ /yaa/ era izquierda ¿no?*

0052 E1: sí/ ((xx))

0053 E2: pues °(no sé)° (3.0)

0054 I: *abrir/ trabajar/ para quee- no/ que- que- que voy a trabajar ((al día)) a hacerme la ((xx))/ **pie- el pie** (SE TOCA EL PIE DERECHO)R/ me cuesta trabajar por la noche*

- El paciente tiene que denominar una cuna para los niños y el resultado es utilizar un verbo semánticamente semejante (‘sentar’, utilizando la relación semántica de función):

0148 E2: eso ¿qué sería?

0149 I: *una soo- senteno/ un- una bru ((xx))/ eeh no sé cómo le llaman ellos a usted/ nosotros tenemos un nombre/ un nombre distinto/ (CHASQUIDO) la silbaster// eeh **sentar- sentar- acostarse- acostarse***

- Al paciente se le ha enseñado un lápiz y él contesta con el nombre en inglés, ayudándose luego con un circunloquio:

0169 E2: °(¿y el siguiente?)°

0170 I: **pencil– pencil–** penfil/ pe– pe– pe– pa escribir

- La palabra objetivo es ‘avellana’, pero el paciente la sustituye con otra en el mismo campo semántico de la comida (con relación semántica de contraste):

0398 E1: el avellano

0399 I: la avena–/ la avena–/ la avena

- 5) Parafasias verbales: la palabra con la que el paciente sustituye la palabra correcta no tiene semánticamente nada a que ver con ella:

- Cambio de verbo:

0054 I: **abrir/ trabajar/** para quee– no/ que– que– que voy a trabajar ((al día))

0070 I: [yo– yo **formo–formo** las vueltas

- El paciente cambia otra vez el verbo:

0107 I: pero **por hacerme el nombree** (GESTO DE ESCRIBIR CON LA MANO DERECHA)/ **dar el nombre** de la palabra que es→§

- Durante la denominación de objetos, la palabra objetivo es ‘termómetro’ y el paciente contesta con otra:

0265 E2: **ter mo**

0266 I: **motivo/** mm sí sé cuál es pero noo ((decía))

- La palabra objetivo es ‘corona’ y el paciente no logra denominarla, de hecho utiliza muchas otras que no tienen nada a que ver o con neologismos:

0314 E2: co↑ coo ro↑/ co roo↑

0315 I: **cora– cor– coraje**

0316 E2: no/ no↓ no↓ coraje no

0317 I: **sí coraje/ car– casi– casi**

0318 E2: co ro↑

0319 I: **corajeña– coraje– coraje** no no

0320 E2: corona

0321 I: **coránea**

0322 E2: coro- [corona=]

0323 I: [**coráne-** **coránea**] (SE SEÑALA LOS LABIOS)

- La palabra objetivo que el paciente tiene que denominar es ‘armónica’ y él intenta contestando con otras palabras, muchas sin sentido, pero al final logra pronunciarla:

0344 I: [la **pirámide**↑]/ pirámide- pirámide-// pii-/ pi- no no

0345 E2: se llama igual// aar↑

0346 I: aal- **filfa-** filfa-/ **filagra-** filagra- **filás-** fii- fii-**filación-** filación no

0347 E2: ¿afilación?

0348 I: la **afilaa-** **afilación-** afilación no es el **afilador/** de **afilar**

0349 E2: afi- ¡ah! afilador§

0350 I: § **afilador**§

0351 E2: § *(¡aah!/ afilador)* / ya

0352 H: es que los afiladores/ fii fii fii / la llevan

0353 E2: ya

0354 E1: claro

0355 E2: afilador/ bien// eeh

0356 E2: el afilador/ toca laa§

0357 I: § ((xx))

0358 H: la tocaba (RISAS)

0359 I: ya no hay na (RISAS)

0360 E1: la llevan grabada en un

0361 E2: eeh/ **ar** ↑

0362 I: **arbiajo-** **arbiajor**

0363 E2: ar [mo↑]

0364 I: [**arboj-**] **amonajo**

0365 H: armónica

0366 I: **armónica**↓ [armónica]

- A la hora de repetir la palabra ‘morado’, el paciente contesta con otra palabra que no tiene relación semántica con la palabra objetivo:

0451 I: *morado/ morado*

4.6. Análisis de la transcripción 5: el paciente ANG

Según lo que se lee en la ficha técnica del paciente ANG, se sabe que es un hombre de 51 años, con afasia sensitiva posterior a un tumor irradiado. La grabación tuvo lugar 13 años después del diagnóstico del tumor y el hecho de que haya pasado mucho tiempo y el sujeto fuera un profesor universitario (es decir que por cierto desarrolló un habla muy específico), seguramente influye en la descripción de las características típicas de este tipo de habla fluente. Por lo que merece los errores que se han encontrado durante el análisis, serán divididos por tipos más o menos como en el ejemplo precedente. Hay que hacer una precisión sobre los errores semántico-lexicales: se tiene que decir que ha sido mucho más sencillo encontrarlos en la otra transcripción porque el entrevistador utilizaba tanto el proceso de denominación como lo de repetición. Según este análisis, de hecho, parece que los errores semánticos sean más frecuentes durante dichos proceso y menos presentes durante un discurso espontáneo. El paciente ANG enseña un habla que se puede definir casi una jerga porque representa una suerte de ‘ensalada de palabras’ que tomadas aisladamente no tienen ningún sentido. Las frases resultan ser muy fragmentadas al principio, pero luego el paciente empieza a hablar y describir su operación y parece que la jerga va disminuyendo.

- 1) En esta primera parte se analizarán juntos los errores fonológicos (que se indicarán en negrita) como las parafasias fonémicas en las que las palabras comprenden sustituciones, omisiones, añadiduras o transposiciones; neologismos (que se indicaran en rojo) y se señalará también cuando aparezcan conduite d’approches.

0017 I: [...] de todas maneras ↑ lo quee decía a Be- aa Begoña *Conduite d’approches*

0022 I: = en el- en- el- en el fenómeno dee /eeh eeh/ mecanizar *Conduite d’approches*

0031 I: [...] eeh todos los fenómenos esos **sicológico** *Omisión de fonéma*

0070 I: [...] en una en una- una mañana [...]ahí en el- een- en Suecia *Conduite d'approches*

0083 I: § ¡ah! sí/ cuando salta ↑ / SAALta/ saltó ↑ *Conduite d'approches*

0103 I: y el- la- en- enn- een/ y en todo esto *Conduite d'approches*

0127 I: [...]eso quedó **mu** fastidiado.

0127 I [...]más o menos sabrás lo que **eh** una señal

2) Aquí se individualarán las estereotipias (en cursiva)

0004 I: sí/sii/ entonces/entonces ↑ tenía ah- ah- ah- ah/ [...] debe haber algo//decir/eeh/ una afagia/**poss**/ya caa/ bee/ cee/

0081 I: [...] estará durante ciento veinte años *pum pum*

0111 I: que no puedo eeh eeh/ no puedo hablar ↓ *eh eh eh eh eh/* no podía hablar

0127 I: [...]señales de tipo eléctrico ↑ /pam ↓ *plam ↓ / así/ pero así/ bum ↓ blum ↓ blom ↓ blof ↓ blum ↓* [...]porque date cuenta tú que están transformando *eh*

eh eh eh [...0004 I: [...] **eeh**/ yo siempre pongo acento//que/ **eeh**//el- las cuestiones rotundas ↑ (ABRE LA MANO DERECHA)//es decir//debe haber algo//decir/**eeh**/[...] **eeh**/ va leyendo la teoría/ *eso me ha pasao a mí*

0017 I: [...]a estos asuntos/del cerebro/quee/**eeh** es una cosa quee eeh creo/quee/ sabe poco el personal/¿**eh**?

0021 I: [...] ¿qué hapasao en el cerebro?/ por lo menos tiene que haber algo/**eeh eeh** [...]

0034 A: bueno/ vale/ no- no / es que mm esto ((no me habías contao nunca a mí/)) todas estas teorías/¿**eh**?

0041 I: §**eeh** algún cortao allí ((hemos visto))/eel- el te lo he contao alguna vez ¿**NO**?

4) Errores semántico-lexicales y parafasias verbales:0004 I: [...]yo siempre pongo acento//que/ eeh//el- **las cuestiones rotundas**

0117 I: [...] y yo desde el **primer** digo [...] →Hay un error semántico porque de esta manera la frase no tiene sentido, probablemente la intención del paciente era la de utilizar la palabra ‘principio’.

0021 I: [...]y el cerebro/ no puede ya **tomar** ↑ **otras alternativas**

0029 I: [...] puede ser **el que más que** se rompan loh cableh → Hay un error semántico porque probablemente el paciente quería utilizar la expresión ‘como mucho’.

0072 I: [...]vieron la cosaa que estaba tan mal ↑ / que casi imposible de que eso pudiera **seer** ad- eeh **adelante** → El paciente probablemente quería utilizar el verbo ‘seguir’ en vez del verbo ‘ser’.

0115 I: No sabía ni cómo me llamaba/ me tuvieron que **comenzar** [...]

4.7. Inciso sobre las estrategias extraverbales de los pacientes

A menudo los pacientes afásicos logran comunicar también a través de algunas estrategias extra verbales y la gestualidad es una de ellas. Es interesante notar que en ambos los sujetos hay la presencia, sobre todo en la tarea de denominación y repetición, de gestos que ayudan la descripción de lo que intentan decir. De hecho, lo de hablar gesticulando, es para el paciente afásico una forma de ayuda para evitar pronunciar más palabras y en consecuencia, cometer más errores. Como se puede notar enseguida, muchas veces los gestos aclaran o intentan aclarar lo que los pacientes pronuncian. Se traen algunos ejemplos tomados por ambas las transcripciones:

Transcripción 2:

0009 I: ((derecho)) (**MOVIMIENTO DE LA MANO DERECHA**)

0014 I: trabajo con la izquierda (**ABRE Y CIERRA LA MANO IZQUIERDA**)

0044 I: bueno/ que es lo mismo/ [no tenía nada (**SE TAPA EL OJO DE RECHO CON LA MANO DERECHA**)

0054 I: [...] a hacerme la ((xx))/ pie- el pie (**SE TOCA EL PIE DERECHO**)

0070 I: [yo- yo formo-formo las vueltas (**MOVIMIENTOS CIRCULARES CON LA MANO DERECHA**)/

0103 I: [...]que eraa la que pintaba- la pintara- la que pintaba- la pintara-/ pintor-/ pintor (**MUEVE LA MANO DERECHA COMO SI PINTARA**)

0429 I: [...] veo el televisor (**GESTO DE ENCENDER LA TELEVISIÓN**)

Transcripción 5:

0017 I: [...] pero//el laboratorio lo tengo aquí (**SE SEÑALA LA CABEZA**)

0029 I: [...]ahí/ ahí (**SE SEÑALA EN LA ZONA TEMPORAL IZQUIERDA**)/ que es donde tenemos/ donde se juntan las tres (**UNE LO DEDOS ÍNDICES DE AMBAS MANOS**)

0115 I: [...] porque esee- es una enfermera que pasa con un termómetro por ahí yy- y me ve que estoy así (**GESTOS Y EXPRESIÓN DE DESCONCIERTO**)

0117 I: [...]les hacía putadas/ les ponía piedras para acá (**ILUSTRADOR DE LEVANTAR UN MURO**)

0127 I: [...]lo que es una señal eléctrica/ oo más fácil ↑ / la cuestión de los/ cuando te salgan rallotes así (**ILUSTRADOR CON LAS MANOS DE ARRIBA A ABAJO**)

4.8. Conclusiones parciales sobre los errores de los pacientes JAL y ANG

Como se ha podido notar durante el análisis de cada toma de turno de los pacientes, los errores que han sido cometidos son muchos. Por lo que merece JAL, las dificultades a nivel fonológicos han sido las más abundantes. Sin embargo, él ha sido capaz varias veces de autocorregirse a través de la conduite d'approche. El paciente nombró numerosos

neologismos, lo cual es muy típico de los sujetos afectados por afasia fluente y ha sido considerable también el número de circunloquios que ha utilizado cuando no le salía la palabra que quería pronunciar. Muchas veces han aparecido faltas anómicas, sobre todo durante el proceso de denominación y repetición. De hecho el paciente dijo a menudo que no podía hablar y que no sabía nombrar los objetos que se le enseñaba. Por último, hubo la presencia de errores semántico-lexicales siempre más frecuentes en los procesos de repetición y denominación: sustituyó algunas palabras con otras del mismo campo semántico ('mano'- 'pie'), utilizó un verbo en vez del sustantivo, etc... Tampoco faltaron las parafasias verbales, donde la palabra objeto era sustituida por otra que no tenía ningún tipo de conexión.

Según la profesora Solias , comunicación personal, se observa que JAL tiene sobre todo problemas que están relacionados con la pérdida de léxico (omisión de complementos subcategorizados como el objeto directo, omisión de sintagmas verbales completos) y no acaba las frases porque las corta antes con omisiones de constituyentes.

En la segunda transcripción se han encontrado menos errores fonológicos, muy pocas conductas d'approche y no se ha encontrado ningún neologismo y ninguna anomia. Es cierto que el discurso resulta mucho más comprensible del otro aunque sea logorroico y fragmentado por lo que merece el sentido en general. Según la profesora Solias , comunicación personal, se añade también que en el caso de ANG los objetos directos casi nunca corresponden a los verbos y los sujetos no encajan semánticamente con los sintagmas verbales.

Además, los errores semánticos encontrados han sido de palabras aisladas más que campos lexicales; han aparecido relaciones de sinonimia tanto en los verbos como en los sustantivos.

CAPÍTULO 5: LOS ERRORES GRAMATICALES

5.1. Algunas puntualizaciones

La literatura científica que conocemos sobre el tema de afasia, nos ha aclarado que los pacientes afásicos de Wernicke (y más en general los pacientes que sufren de afasia fluente/sensorial) tienen más problemas en la comprensión que en la producción. De hecho, como ya se ha dicho, el habla resulta ser fluida y sin interrupciones, así que la dificultad más importante de estos sujetos es a la hora de comprender lo que se les dice. Por ello, funcionalmente hablando, es útil introducir una digresión por lo que merece los sistemas y modalidades que existen en la percepción y comprensión del lenguaje.

Heinze (2006) introduce muy bien el tema, explicando que:

En percepción y comprensión del lenguaje hay tres sistemas. En primer lugar el sistema de información acústica (SA) con unidades que representan las características más básicas [...] de la energía vibratoria entrante.[...] En segundo lugar, el sistema lingüístico (SL) con nodos que representan la agrupación de las características anteriores del SA en unidades jerárquicamente superiores constituyendo niveles de información fonológica (fonemas, grupos subsilábicos [...] y niveles de información léxica y supra léxica (unidades léxicas, nombres, verbos, adjetivos, preposiciones, sintagmas nominales, verbales, cláusula y oraciones). En tercer lugar, el sistema proposicional semántico (SP) con unidades que representan la información de la realidad o conceptos y las relaciones entre conceptos o proposiciones (p.91)

Por lo que merece la modalidad de comprensión, los sistemas incluidos son tres: sistema de información acústica, lingüístico y semántico y su relación es la que se encuentra en la imagen que sigue (Figura 22). Esa es una readaptación de la figura propuesta por Heinze (2006).

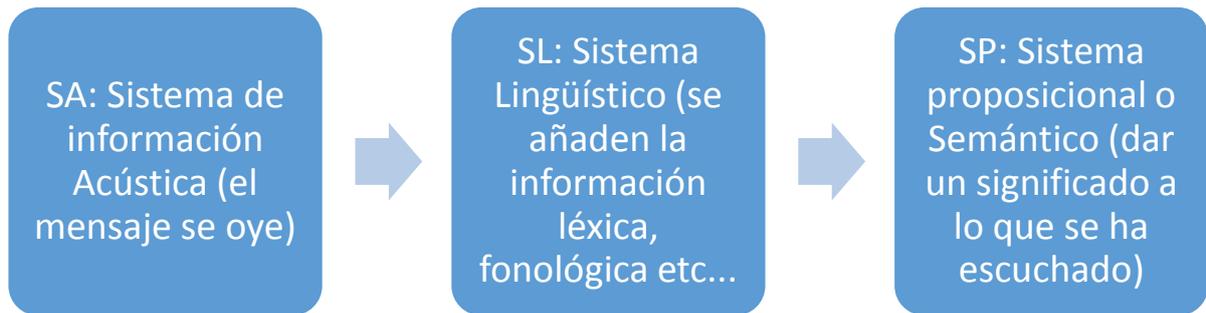


Figura 22: Funcionamiento de las unidades de percepción y comprensión

Después de haber comentado cómo están organizados los sistemas de percepción y comprensión del lenguaje, que es fundamental para luego analizar las transcripciones de los pacientes afásicos en el corpus PerLa, resulta inevitable ilustrar también cuáles son las estructuras de la gramática que se tienen que considerar correctas. Eso porque, además de los errores semánticos, es interesante intentar encontrar errores gramaticales en dichas grabaciones, aunque la afasia de Wernicke no sea típicamente conocida por ellos, sino por los errores de campos semánticos.

5.2. Las estructuras gramaticales

La estructura gramatical es la manera que una lengua posee para formar oraciones y expresar diferentes significados. El papel que desarrolla es lo de establecer relaciones correctas entre los componentes de la oración y, no obstante se actualize muy a menudo, está formada por reglas comunes a todos lo que son capaces de mantener un discurso.

Gallardo Paúls (2005) habla de signos lingüísticos, que son signos tridimensionales dotados siempre de forma y de significado pero también de función. Ella además explica que:

La disposición interna de los signos verbales en el sistema de la lengua adopta una ordenación jerárquica, en la que unidades de nivel inferior se agrupan y dan origen a unidades de nivel superior, según una escala de rango:

El nivel de los fonemas, el inferior de la escala, representa la unión de estas unidades que solas no tienen algún significado, pero que juntos realizan sonidos y entonces palabras. Cuando dos o más fonemas se juntan, se vuelven en una unidad con significado (pero no completo) que lleva el término de morfema. Gallardo Paúls (2005) añade que el significado que tienen los morfemas puede ser de dos tipos:

- significado gramatical: puede ser por ejemplo la terminación de un verbo que nos da la información de que sea plural, singular, el modo, el tiempo etc...
- significado léxico: se entiende como la aportación semántica que remite a cierta realidad del mundo, ya no de la gramática (Gallardo Paúls, 2005).

Luego, los morfemas que tienen una entidad semántica se definen como lexemas o palabras y, si se disponen en un discurso y se juntan entre ellos, se vuelven en sintagmas u oraciones. Por supuesto, la idea que se tiene del lenguaje incluye el concepto de simultaneidad (Gallardo Paúls, 2005) porque es imposible que un discurso se forme a través de solo uno de estos niveles. Es importante recordar que a todos estos niveles gramaticales se va añadiendo, para formular un discurso completo, el contexto: el componente pragmático, que pero no se analizará durante este estudio.

Siguiendo lo que escribe Gallardo Paúls(2005) con respecto a la estructura de la gramática en los afásicos:

Lo que ocurre en la conversación afásica es que alguno de los hablantes tiene problemas con la comunicación explícita, lo que se manifiesta básicamente como dificultades para emitir y comprender enunciados gramaticales: producción de sonidos articulados (parafasias fonológicas), denominación léxica (encontrar la palabra concreta), estructuras morfosintácticas (agramatismo). En esta situación, los procedimientos de significación se reorganizan, y debido a la alteración de la significación explícita cobran mayor importancia la entonación y la comunicación implícita, así como los canales no verbales (p. 59)

Después de haber elencado cuáles son los errores típicos del sujeto afásico y las características de cada uno, el objeto de este estudio será encontrar dichos errores en el corpus PerLa.

5.3. Los errores gramaticales en los pacientes JAL y ANG

Los errores que se van a presentar a lo largo de este párrafo representan la parte más compleja y detallada del presente trabajo. No es fácil encontrar esos tipos de errores en las transcripciones de dos hablas que resultan tan difíciles de entender. Sin embargo, el resultado que hay es que aparecen bastantes errores gramaticales en los discursos de JAL y ANG, aunque en los manuales no se hace hincapié en los errores gramaticales de los afásicos de Wernicke. Para que resulte más inmediato y sencillo listar estos errores, se dividirán en subcategorías: analizando los errores gramaticales del primer paciente (JAL) se han encontrados los siguientes:

- *Errores de concordancia de género y número*

0045I: = cuando **tuvo** eeh el accidente ↑ /

0070 I: [...] otro **formación**/ ¿ves? ya me voy buscando otro **palabro**

0129 I: § y los ((xx))/ **la lecha**/ que **caen**/

0133 I: oo- y las niñas ↑ que ((duermen)) aquí y las pal-**señoras** cae el agua y limpian los cachos- **limpia**

0157 I: puede- puede ser **unaa niño**/ puede ser un niño/ puede ser/ un niño muy mayor/ **un** ((goña)) **pequeñaa**

- *Errores que afectan las formas verbales*

0028 I: si quiero ((**hacer trabajando** con el gachón)) [...]

0103 I: [...] esta mañana que estaba en el ((ayuntamiento))/ que **eraa** la que pintaba- la pintara- la que pintaba

- *Categorías de palabras funcionales como preposiciones, demostrativos, interrogativos, indefinidos, adverbios, conjunciones etc...*

0082 I: yoo **con nada** siempre ↑ / Probablemente el sujeto, hablando de los problemas que tenía, quería utilizar la palabra funcional *como*.

0095 I: [...]que hablo mucho con la gente y voy **para** aquí y **para** el otro y el otro...

0103 I: [a veces–] a veces sí/ a veces noo/ entonces ↑ **depende cómo** esté que [...]

En este caso falta la palabra funcional *de*.

0105 I: quizá eso me haga aquí a mí ((cuidar))/ hacer las cosas disti– directes– fuertes y más que la gente **suele de ir** más a ten [...]

0107 I: [...]peroo **por** hacerme el nombree

0109 I: es **la que me tengo** que aprender. El paciente aquí se ha equivocado en el orden de las palabras

0429 I: [...] me entretiene **a ese** momento pero no tiene nada ↑

0443 I: ((xx)) ((**iré a con** tu amigo)) ((xx))

0487 I: [...] ya te digo que **conozco a una gente**...

Analizando la transcripción del paciente ANG, se han encontrado los siguientes errores gramaticales:

- *Errores de concordancia de género y número*

0113 I: pues que **está** ahí **las** eeh **las cosas apuntadas**...

0117 I: **toda estas cosas** me **va** a llevar a una sicosis//

0029 I: [...] que se dice normalmente/ y **aparezca** entonces ee– **escenas** dee–/ eeh eeh/ de...

0031 I: [...] eeh todos los fenómenos esos sicológico/ de la bondaad/ de la voluntaad/ de esto y de **los otro**. [...] pues tienen una forma de actuar sobre-sobre– sobre las cosas/ que **absorbe/resolva**/

0055 I: [...] **a mí era** el único elemento que no me robaban la– la moto

0059 I: [...] los **amigos esto** sí

0070 I: [...]y **se las queda** el dinero/

0127 I: [...] es un fenómeno **de los más complicado** [...]

- *Errores que afectan las formas verbales*

0117 I: UNAS/pasaban/a– **ante no poner** ¡buy!

0119 I: [...]y entonces loo que **hice es** apuntarme a Derecho [...]

0021 I: **si fuera** un fenómeno que acaba↑ (GOLPEA UNA MANO CONTRA LA OTRA)//eso **no sucede**

0022 I: ¿eh?/que siempre/ mm /**tiende** hacia abajo/el esfuerzo que **hice** ↑ /

0031 I: § porque ↑ / aquí ↑ / eeh / si- se si se tiene que avanzar/ eeh eeh/ ALGO en lo quee **queríis** hacer

- *Categorías de palabras funcionales como preposiciones, demostrativos, interrogativos, indefinidos, adverbios, conjunciones etc...*

0004 I: [...] quiero decir/que no- **lo que-** eeh/ **yo siempre pongo** acento//que/ eeh///**el-** las cuestiones rotundas La forma correcta sería: Yo siempre pongo el acento en las cuestiones rotundas...

0113 I: [...] una serie de cosas que dan/ pues quee¿**qué es lo** pasa?/

0017 I: es decir/que si **a** un señor/tiene una afasia ↑ eel- **eel** pues **se le** olvida que tiene las llaves aquí/

0022 I: [...] FENÓMENOS/ porque han PASAO **por mí**

0048 I: [y yo] iba siin/porque- porque claro/ yo estaba ahí **a la** Carolinska/

0055 I: [...] dando /entonces/ eeh/ yo ↑ // **suelo en tener** uu- una habilidad

0059 I: [...] y ese hombre estaba allí en la- **en el** Carolinska

0081 I: [...] el io- eel isótopo que **se me han metido** ahí ↓

0113 I: § años **de** recuperar estoo

0117 I: eeh **con lo del cuaal**

0127 I: [...] es decir/ **adaptarse** continuamente **en** unas especies de lo que en física llamamos señales

Además, como se ha explicado al final del primer capítulo, hay rasgos del protolenguaje que aparecen también en los pacientes afásicos. Uno de ellos es el orden de constituyentes que normalmente es Sujeto-Verbo-Objeto pero en algunos casos de afasia cambia. Reportando algunos ejemplos del corpus:

0059 I: bueno/total/ que conozco una- un médico/ **el rector de Salamanca que era entonces/** →La forma correcta sería: un médico que entonces era el rector de Salamanca...

0063 I: [...] en tres días estaba yoo. -→ Yo estaba (allí) en tres días...

5.4. Consideraciones sobre los errores cometidos

Como ya se ha dicho en los capítulos y en los párrafos precedentes, las afasias fluentes son notas para presentar errores más semánticos o léxicos que gramaticales. Sin embargo, según cuanto demostrado en el párrafo anterior, la presencia de errores gramaticales resulta bastante importante dado que hay más de un error para cada tipo. Los que más aparecen son los errores relacionados con las palabras funcionales, sobre todo por lo que merece las preposiciones.

Hay algunas diferencias entre las faltas gramaticales del paciente JAL y las del paciente ANG. De hecho, si se mira a la cantidad de errores cometidos, se verá que la disimilitud más evidente es la que concierne los errores que afectan las formas verbales. JAL ha cometido solo un error de este tipo, probablemente porque con un habla menos fluida y frases más cortas era más difícil encontrarlos. En cambio, en la transcripción de ANG se notan más errores que tienen a que ver con los verbos y es importante subrayar que muchas veces ha utilizado los verbos al presente (cuando tenían que ser conjugados al futuro o al pasado) porque seguramente resultaba más fácil y útil para evitar errores.

Un error que se ha encontrado en ambos pacientes ha sido el uso de una preposición con el verbo 'soler' que no necesita alguna preposición. JAL ha puesto la palabra funcional *de* después del verbo y ANG ha puesto la palabra *en*.

ANG se ha equivocado más veces a la hora de hablar de un lugar dónde estuvo para operarse y pocas han sido las veces en las que ha utilizado la palabra funcional adecuada para los verbos de estado.

CONCLUSIONES

El intento del presente trabajo era lo de marcar las características del trastorno de afasia y entender mejor cuales son los errores que estos pacientes comente más a menudo. El objeto del trabajo ha sido elegido para analizar algo que raramente y a lo mejor sin la debida atención, ha sido estudiado durante los años. Esto ha sido una suerte de reto para ver si hubiera sido posible profundizar más la cuestión.

En el primer capítulo se ha hablado de la relación que hay entre el lenguaje y el cerebro. Principalmente se ha hecho referencia al desarrollo del lenguaje desde su existencia y de la organización del cerebro con respecto a ello. Las áreas del hemisferio izquierdo son responsables de la realización del habla, de la escritura y de la lectura. Luego se han explicado detalladamente cuáles han sido las aportaciones más significativas sobre este tema, citando algunos de los médicos y estudiosos que propusieron los modelos que todavía se van utilizando. Al final del capítulo se ha aclarado brevemente lo que se entiende por protolenguaje, dado que tiene rasgos comunes a la producción del habla de los afásicos.

La finalidad del segundo capítulo era la de definir claramente lo que es la afasia y lo que se entiende por trastorno del lenguaje. A lo largo del capítulo se han ilustrado los tipos de afasia y las características típicas de cada uno. La última parte del capítulo 2 ha sido fundamental para listar los errores (con los relativos ejemplos) que los afásicos cometen. Eso fue muy útil para los capítulos sucesivos, dónde se iban a analizar las conversaciones de los pacientes de manera concreta. El párrafo final ha servido para dar una visión general de lo que es el proceso de recuperación de un paciente que sufre de afasia, comentando como puede producirse y realizarse la recuperación en este tipo de sujetos.

En el tercer capítulo la atención se ha centrado en la afasia de Wernicke y en los errores relacionados con ella, después de haber dado todas las informaciones necesarias para entender bien las transcripciones del Corpus que se ha tomado en consideración para este trabajo. A lo largo del capítulo se ha hecho hincapié también en el tema de la semántica lingüística, porque ha parecido fundamental aclarar algunos puntos antes de meterlos en práctica.

El capítulo cuarto representa el primer acercamiento al corpus PerLa. De hecho en esta parte se han explicado sus características, las de los pacientes presentes en ello y por fin los

hablantes elegidos para el estudio, junto con las motivaciones que han permitido elegir ellos y no otros. Al final del capítulo se ha aclarado la manera con la que se han grabado y transcrito los discursos de los pacientes y sobre todo se ha especificado cual ha sido el método de análisis empleado a lo largo del trabajo. Es en este capítulo que se ha empezado el verdadero análisis de las transcripciones 2 y 5 dónde se han observado y comparado también los errores.

Después de haber analizado la mayoría de los errores presentes en las transcripciones 2 y 5 del corpus, se pueden deducir algunas conclusiones. Primero, el paciente JAL ha cometido mucho más errores que ANG, pero se tiene que recordar que la grabación fue solo tres meses después del ACV. De hecho, hay una cantidad de errores fonológicos, neologismos, estereotipias, circunloquios, que en el paciente ANG casi no aparecen. Sin embargo, el discurso de ANG es casi una logorrea y es muy complicado lograr entender bien lo que quiere explicar porque el habla es exageradamente fluida, no utiliza pausas o eventuales comas y resulta muy difícil de seguir. Él mezcla muchos discursos y se nota que le importa contar cuanto más pueda, también para evitar que el interlocutor le pare para corregir lo que dice o cambiar discurso. Como se verá en el apartado final, en ambas las grabaciones se encuentran errores de tipo gramatical.

Finalmente, el capítulo 5 o apartado final, representa la aportación más interesante del presente trabajo. Se ha intentado buscar si se producen errores gramaticales aunque ellos no constituyen la característica prototípica de las afasias de Wernicke. De esta manera, la atención se ha centrado en otro tipo de análisis y se han deducido las consecuencias ya explicadas al final del último capítulo.

De acuerdo con los análisis realizados y los resultados obtenidos, se pueden anotar las siguientes conclusiones:

- Los errores que cometen los afásicos derivan de diferentes lesiones del cerebro y no es posible establecer unas reglas generales que valgan para todos de igual manera.
- Los afásicos de Wernicke y los fluentes en general, tienen problemas de tipo semántico, fonológico, morfológico en la producción y también tienen como rasgo común el hecho de que tienen problemas en la comprensión.
- No obstante no se haya bien demostrado a lo largo de los años, los pacientes afásicos de Wernicke enseñan también problemas sintácticos y cometen muchos errores gramaticales.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, G. (1999). *Trastorno específico del lenguaje :Retraso de lenguaje y disfasia*. Archidona Málaga: Aljibe.
- Ardila, A. (2006). Orígenes del lenguaje: Un análisis desde la perspectiva de las afasias. *Revista De Neurología*, 43, 690-698.
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Baylon, C. y Fabre, P., (1994) *La semántica: (con ejercicios prácticos y sus soluciones)* Editorial Paidós
- Bickerton, D. (1992). *Language and species*. University of Chicago Press.
- Borregón Sanz, S. y González Calvo, A. (2006). *La afasia :Exploración, diagnóstico y tratamiento (2ª corr ed.)*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Camacho-Taboada, M. V., y Tejedor, M. R. (2007). *Patologías del lenguaje: Lingüística, afasias y agramatismos*.
- Caplan, D. (1992). *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Visor.
- Carlomagno, S. (2002). *Approcci pragmatica alla terapia dell'afasia*. Springer, Berlin.
- Cazayus, P. (1981). *La afasia :Desde el punto de vista del psicólogo*. Barcelona: Herder.
- Chomsky, N. (1992). *El lenguaje y el entendimiento* Planeta-De Agostini.
- Deacon, T. W. (1998). *The symbolic species: The co-evolution of language and the brain* WW Norton & Company.

- Edwards, S. (2002). Grammar and fluent aphasia. *Clinical Linguistics Theory and Applications in Speech Pathology and Therapy*, 249-266.
- Escutia, M. (2013). *Chomsky, la naturaleza humana, el lenguaje y las limitaciones de la ciencia y una propuesta complementaria inspirada en CS Lewis*. [Documento de Internet, fecha 10 de Julio de 2014, disponible en <http://www.unav.es/cryf/chomskylewis.html>]
- Estabrooks, N. H., & Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Ed. Médica Panamericana.
- Fernández Guinea, S. B., & López-Higes Sánchez, R. (2005). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid: Síntesis.
- Fernández, A. H. (2004). *Los errores lingüísticos* Nau Llibres.
- Gallardo, B. (1998). Comentario de textos conversacionales. *Colección Comentario de Textos*. Arco Libros, SL, Madrid.
- Gallardo Paúls, B. (2005). *Afasia y conversación :Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave* (1ª ed.). València: Tirant lo Blanch.
- Gallardo Paúls, B., Sanmartín Sáez, J., & Moreno Campos, V. (2005). *Corpus PerLA*. Valencia: Universitar de València.
- Gallardo Paúls, B. (2007). *Pragmática para logopedas* (1ª ed.). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Gallardo-Paúls, B., & Hernández Sacristán, C. (2013). *Lingüística clínica: Un enfoque funcional sobre las alteraciones del lenguaje*. Madrid: Arco/Libros.
- Garayzábal Heinze, E. (2006). “La deficiencia mental: Lenguaje y protolenguaje”. *Revista De Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(4), 174-187.
- González Lázaro, P., & González Ortuño, B. (2012). *Afasia :De la teoría a la práctica*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Goodglass, H. (1993). *Understanding aphasia*. Academic Press.

- Heinze, E. G. (2006). *Lingüística clínica y logopedia*. Antonio Machado Libros
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*
Ed. Médica Panamericana.
- Hernández Fernández, A., "Los errores lingüísticos." *Valencia, Nau llibres (serie: Fundamentos, colección: Logopedia e intervenció)* (2002).
- Jiménez Hornero, M., "La afasia: clasificación y descripción" (2011) En *Innovación y experiencias educativas*
- Lapiente, F. R., López, María del Pino Sánchez, & Pardo, M. J. R. (2010). *Neuropsicología*.
- López García, Á., Gallardo Paúls, B., & Bernardo Paniagua, J. M. (2005). *Conocimiento y lenguaje*. València: Universitat de València.
- Lyons, J. (1997). *Semántica lingüística: Una introducción*. Barcelona : Paidós Ibérica
- Mulas F., Etchepareborda M.C., Díaz-Lucero A., Ruiz-Andrés R.,(2006).“El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo” en *Revista Neurológica*
- Pascual, L., & Fernández, T. (2003). “Afasias tipología clínico-topográfica”. *Peña-Casanova (Coord): Curso De Neurología y Demencias.Teunis Network: SEN-UAB*,
- Pelle, G., *Disturbi del linguaggio, Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute Università G. d'Annunzio _Chieti*
- Pino Sáez M. F., “Trastornos del lenguaje ya establecido. Afasia”. En *Revista digital Investigación y educación*, número 22 febrero 2006
- Reyes Tejedor, M., & Camacho Taboada, M. V. (2007). *Patologías del lenguaje :Lingüística, afasias y agramatismos*. Madrid: Ramón Areces.
- Sacristán, C. H. (2008). “Proximal/distal y forma del lenguaje. sobre el interés descriptivo de una distinción epigenética”. *El Valor De La Diversidad (Meta) Lingüística: Actas Del VIII Congreso De Lingüística General*, 53.

- Sánchez Bernal, C. (2013). *Procesos neurolingüísticos y niveles de aprendizaje*. Logroño: Unir.
- Serra, M. (2000). *La adquisición del lenguaje* Editorial Ariel.
- Ygual, A., y Cervera, J. F. (1999). La intervención logopédica en los trastornos de la adquisición del lenguaje. *Rev Neurol*, 28(Supl 2), S109-18.
- Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurología*, 32(10),
- Zanini, C. (2007). Afasia fluente: Uno studio sperimentale.
- Zulian, N. (2012). Il ruolo dei gesti coverbali nel recupero funzionale dell'afasia fluente. uno studio pilota.