

Henry Daniel Vera Ramírez *

Corporación Universitaria Minuto de Dios / Colombia

ANÁLISIS DEL DISCURSO Y MEMORIA EN LA AFASIA DE BROCA Y LA AFASIA DE WERNICKE

92

Referencia Recomendada: Vera-Ramírez, H. D. (2014). Análisis del discurso y memoria en la afasia de Broca y la afasia de Wernicke. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 92-118.

Resumen: En la semiología médica, las afasias ocupan un lugar importante y su estudio adquiere relevancia en la medida en que se puede apoyar el diagnóstico y la rehabilitación realizando una articulación con la lingüística. En este campo, el análisis del discurso puede aportar elementos claves para posibles análisis multidisciplinares, permitiendo de igual manera una mayor comprensión de estos trastornos y una mejora en la calidad de vida de los afectados. En este sentido, se parte de los aportes de la sociolingüística, en especial de los planteamientos de los estudios del discurso desde la llamada Escuela conversacional Norteamericana, la cual desde variados autores aborda el uso del análisis del discurso con poblaciones especiales, ofreciendo propuestas metodológicas que aportan al investigador del campo, posibles salidas integrales en el plano de la recuperación de pacientes con estas afectaciones. El presente artículo, intenta ofrecer una visión muy general de los avances teóricos y de las propuestas que existen acerca de la relación entre análisis del discurso y afasia.

Palabras Clave: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Análisis del discurso, Pares adyacentes, Turnos conversacionales, Marcadores discursivos.

Abstract: In medical semiology, aphasia has an important place and its study becomes relevant in so far as it may support the diagnosis and rehabilitation conducting a joint with linguistics. In this field, discourse analysis can provide clues to possible elements multidisciplinary analysis, similarly allowing a better understanding of these disorders and improved the quality of life of those affected. In this sense, it is part of the contributions of sociolinguistics; especially the approaches of studies of discourse from the call conversational American School, which from various authors address the use of discourse analysis with special populations, providing methodological proposals afford the investigator the field, possible solutions in terms of comprehensive recovery of patients with these effects. This article attempts to provide a very general overview of the theoretical and proposals that exist on the relationship between discourse analysis and aphasia.

Key Words: Broca's Aphasia, Wernicke's Aphasia, Discourse Analysis, Adjacency pairs, Conversational Shifts, Discourse markers.

Recibido: 11 de Julio de 2014

Aprobado: 16 de Diciembre de 2014

* Docente de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Correo electrónico: davera01@yahoo.com - hveraramire@uniminuto.edu.co

Introducción

El presente artículo, intenta ofrecer una visión muy general de las propuestas que existen acerca del análisis del discurso y la memoria con poblaciones especiales, sobre todo con afásicos. En la primera parte se recurre a la semiología médica, para las definiciones pertinentes a las afasias, principalmente las relacionadas con afectaciones en las áreas de Broca y Wernicke. En mayor profundidad, en esta parte se establece un breve marco histórico sobre el estudio de las afasias, desde los aportes de autores como Ardila (2006) y Ardila y Benson (1996). Luego se analiza la relación entre los sistemas fonético y fonémico y las correlaciones existentes entre la afasia y los tipos de errores cometidos en cada sistema, con el apoyo de autores como Hills *et al.* (2002); Ash *et al.* (2010) y Bastiaanse y Van Zooneveld (2005).

Posteriormente se analiza la relación de la afasia con la memoria, especialmente, teniendo en cuenta los planteamientos de la llamada Escuela Soviética con autores como Luria (1985, 1986, 1991) y Tsvetkova (1972, 1988). Luego se introducen conceptos relacionados con el análisis del discurso, desde una perspectiva sociolingüística con autores como Schegloff (1971, 1974, 2007), Pietrosemoli (2007), Fox *et al.* (1996), seguido de la relación entre la afasia e instrumentos de la sociolingüística, como son: los turnos conversacionales, los pares adyacentes, los marcadores discursivos y la

entrevista sociolingüística, dentro del marco de los tipos de tratamiento para la rehabilitación de los pacientes con este tipo de afectaciones, con un enfoque multidisciplinar, propuesto por Villodre y Morant (2007). El artículo finalmente, se propone sugerir algunos campos de posible investigación y sugiere unas consideraciones finales que más que establecer conclusiones o afirmaciones cerradas, buscan generar preguntas sobre la relación entre afasias y discurso abordando ejemplos de los campos de estudio posibles formulando algunos puntos de reflexión frente a este amplio campo de estudio que implica una relación interdisciplinaria entre lingüística, psicología y medicina.

Sobre la Entidad Clínica

Ardila (2006), en el Libro sobre las afasias, establece un referente histórico para el estudio de las mismas, considerando como la primera aproximación conocida sobre una alteración del lenguaje con daño cerebral, el año 3.500 A.C. en el Antiguo Egipto. Sin embargo, la primera referencia que reconoce ya de manera más clara la influencia que tiene la lesión cerebral en las pérdidas verbales se encuentra en el Corpus de Hipócrates, presumiblemente escrito cerca del año 400 A.C. (Benton, 1964). Hipócrates dividió la afasia en dos clases de alteraciones: *afonos* y *anaudos*. Durante el imperio Romano, se describió el primer caso de alexia traumática. Ya en los siglos XV - XIX se encuentran descripciones de

patologías del lenguaje; una de ellas es la realizada por Antonio Guaneiro, quien en el siglo XV describe dos pacientes afásicos, uno de ellos con un lenguaje fluido parafásico y el otro con una afasia no fluida.

Ya en el siglo XIX aparece una multiplicidad de descripciones relacionadas con las consecuencias de los daños cerebrales sobre la conducta. Bouillaud en 1825, clasificó dos tipos de patologías del lenguaje. La primera llamada articulatoria y la otra llamada amnésica, lo que podríamos denominar hoy y como se verá más adelante las formas motora y sensorial de la afasia. Lordat en 1843, propuso una dualidad semejante que permitía distinguir la pérdida en la competencia lingüística para producir palabras (*asinergia verbal*), diferenciada de la pérdida para recordar las palabras (*amnesia verbal*). Hasta este punto, se encuentran en términos generales, descripciones parciales y el germen de una incipiente clasificación.

Ya en el siglo XVIII y comienzos del siglo XIX Franz Gall formula una teoría que iba a tener vital importancia; afirmaba que los hemisferios cerebrales estaban compuestos por *órganos independientes* en los cuales estarían ubicadas cualidades de tipo intelectual y moral. En la región orbital de los lóbulos frontales, se ubicaba el lenguaje.

Esta visión frenológica, puede considerarse como la protociencia de lo que actualmente conocemos sobre las áreas cerebrales que

afectan el lenguaje. El principal aporte de la frenología, en concepto de Ardila (2006), probablemente sea el hecho de que plantea, -si bien no muy precisamente-, que toda la actividad cognoscitiva, es el resultado de la actividad cerebral. Posteriormente en el siglo XIX, más precisamente en París en el año de 1861, se suscita un debate sobre la relación existente entre la capacidad intelectual y el volumen limitado del cerebro. En el mes de Abril de ese mismo año, se realizaron estudios sobre el cadáver de un paciente que había perdido el lenguaje. Esta observación evidenció una lesión importante en la zona frontal posterior y Paul Broca argumentó y puso en evidencia la importancia de las teorías localizacionistas. Dentro de los argumentos de Broca se encontraba que la capacidad para hablar podría encontrarse en la porción inferior posterior del lóbulo frontal.

Más adelante Broca estableció el hecho de que sólo el hemisferio izquierdo se encontraba afectado en los casos de pérdida de lenguaje. Broca afirmaba en 1865: "*La afemia se relaciona con lesiones de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo del cerebro*" (Citado en Ardila, pág., 17). Constituyéndose éste en un hito en el estudio de las patologías del lenguaje. A partir de tal hallazgo se genera un intenso debate en torno a la denominación de esta alteración del lenguaje que en principio fue llamada *afemia*, con anteriores denominaciones

como por ejemplo *alalia*. Trousseau que en el año de 1865, impugnó el término de *afemia* al que relacionó con el concepto de infamia, lo reemplazo por la palabra *afasia*, que hasta el día de hoy se conserva.

Un segundo hito en el avance de las teorías localizacionistas, se presentó en el año de 1874, con la publicación de la tesis doctoral de Karl Wernicke. Este joven estudiante alemán, propuso una clasificación de dos tipos de afasia. Por un lado la afasia motora y por otro la sensorial. Posteriormente formuló la existencia de un tercer tipo de afasia que denominó como afasia de conducción. Más adelante junto a Lichtheim formuló un modelo de clasificación de las afasias que hasta el día de hoy se ha conocido como el esquema de Lichtheim - Wernicke. Para Sabe *et al.* (2008): "*el Esquema Lichtheim – Wernicke, asume la existencia de dos centros del lenguaje, uno sensorial y otro motor, interconectados mediante vías directas e indirectas, los cuales estarían a su vez conectados con un tercero, denominado centro conceptual* (Sabe, 2008, pág., 454). Este hecho popularizó posteriormente la aparición de estudios que buscaban establecer correlaciones anatómicas con los diferentes tipos de afasias y esquemas referentes o diagramas para su explicación. Así la relación patología – centro cerebral, comenzó a estudiarse, gracias al análisis de individuos *post - mortem*.

Las correlaciones encontradas entre los datos clínicos y la patología existente, terminaron por abonar un terreno para qué términos como el de imagen auditiva, esquema verbal, ceguera psíquica, encontrarán una ubicación en determinadas zonas a nivel cerebral. De hecho, -solo por poner un ejemplo-, se propuso un *centro de la escritura*, un *centro de las imágenes auditivo – verbales* y un *centro de la lectura*, entre otras. Como se observa en este breve recorrido histórico, los aportes de Wernicke y Broca fueron y siguen siendo fundamentales en el estudio de las afasias. Sin embargo Ardila (2006), resalta la influencia de otros investigadores entre los que se encuentran: Lichtheim (1885), Charcot (1877), Bastian (1898), Kleist (1934) y Nielson (1936).

Para adentrarnos ya en las características de la afasia, podríamos afirmar siguiendo a Hills *et. al* (2002), que la afasia es definida como: "*aphasia are classically designated as cortical deficit, language deficits of hemispatial neglect following lesions to the basal ganglia, thalamus or other subcortical regions have been reported in many single case reports and case series* (Hillis *et. al*, 2002, pág., 1094). En términos generales, Freeman Kaplan y Sadock (1984), definen la afasia como la pérdida de la capacidad, ya sea gradual o total, de producir lenguaje. Consiste en una incapacidad para pronunciar palabras y nombres y de indicar el uso de objetos habituales. Es un concepto que reúne y que hace referencia a todos los trastornos del

lenguaje y de la comunicación. Las afasias pueden dividirse en formas llamadas motoras (o expresivas) y formas sensoriales (o receptivas). En las primeras, la comprensión se mantiene intacta, pero se pierde el lenguaje, mientras que en las segundas se pierde la comprensión. En la mayoría de los déficits de lenguaje se encuentra una combinación tanto de elementos motores como sensoriales. Las afasias son debidas sobre todo a lesiones cerebrales. Para estos mismos autores, existe un criterio común y generalizado en el que se atribuye este tipo de trastornos a tres causas básicas: (i) un accidente cerebrovascular, o llamado *ictus*, producido generalmente por una isquemia, (ii) un traumatismo craneoencefálico, generalmente producido por un accidente y (iii) y en último lugar, -siendo esta la causa menos frecuente-, infecciones producidas por abscesos cerebrales o encefalitis (Freeman, Kaplan y Sadock 1984).

Errores y Producción Discursiva

La alteración de tipo orgánico, produce en pacientes afásicos errores en la producción discursiva, que implican, por lo tanto, un análisis de la relación que existe entre esa producción discursiva y los errores tanto a nivel fonémico, como a nivel fonético que se producen en el lenguaje. A este respecto, los estudios realizados por Hillis *et al* (2002) demuestran que:

- (i) That pure subcortical infarctions are associated with cortical hypoperfusion in subjects with aphasia/neglect;
- (ii) That reversal of cortical hypoperfusion is associated with resolution of the aphasia, and
- (iii) That aphasia/neglect strongly predicts cortical ischemia and/or hypoperfusion.

Este estudio fue realizado con ciento quince (115) pacientes del Hospital John Hopkins en la ciudad de Baltimore, incluía ochenta (80) pacientes con lesión en el hemisferio izquierdo y treinta y cinco (35) con lesión en el hemisferio derecho, con un rango de edad entre veintitrés (23) años hasta los ochenta y seis (86) años, con una media de la edad de sesenta y un (61) años. A este grupo de pacientes se aplicó la siguiente batería de tests:

- (i) Oral and written naming of picture objects (n = 34 items).
- (ii) Oral naming of objects with tactile input (n = 17 items).
- (iii) Oral reading of words (n = 34 items) and pseudowords (n = 25 items).
- (iv) Spelling to dictation of words (n = 34) and pseudowords (n = 25).
- (v) Spoken word/picture verification (n = 51 items).

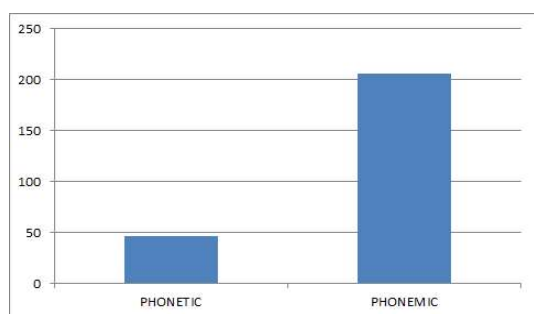
Para esta prueba cada dibujo fue presentado con conceptos semánticamente cercanos (por ejemplo, cake/pie), o cercanos desde el punto de vista fonológico (por ejemplo cake/snake) y con la palabra correcta (cake/cake). Siguiendo con otro grupo de pruebas de la siguiente manera:

- (vi) Written Word/picture verification with semantic and visual foils and correct matches, as described with n = 51 items.
- (vii) Repetition of words (n = 34) and pseudowords (n = 25).
- (viii) Discrimination of spoken words versus pseudowords (lexical decision).
- (ix) Spoken yes/no questions (five syntactically complex, five syntactically simple sentence structures) with no contextual cues to assist comprehension of the questions (e.g. Are lemas red?).
- (x) Description of the *cookie theft* picture from the Boston Diagnostic Aphasia Examination

Las asociaciones encontradas entre afasia y pacientes con infartos en las regiones subcorticales fueron evaluadas encontrando entre estas una importante correlación. Afirma el estudio más adelante: "*Subcortical infarction may cause aphasia or neglect either directly or through disruption of subcortical –cortical circuits, or may simply be temporally associated with cortical*

hypoperfusion that causes aphasia or neglect" (Ibid, pág, 1095). Para el primer análisis, el estudio seleccionó sujetos los cuales habían sufrido lesiones en el área subcortical en la masa blanca y en el tálamo. Como ya se había afirmado, había treinta y cinco (35) pacientes con lesiones exclusivas en el hemisferio izquierdo. En todos estos casos la afectación fue en el córtex izquierdo de la arteria media cerebral (**MCA**). Por otro lado, Ash *et al.* (2010), realizan un estudio de los errores producidos por población afásica con **PNFA**, progressive form of non – fluent aphasia. En el estudio se abordaron dieciséis (16) pacientes, por medio de material narrativo con el uso de dibujos en blanco y negro. Ash y *et al.* diferencian entre el sistema fonético o *phonemics*, entendiendo con este el conjunto o sistema de los fonemas de una lengua. En palabras de éste autor: "*a phoneme is an abstract unit of speech which has psychological salience for the speaker*" (Ash *et al.*, 2010, pág., 2). Y el sistema fonético o *phonetics*, es el estudio de la realización física del sonido en el discurso. En la caracterización de los errores en el discurso, realizada por este autor, se distinguen estos dos niveles: el sistema abstracto de los sonidos en el lenguaje y el nivel concreto de la realización de los sonidos en el discurso. De tal manera que se pueden también distinguir dos tipos de errores: el error fonémico (phonemic error) y el error fonético (phonetic error). Un error fonémico ocurre cuando una persona produce un sonido, el cual está bien

formado, en el sentido de ser un fonema de la lengua, pero no es claramente entendible o anticipable para quien escucha. Por ejemplo: ...*coming out the gar (jar)*, cuando en realidad se quería decir: *coming out the bar*. Los errores fonéticos ocurren cuando el sonido de la pronunciación, por ejemplo de una palabra existe en el lenguaje. Los sujetos utilizados en el estudio de Ash *et al.*, incluían un rango de edad, de entre diez (10) años hasta sesenta y nueve (69) años. Los hallazgos encontrados sugieren que el número de errores es mucho mayor a nivel fonémico que fonético. En la siguiente gráfica (gráfica 1), se observan los errores diferenciados en el estudio de Ash *et al.* (2010). Siendo cuarenta y seis (46) de tipo fonético y doscientos seis (206) de tipo fonémico.



Gráfica 1. Errores de tipo fonético y de tipo fonémico en el estudio de afásicos con PNFA. Tomado de Ash *et al.* (2010).

El estudio demuestra, por tanto, la manera en que las sustituciones como errores más comunes tienen que ver con el sistema fonémico, es decir con la realización física del discurso pronunciado, lo que supone, - como se verá más adelante-, por tanto la

preponderancia del nivel articulatorio en la rehabilitación y la posible importancia de la conversación discursiva en la misma. La **afasia** es entonces, una perturbación del lenguaje debida a un trastorno cerebral orgánico. La característica que se impone es la incapacidad de expresar verbalmente los pensamientos. Al ampliar los tipos de afasia discriminados anteriormente, pueden encontrarse otros dos tipos:

- a. *Afasia Motriz*: consistente en la incapacidad de hablar, aunque la comprensión, -como ya se advirtió-, se conserva.
- b. *Afasia sensorial*: que incluye la incapacidad de comprender el significado de las palabras o la utilidad de los objetos que se usan en la vida cotidiana.
- c. *Afasia nominal*: consistente en la incapacidad de encontrar el nombre correcto de un objeto.
- d. *La afasia sintáctica*: consistente en la incapacidad de disponer las palabras en la secuencia correcta (Freeman Kaplan y Sadock, 1984, pág., 825 – 826).

Como se analizará luego, estas afectaciones generalmente provocan en el individuo alteraciones relacionadas con el discurso y pueden generar problemas de memoria en el largo y corto plazo. Aquellos individuos que presentan capacidades bajas en memoria de trabajo, por ejemplo, tienden a mostrar dificultades con la coherencia del

discurso y la cohesión en la mayoría de los géneros del discurso, ya que es difícil para ellos mantener y relacionar información previa con nueva información (Sánchez y Pérez, 2005, pág. 25).

Por otro lado, en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se hace referencia a una alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas -lectura, escritura o habla-, debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje. Se hace referencia a trastornos que se inician en la infancia, la niñez y la adolescencia, relacionadas con *la Comunicación*⁴—no expresamente la afasia, como entidad clínica—, entre los que figuran: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo - expresivo, trastorno fonológico, -antes llamado de la articulación-, y el tartamudeo. En estas entidades médicas, se mencionan los tipos de afasias como indicadores de los trastornos ya descritos. Los tipos de afasias abordadas en el manual son: la **afasia** adquirida, que se asocia a una enfermedad médica y que es generalmente transitoria, la **afasia de Wernicke** o **Afasia acústico – amnésica del tipo II** y la **Afasia de Broca**.

La segunda, la **Afasia de Wernicke** o **acústico – amnésica**, se produce por una lesión en áreas temporo - parietales (área

de Wernicke). Se caracteriza por un déficit para la comprensión, presentándose en el paciente un habla fluida, pero totalmente desprovista de sentido. Los individuos con este tipo de afasia pueden hablar con oraciones largas (*logorrea*), expresión verbal abundante y continua que hace en muchos casos, difícil interrumpir al paciente (Sánchez Pedraza y Rodríguez, 1998, pág., 99). En el caso de los pacientes con esta *afasia* el discurso no tiene ningún significado y tienden a agregar palabras innecesarias y *neologismos*, creando términos nuevos o empleando la reconsideración de varias palabras que sólo resultan comprensibles para el sujeto debido a su valor simbólico particular (Sánchez Pedraza y Rodríguez, 1998, pág., 100). Como se verá posteriormente en los estudios de la profesora Pietrosemoli (2007), estos pacientes tienden además a cambiar unas palabras por otras, fenómeno conocido como *parafasia*. Esto hace que su habla alguna vez haya sido denominada como "*de ensalada de palabras*". En algunos casos el número de sustituciones puede ser tan grande que hace que el habla sea ininteligible, fenómeno conocido como *jergafasia*.

Por ejemplo, alguien con *afasia de Wernicke* puede decir: "*Usted sabe que el pichicho locucio y que quiero rodearlo y atenderlo como usted desea anteriormente*", pero lo que en realidad quiere decir es: "*el perro necesita ir fuera, así que lo llevaré a dar un paseo*". Las personas con afasia de Wernicke

⁴ Definidos en el manual como *Trastornos de la Comunicación*.

tienen generalmente grandes dificultades para comprender y entender el habla incluyendo la propia. Por lo tanto, no son conscientes de los errores lingüísticos que se cometen al comunicarse, fenómeno conocido como *anosognosia*.

En esta afasia, el grado de alteración de la comprensión lectora es muy variable, pudiendo en algunos casos llegar a utilizarse la lectura como método compensatorio en la rehabilitación. Estos individuos por lo general no presentan ninguna debilidad corporal porque su lesión cerebral no está cerca de las partes del cerebro que controlan los movimientos. La afasia de Wernicke también ha sido denominada como afasia sensorial, afasia receptiva, afasia central, entre otras. Sus características principales, se asocian con un lenguaje expresivo con fluidez normal, en el que puede existir un gran número de palabras por minuto (Ardila, 2006). Se observa en algunos casos también un incremento en el lenguaje por suma de sílabas a las palabras y también de palabras a las frases. La excesiva producción de palabras, que como vimos se denomina *logorrea*, se debe a que se han perdido los límites de la frase, razón por la cual las oraciones no se terminan. No se presenta agramatismo, pero pueden aparecer excesivos elementos gramaticales (*paragramatismo*). La articulación es adecuada, con ausencia de palabras significativas. Por esta razón, es difícil determinar las ideas que el afectado intenta transmitir. Fenómeno conocido como *habla*

vacía. En la siguiente tabla (Tabla 1), podemos encontrar las características básicas de algunos elementos del lenguaje

CARACTERÍSTICA DEL LENGUAJE	DESEMPEÑO
Lenguaje conversacional	Fluente, parafásico
Comprensión del lenguaje	Anormal
Repetición	Anormal
Señalar	Anormal
Denominar	Anormal
Lectura	Cuando es en voz alta relativamente normal a anormal
Comprensión	Relativamente normal a anormal
Escritura	Anormal

100

en esta afasia:

Tabla 1. Características del lenguaje versus desempeño en la Afasia de Wernicke. Construcción propia sobre la clasificación de Ardila (2006).

Otro elemento a destacar en la Afasia de Wernicke es la presencia de parafasias. Éstas se dividen en literales y/o verbales. Como ya se afirmó, también se encuentra presencia de neologismos y de *jergofasia*, debido a la cantidad de sustituciones parafásicas, derivando en una producción incomprensible. En este caso la *jergofasia* es un término descriptivo, más no un síndrome

afásico. Otra característica de este tipo de afasia, tiene que ver con la imposibilidad de la comprensión del lenguaje oral. En algunos casos, el paciente no entiende prácticamente nada y en otros casos se encuentra un nivel bajo de comprensión, sobretodo en palabras y frases simples. El afectado puede llegar a comprender varias palabras, pero si se incrementa el número de palabras aparece lo que se conoce como *fatiga*, consistente en la incapacidad de comprender de manera adicional o de interrumpir la comprensión. Otros sujetos presentan problemas en la interpretación de fonemas, sobre todo de aquellos que son acústicamente más parecidos, fallando por lo tanto, en tareas de comprensión.

En cuanto a la calidad de la ejecución, se ha encontrado que esta puede variar dependiendo del paciente. Sin embargo la mayoría de los afectados logra ejecutar órdenes sobre el seguimiento a movimientos corporales. En cuanto a la repetición, se encuentra afectada en relación con su nivel de comprensión. Es decir, los pacientes que entienden poco repiten poco, mejorando su nivel de repetición con la comprensión. Cuando se les ordena que nombren objetos, en la mayoría de casos fracasan. La lectura se afecta de manera proporcional a la comprensión del lenguaje oral. Si hay una relativa mejor comprensión en la audición, se considera que las lesiones se sitúan en la zona posterior del área, sin afectar la corteza auditiva primaria. Si se evidencia una relativa mejor comprensión

en el lenguaje escrito, se considera que las lesiones se presentan en una zona anterior del área. En cuanto a la escritura, esta es fluida, sin embargo las letras suelen estar combinadas en una forma no significativa, siendo las palabras correctas más bien escasas.

Se pueden distinguir dos clases de afasia de Wernicke, la que se podría denominar Afasia de Wernicke Tipo I y la Afasia de Wernicke Tipo II. La primera es también denominada síndrome insular posterior - istmo temporal. Luria (1966, 1977, 1980), la denominó afasia acústico – agnosica. Por su parte Kleist (1934) y Gazzaniga *et al* (1973), la denominaron sordera a las palabras y Vignolo (1969), la denominó agnosia verbal auditiva. El afectado presenta incapacidad para identificar los sonidos del lenguaje, sin afectación de la audición, no se comprende el lenguaje oral, ya que no se discriminan los componentes significativos o fonemas. El afectado puede leer en voz alta y la comprensión lectora se conserva, facilitando la comunicación escrita más que la oral. La escritura espontanea es normal, sin embargo en los dictados se evidencia incapacidad para comprender y discriminar su contenido. No se evidencia buena repetición. La Afasia de Wernicke Tipo II, conocida también como síndrome de la circunvolución temporal superior y media, ha sido también conocida por otros autores como afasia impresiva, por ejemplo Pick (1913), Weisenburg y Mc Bride (1935), la denominan afasia receptiva; Goldstein (1948)

normal, capacidad de denominar afectada o anormal. En cuanto a la lectura en voz alta, ésta es anormal, la comprensión es relativamente normal y la escritura anormal.

Para Ardila (2006):

La afasia de Broca se caracteriza por un lenguaje expresivo no fluido, pobremente articulado, compuesto por expresiones cortas y agramaticales y producidas con gran esfuerzo. El lenguaje expresivo está compuesto básicamente por sustantivos, con una marcada deficiencia o ausencia de estructura sintáctica y agramatismo. El defecto en la articulación ha sido denominado de diversas maneras (apraxia del habla, desintegración fonémica, etc.) (Ardila, 2006, pág., 61).

Dentro de los errores más comunes, se encuentran los errores verbales articulatorios. Por ejemplo: para decir tres, se dirá tes, lo que se denomina simplificación silábica. Para decir tela se dirá lela, lo que se conoce como anticipación; para decir peso un paciente podría decir pepo, lo que se conoce como perseveración. Se puede generar sustitución de fonemas fricativos por oclusivos: fila – pila, seda – teda o Jairo – kairo. Hay además presencia de agramatismo, como cuando se dice: *perro jardín* en lugar de *los perros están en el jardín*.

Existe aún desacuerdo sobre la ubicación exacta o la topología de las lesiones responsables de la afasia de Broca. Se

considera que lesiones que se limitan al área de Broca no son suficientes para producir la afectación. En el caso de este tipo de lesiones, generalmente sólo se observan leves defectos en la articulación, como lo que podría denominarse un *acento extranjero*, acompañado de una reducción en la capacidad para hallar palabras. Esta forma restringida de afasia de Broca podría denominarse como *afasia de Broca tipo I* (o *afasia de Broca menor*, o *afasia del área de Broca*). El síndrome completo de la afasia de Broca sólo puede extenderse si el daño afecta a la opercular, la circunvolución *precentral*, la *ínsula anterior*, y la *sustancia blanca paraventricular y periventricular*. Esta forma extensa o completa podría denominarse como *afasia de Broca extendida* o *afasia de Broca tipo II*. La afectación del lenguaje en ambas afasias, como se verá, tendrá influencia fuerte en la memoria de corto y largo plazo.

Memoria y lenguaje

El análisis sistemático de los diferentes tipos de discurso provee una fuente rica de material para examinar algunas de las relaciones complejas que existen entre la memoria y el lenguaje (Sánchez y Pérez, 2005, pág., 21). El estudio de la afasia de Wernicke tipo II o *afasia acústico-amnésica*, la cual se caracteriza por la alteración del eslabón de la memoria verbal operativa, en la parte expresiva se caracteriza por la alteración del lenguaje espontáneo, repetitivo, y la denominación de objetos;

lingüísticamente se altera el discurso narrativo y la conversación por falta de productividad pragmática, coherencia, complejidad y cohesión. En esta afasia, el análisis del discurso provee una fuente rica de material para el análisis de las relaciones complejas que se dan entre la memoria y el lenguaje, por ejemplo, la memoria verbal operativa. Luria (1986), propuso que este tipo de afasia es el resultado de la alteración de la *memoria verbal operativa*, que se relaciona principalmente con dificultades para:

- a. La comprensión del lenguaje oral.
- b. La alteración de subtextos y alegorías, por ausencia o enajenación del significado y del sentido de las palabras.
- c. Dificultades en la parte expresiva por presentar *parafrasias* verbales.
- d. Alteraciones del lenguaje repetitivo y de la denominación de los objetos.

Sin embargo, la lectura y la escritura se mantienen prácticamente intactas. Reconociendo, además, que la base fisiológica de la memoria puede tener influencia de elementos de tipo específico e inespecífico. Estos pueden definirse de la siguiente manera:

- (i) Inespecíficos: se destacan por la importancia de las formaciones que conectan los sectores internos de la zona temporal

(hipocampo), el hipotálamo y los núcleos talámicos (circuito de Papez), que son fundamentales en la impresión y reproducción de las huellas de estímulos inmediatos.

- (ii) Específicas: estas son garantizadas por las zonas posteriores, gnósicas de la corteza cerebral. Entre ellos están los sectores modal - específicos de la corteza occipital (visual), temporal auditiva, y parietal (táctil - cinestésica)⁶.

Por su parte Tsvetkova (1972, 1988), sostiene que la base de este tipo de *afasia*, se relaciona con tres tipos de mecanismos diferentes. Uno de ellos se relaciona con la alteración de la memoria operativa, el otro con la alteración, -principalmente la disminución-, de volumen de la llamada *percepción acústico* y finalmente de un tercer mecanismo que altera la representación de las *imágenes objetales*. De igual manera, se observa en este tipo de *afasia* una ausencia o enajenación del sentido de las palabras, debido a la

⁶ Schacter (1987), dice que el léxico cognitivo, en la medida que es una abstracción lingüísticamente monitoreada por estructuras y funciones de conocimiento, proporciona las relaciones conceptuales que definen parte de la coherencia semántica del discurso. Ver: Schacter D. "*Implicit memory: History and current status*". Ed. Psychology. N°13. Págs. 501 – 518.

incomprensión del sentido oculto del texto, además de una alteración de la denominación de los objetos, presencia de parafasias⁷ verbales y otras alteraciones del lenguaje.

El otro tipo de afasia reconocido en población adulta la *Afasia de Broca*, que como ya se ha visto, puede interpretarse como la incapacidad que tienen los individuos para transmitir ideas de lenguaje en cualquiera de sus formas -lectura, escritura, impresa y hablada-, se produce por lesión de la circunvolución frontal inferior (*área de Broca*) izquierda y áreas adyacentes. Se caracteriza por la casi imposibilidad para articular y el empleo de frases cortas (*habla telegráfica*), que son producidas con gran esfuerzo y *aprosodia*, es decir, con la desaparición absoluta de los elementos melódicos y rítmicos del lenguaje (Sánchez y Rodríguez, 1998, pág., 96). La afasia de Broca, por lo tanto, se caracteriza

por ser una afasia no fluida (o *de tartamudeo*), afectando la fluidez y la organización temporal normales del habla, caracterizándose por la ocurrencia frecuente de uno o más de los siguientes fenómenos:

- a. Repeticiones de sonidos y sílabas.
- b. Prolongaciones de sonidos.
- c. Interjecciones.
- d. Palabras fragmentadas (por ejemplo, pausas dentro de una palabra).
- e. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla).
- f. Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas).
- g. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
- h. Repeticiones de palabras monosilábicas (por ejemplo: yo-yo-yo le veo).

Un paciente con *afasia* de Broca puede decir, "*caminar perro*", pero en realidad está tratando de decir que sacará al perro de paseo. La misma oración también podría significar: "*¿usted saca al perro a caminar?*", o "*el perro salió caminando al patio*", dependiendo de las circunstancias. También suelen estar alteradas la lectura (*alexia*) y la escritura (*agrafia*). En esta afasia, la comprensión es mejor que la expresión, aunque ésta puede estar alterada en distintos grados. Debido a ello, los sujetos pueden ser conscientes de sus dificultades y pueden sufrir paralelamente trastornos en su estado de ánimo, debido a sus problemas de lenguaje. Según Freeman *et al.* (1984), eventualmente con ayuda de

⁷ Ardila (1985), divide las parafasias en: *literales* y *verbales*. Las literales se dividen a su vez en fonológicas y articulatorias. Las fonológicas hacen referencia a la pérdida de la marca o acento y a la cercanía acústica o de sonido. Las articulatorias a la forma de la articulación y el punto de articulación. En cuanto a las verbales, distingue entre las semánticas y las morfológicas. En las semánticas se encuentra un mayor nivel de generalidad, se mantiene un mismo campo semántico, hay pérdida del sistema jerárquico y la presencia de circunloquios. En cuanto a las morfológicas se encuentra la conservación del morfema gramatical, pérdida del morfema lexical y la presencia de unidades mayores (sintagmas, frases). Afirma que cuando una palabra está tan transformada con respecto a la palabra original, de tal manera que ésta se hace irreconocible se habla de un *neologismo afásico*. Ver: Ardila (1985). Neuropsicología y Psiquiatría. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XIV. N° 3. Págs. 361 – 373.

terapia adecuada, un cierto número de estos pacientes aprenden a utilizar palabras siempre y cuando exista un *output* verbal. Cuando se produce a muy temprana edad y debido a lo primitivo de la construcción de las frases, se generan trastornos del aprendizaje que dan lugar, por lo tanto, a un retraso grave en la adquisición del lenguaje verbal y no verbal.

En el estudio realizado por Bastiaanse y Van Zooneveld (2005), se reconoce la notoria dificultad que tienen los pacientes con este tipo de afasia en la producción de verbos y por lo tanto de la lógica de las acciones en la frase normal. En este sentido, las afasias afectan de modo significativo la emisión de discurso y tienen una relación importante con la memoria. El objetivo básico del presente artículo, es la revisión del uso del *análisis del discurso*⁸ en poblaciones especiales, principalmente en afásicos. El discurso, como ya se dijo, implica o requiere recursos de la memoria de trabajo (MT), al mismo tiempo que se apoya en el recuerdo de información de la memoria a largo plazo (MLP). El análisis del material discursivo, puede arrojar luces sobre la relación entre ésta afectación y la memoria, el tipo de memoria denominado por Luria (1986),

verbal operativa, que afecta directamente al lenguaje.

Análisis del Discurso y Afasia

Pardo (2002), aborda el concepto de discurso, introduciendo las denominadas *teorías cognitivas del discurso*, que se caracterizan por centrar su reflexión en torno al conjunto de operaciones y procesos que se dan en un acto de lenguaje. En este sentido esta perspectiva es posible de abordar desde dos posiciones; la mentalista y la sociocultural. La primera busca dar cuenta de la relación que existe entre estructuras mentales y estructuras lingüísticas tratando de desentrañar el llamado *proceso cognitivo* de la información sobre el mundo social, explicando los mecanismos de producción y de comprensión discursiva haciendo uso de esquemas de conocimiento y de acción que ponen en evidencia la lógica de la organización de lo expresado discursivamente (por ejemplo con el uso de conectores). Sperber y Wilson (1994), han realizado estudios en los que se busca dar cuenta de los procesos inferenciales dentro del acto lingüístico, desarrollando la capacidad humana para identificar metáforas, metonimias, expresiones interpretativas, etc. Otro de los estudios observados es el realizado por Cifuentes (1998), quien introduce el concepto de *corpora*, como el conjunto de los actos discursivos en los que se encuentran las categorías discursivas que se pretende analizar, ya sean marcadores léxicos o

⁸ El discurso consiste en una serie de constituyentes del lenguaje que se combinan en varias maneras para formar un número de unidades significativas diversas. Ver: Atkinson RC, Shiffrin RM. "*Human Memory: A proposed system and its control process*". In: Bower GH (ed). *The Psychology of learning and motivation*, New York. Academic Press. 1968.

gramaticales, recursos retóricos o demás fenómenos lingüísticos, a partir de los cuales se producen reglas de producción y de comprensión discursiva.

Esta idea de discurso, puede ayudarnos a entender como en las afasias referenciadas, éste sufre transformaciones que generan, por lo tanto, una necesidad de analizar la producción discursiva en otros términos. Si bien, las afectaciones en las áreas del lenguaje son cruciales en la producción discursiva de los afásicos, puede afirmarse que se produce discurso con matices que se analizarán luego de manera más compleja.

El análisis del discurso entonces, puede operar en un sentido tanto *crítico* como *metodológico*. En su aspecto crítico, puede observar las relaciones entre poder y discurso y en su aspecto metodológico, puede permitir un acercamiento a los problemas que se presentan en el *acto de habla*. La perspectiva adoptada en el estudio del discurso por la llamada *Escuela Conversacional Norteamericana*, que hace parte del conjunto de corrientes de análisis del discurso, que no se centran sólo en los aspectos puramente lingüísticos y que tiene sus inicios en los trabajos de Sacks y en los trabajos publicados por Schegloff (1968), parten de considerar la importancia que tiene la Antropología, la Sociología y la llamada *etnografía del habla* en la producción discursiva. Autores como Sacks, Schegloff y Jefferson (1974), Bennet (1981); Rosenstein y McLaughlin (1983), hacen

especial énfasis en las interrupciones en la conversación que dividen en: *solapamientos, interrupciones forzadas e intentos de interrupciones* y categorizan las llamadas unidades básicas de la conversación (pares adyacentes que se analizarán más adelante), dividiéndolas de la siguiente manera: *ofrecimiento, pregunta-respuesta, agradecimiento-agradecimiento, cierre-cierre, percepción-aceptación o rechazo, llamada (saludo)-respuesta, disculpa-aceptación o rechazo, insulto-respuesta, desafío-respuesta, acusación-negación o confesión, aserción-acuerdo o desacuerdo, jactancia-aprobación o ridiculización y cumplido-aceptación o rechazo*. Estos pares adyacentes, se constituyen en una herramienta interesante para el análisis del discurso, a pesar de su carácter restrictivo, como estrategia para la conversación con afásicos (Cortes, 2001, págs. 97 – 99).

Según Sánchez y Pérez, el discurso se encuentra influenciado por factores como: el léxico mental de cada individuo, la eficacia con la que la información sintáctica puede ser almacenada, la naturaleza y el acceso del conocimiento propio semántico y episódico; las limitaciones de la capacidad de la memoria de trabajo⁹. La profesora

⁹ En el trabajo de Sánchez y Pérez (2005), se hipotetiza que el lenguaje producido por el individuo con afasia acústico-amnésica tiende a ser similar a las ejecuciones de sujetos sin amnesia en términos de productividad y complejidad. Ver: Sánchez, N y Pérez, M. "Afasia acústico-amnésica: Alteración de la memoria en la producción del discurso y su rehabilitación. Presentación de caso". En: Plasticidad y restauración

Pietrosemoli (2007), comparte la definición de los manuales, al considerar a las **afasias** como alteraciones de la capacidad lingüística considerada normal y que es característica del hablante sano, término que designa al hablante que tiene: *"la capacidad... para producir habla bien estructurada desde el punto de vista de la señal lingüística y que esta apropiadamente relacionada con el contexto en el que se produce"*. (Pietrosemoli, 2007, pág., 305). Su análisis se inicia involucrando como metodología, el estudio de los *turnos conversacionales*, realizando algunas recomendaciones, -desde el punto de vista metodológico-, para el abordaje conceptual de estudios en el área. Parte básicamente de los trabajos de Schiffrin (1990) y Schiffrin *et al* (2001), quien y quienes consideran como principales características del análisis del discurso los siguientes elementos:

- a. La lengua se produce siempre en un contexto, posteriormente se verá como este influye en el habla del afásico, ya que el habla regional no se pierde.
- b. La lengua es sensible al contexto, como se evidencia en el ejemplo del afásico que utiliza la frase *"caminar perro"*.
- c. La lengua es siempre comunicativa y

- d. La lengua está **diseñada** para la comunicación.

En este orden de ideas, el discurso conforma estructuras que transportan significados que logran acciones concentrándose en el **texto** como unidad de sentido. Pietrosemoli (2007), considera que el **texto** es la unidad de coherencia y cohesión que alcanza un nivel estructural, como objeto de análisis, ya que es mucho más amplio y complejo que la oración. Por lo tanto, de acuerdo a la estructura y la intencionalidad se puede hablar de textos expositivos, descriptivos, literarios, etc. y de acuerdo a la modalidad, se puede hablar de textos orales, escritos o mixtos, como los textos orales/escritos de un *chat*. En especial, lo que genera un interés básico en el análisis de poblaciones especiales es la aplicación de la rama de la lingüística que se denomina el **análisis conversacional**. Para Schegloff (2007), Fox *et al.* (1996) y Levinson (1992), la conversación es el ejemplo prototípico de manifestación del lenguaje, la forma más frecuente de exposición de las lenguas y la matriz de adquisición del lenguaje humano.

El análisis de la conversación ha demostrado que existe un mecanismo, una estructura y una génesis significativa de esta matriz de lenguaje y que ésta en términos de su estructura puede analizarse mediante los llamados turnos conversacionales. Para Pietrosemoli (2007), conversación hace referencia a: *"todo intercambio lingüístico que se establece entre dos o más hablantes"*

de una misma lengua con propósitos comunicativos y de una manera que se desprende naturalmente de las circunstancias que rodean ese intercambio". (Ibid, pág., 307). De esta manera, el turno conversacional hace referencia a las intervenciones individuales de cada participante. Con el apaciente afásico, principalmente con el paciente afectado por la Afasia de Broca, la autora reconoce la importancia de establecer una eficiente prontitud y adecuación, para mantener la estructura de la conversación, pese a los problemas en la articulación de algunas palabras, es decir, el sostenimiento de la conversación.

El discurso tiene como estructura la memoria de trabajo, el recuerdo, la memoria a largo plazo, el léxico mental individual, el almacenamiento de información sintáctico, el conocimiento semántico, el conocimiento episódico, el procesamiento y almacenamiento temporal, que han sido elementos importantes en los aportes teóricos y en la rehabilitación de la Escuela soviética. Estos elementos, tienen una relación estrecha con el discurso, ya que hacen referencia principalmente a la producción silábica, fraseal y finalmente discursiva, sin importar si se produce una pobre cantidad de palabras. La primera estrategia, entonces, debería tener en cuenta los turnos conversacionales. Es relevante reconocer la sincronía de la persona **afásica** para responder a los turnos conversacionales, que no se dan, sin

embargo, en todos los casos de afasia, sino también en otros trastornos como la enfermedad de Alzheimer, la depresión y la esquizofrenia, criterio básico para proponer por ejemplo estrategias conversacionales para la mejora de los pacientes. A partir de este ejemplo, la profesora Pietrosemoli (2007), propone como elementos para la investigación, en lo respectivo a este tema, los siguientes campos:

- a. Sincronía en la toma de turnos.
- b. Duración de los turnos.
- c. Duración de las pausas entre turnos de diferentes interlocutores.
- d. Duración de las pausas dentro del turno de diferentes interlocutores.
- e. Disposición hacia la concesión del turno al interlocutor.
- f. Disposición hacia la iniciación de la conversación.
- g. Variaciones de velocidad al comienzo, dentro o al final de los turnos.
- h. Tendencia al encabalgamiento de turnos por parte de algún interlocutor.
- i. Adecuación de pistas lingüísticas y no lingüísticas en la toma o concesión de turnos.

Otra estrategia de estudio que propone la profesora Pietrosemoli (2007), son los pares adyacentes. Esta categoría de análisis, se puede exponer a partir de algunos ejemplos de afásicos, que se relacionan con

el uso de los pares¹⁰ en el análisis conversacional. El análisis conversacional a partir de los pares adyacentes proporciona elementos importantes con respecto a la organización de los mismos en la estructura. Por ejemplo, los afásicos con afasia de Wernicke, tienden a tener problemas en la comprensión y en la organización de los pares adyacentes. En términos generales, los pares adyacentes invitan a la conversación y ponen en juego un tramado de respuestas coherentes. Sin embargo, se evidencia en la

¹⁰ Para Pietrosemoli, la característica fundamental del *par adyacente* es que ésta unidad de análisis constituye un lugar obligante (espacio de habla), para el otro en condiciones naturales (Pietrosemoli 2007, pág. 309). Para Schegloff (2007), las principales características de los pares adyacentes son las siguientes: (i) son compuestos por dos turnos; (ii) por diferentes hablantes; (iii) hay un lugar adyacente, es decir uno después del otro; (iv) los turnos son relativamente ordenados. A su vez, estos se dividen en: *first pair parts* y *second pair parts*. Los primeros hacen referencia a tipos en los cuales aparece una pregunta, oferta, invitación, anuncio o requerimiento, los cuales inician algún intercambio conversacional. Los segundos son del tipo de respuesta, agradecimiento, recepción, declinación, de acuerdo o desacuerdo, etc. Tipos que son respuesta a los primeros. Los pares adyacentes, son entonces compuestos por tipos como: greeting – greeting, question – answer, offer – accept/decline. Consideremos por ejemplo, que la primera parte adyacente es Hola, o ¿Tú sabes qué hora es?, o ¿Te gustaría tomar una taza de café? y las segundas partes de los pares adyacentes fuesen en su orden: buenos días, cuatro de la tarde o no gracias. En términos de Schegloff (2007): "*the pair types which they can partially compose: greeting–greeting ("Hello," "Hi"), question–answer ("Do you know what time it is?", "Four o'clock"), offer–accept/decline ("Would you like a cup of coffee?", "No, thanks," if it is declined). The basic practice or rule of operation, then, by which the minimal form of the adjacency pair is produced is: given the recognizable production of a first pair part, on its first possible completion its speaker should stop, a next speaker should start (often someone selected as next speaker by the FPP), and should produce a second pair part of the same pair type.* (Schegloff, 2007, págs., 13 – 14).

afasia en general, discordancia que desde lo lingüístico, puede ser estudiada desde los siguientes criterios y que pueden constituirse en campos futuros de investigación:

- a. ¿Existe una concordancia entre los pares adyacentes observados en fragmentos de conversación?
- b. Si no es así, ¿Cómo se manifiesta esta falta de concordancia?
- c. ¿Se pueden establecer tipologías para estas discordancias?. Por ejemplo, se puede afirmar que existe una diferencia marcada entre aquellos pares adyacentes que implican una relación social, por ejemplo saludos, disculpas, aceptación o los que se remiten básicamente a obtener información?
- d. ¿Es frecuente que la persona que padece el problema en la articulación, sea quien inicie el turno conversacional y la primera parte del par adyacente?.

Otro eje importante de análisis, son las *reparaciones*, que se comienzan a analizar, a partir de los planteamientos de Jefferson y Schegloff (1974). Para Fox *et al* (1996), la reparación es: "*el proceso por el cual los hablantes corrigen errores presentes en el habla previa más inmediata*". (Fox, 1996, Pág., 311). Con respecto a las reparaciones, se realizan las siguientes distinciones. En primer lugar, se analizan las reparaciones

denominadas auto - iniciadas que son producidas por el hablante causante del error, en contraposición a hetero - iniciadas, es decir, iniciadas por el interlocutor que percibe el error. La segunda distinción, hace referencia a la auto - reparación, que ocurre cuando el error es realmente enmendado por el hablante que lo ha causado o hetero - reparación, cuando es llevada a cabo por el interlocutor. El planteamiento de Schegloff *et al.* (1974), consiste en considerar que el hablante sano establece una preferencia por la auto - reparación sobre la hetero - reparación y de la auto - iniciación sobre la hetero - iniciación. Se puede presentar también, un fenómeno conocido como *desconocimiento del error*, característico también de varias conversaciones en las que participan los afásicos con personas sanas. A partir de estos elementos se evidencian los siguientes puntos de análisis:

- a. ¿Se observan las preferencias presentes en la normalidad de selección de la auto reparación y la auto iniciación?
- b. ¿En los casos en los que se observa abundancia de errores auto reparados, se observa algún patrón en la selección de los que finalmente son reparados?
- c. ¿En los casos en que el interlocutor sano inicie la reparación, puede el interlocutor reconocer la fuente de error y finalmente repararla?
- d. ¿Se pueden clasificar los elementos "reparados" de forma que se pueda

hacer un diagnóstico de las principales dificultades del hablante: fonológicas, sintácticas, morfológicas, semánticas, etc?

- e. ¿Hay uso de mecanismos no lingüísticos (gestualidad, por ejemplo), que ayuden o refuercen el proceso de reparación por parte del hablante con dificultades?

Otro elemento importante de análisis, son los marcadores discursivos. Al introducir el concepto de *marcador discursivo*, definidos por Schiffrin, (1987, 1991), como elementos que establecen una secuencia en la comunicación o como elementos mínimos del habla, cuyo papel es el de estructurar el discurso y la interacción, se hace referencia al uso de la lengua y de los conectores para propiciar la conversación. Se puede utilizar por ejemplo el conector *y*, que sirve como organizador de la secuencia conversacional. En muchos casos estos marcadores permiten el paso de una estructura *ideacional*, es decir de la unión o conexión de elementos dentro de la secuencia conversacional a una estructura que negocia una interacción. Se puede afirmar, en términos generales que el marcador discursivo *y*, tiene la posibilidad de generar coherencia y ofrece la eventualidad al afásico, de lograr articular de manera sincrónica la estructura de la conversación. Podemos observar en términos generales los siguientes elementos para el estudio:

- a. ¿Cuál es la distribución de los marcadores discursivos en una determinada población especial, en relación con una población sana equivalente?
- b. ¿Cómo podemos interpretar la predominancia de un tipo de marcadores sobre otro?. Por ejemplo, la predominancia de marcadores de *verificación*, tales como ¿no?, ¿ve/ves?, ¿verdad?.
- c. ¿Cómo se relacionan los marcadores de *manejo de información* con las reparaciones. Por ejemplo *ah*.
- d. ¿Se pueden sacar conclusiones sobre la correlación que existen entre el uso de un *marcador discursivo* y determinada enfermedad, trastorno o disfunción?
- e. ¿Se puede observar en los afásicos, el uso de *marcadores discursivos* de por ejemplo: acuerdo/desacuerdo, de respuesta, de reparación y de causa resultado entre otros?

Otro de los elementos en los que se insiste es en la llamada entrevista sociolingüística. En cuanto a los aspectos metodológicos, se deben realizar una serie de recomendaciones para la recolección de datos. Se parte de la entrevista sociolingüística de Labov (1972). En ésta el investigador debe asumir el rol de coordinador de la conversación tratando de controlar variables como edad, genero,

extracción social, etc. Otra estrategia de recolección de datos puede hacerse por intermedio del grupo familiar de la persona.

Se debe analizar con precaución el tópico a trabajar durante la conversación. En este contexto Pietrosevoli (2007), escoge la conversación acerca de las prácticas religiosas, y propone la elaboración de un *script* o guion que oriente la conversación y permita establecer comparaciones posteriores. Hacer partícipes a varios hablantes, reduce la interferencia del entrevistador o encuestador y la solución conversacional puede enriquecerse utilizando pruebas como las que se usan para la evaluación de las afasias (prueba Token y Boston)¹¹. Otro elemento importante que aparece en los estudios de Pietrosevoli (2007), consiste en indicar dentro de la conversación las particularidades del habla regional, que pueden influir en la apreciación de los textos en los turnos conversacionales. Por ejemplo,

¹¹ El Test Token consta de 20 *tokens* o fichas de cinco colores (rojo, azul, verde, amarillo, blanco), de dos formas (círculos, cuadrados) y de dos tamaños (grandes, chicos), que son manejados por el sujeto según las órdenes verbales del examinador. El examinador va dando instrucciones utilizando cada vez una mayor cantidad de palabras. La aplicación se complejiza cuando el examinado avanza en la respuesta. El total de instrucciones es de 62. (Lezak, 1983). El Test Boston tiene como objetivos diagnosticar la presencia/ausencia de un cuadro afásico, mediante el uso de 16 laminas, en cinco fases: habla de conversación y exposición, comprensión auditiva, expresión oral, comprensión del lenguaje escrito y escritura. Ver: Moreno, J. y García Baamonde, M. "Guía de Recursos para la Evaluación del Lenguaje". Madrid. CCS. 2003

muchas situaciones gramaticales tanto de escritura como de habla, tienen que ver no específicamente con el trastorno, sino que son originados por las variantes del habla determinados por el contexto social y que el investigador no debe analizar en términos de *errores*, ya que es difícil establecer un *standard* del habla, visto éste como una forma única y adecuada de hablar y emitir, lo que genera comodidad para el investigador pero se aleja de la realidad de los hablantes. En la transcripción de datos, se hace énfasis en el uso de signos para la transcripción de las conversaciones, a partir de las propuestas de Levinson (1992). Estas son:

- a. Para el uso de volumen alto: transcribir con mayúsculas.
- b. Para una sílaba prolongada, utilizar dos puntos (:).
- c. Para un contorno de entonación ascendente que no necesariamente sea una pregunta (¿). Se utiliza el signo de pregunta.
- d. Para una entonación continuada, se utiliza un punto (.
- e. Cuando a parecen emisiones enganchadas sin pausa, se usan dos iguales = =.
- f. Cuando hay pausa de medio segundo cronometrado se usa tres puntos (...).
- g. Cuando la palabra es inteligible se pone el número de sílabas (2, 3, 4, etc).

- h. Cuando hay un acento enfático, se ponen itálicas.
- i. Negrillas para remarcar la palabra que se desea enfatizar o discutir.
- j.

La propuesta desde el análisis del discurso, impone por lo tanto, un abordaje multidisciplinar. La diversidad de los trastornos que acompañan a las afasias, necesitan en concepto de Villodre y Morant (2007), un abordaje que permita un tratamiento integral y personalizado. Los afectados con las afasias necesitan atención desde el punto de vista neurológico, neuropsicológico, logopédico, fisioterapéutico, psicológico, social y lingüístico. Sobre todo en los momentos posteriores al daño cerebral. Villodre y Morant (2007), consideran que se pueden distinguir dos tipos de estadios diferentes en el periodo de recuperación:

- a. En una primera etapa denominada *recuperación temprana*, se deben tener en cuenta el conjunto de los procesos neurofisiológicos que afectan al paciente, como por ejemplo la reducción en el edema y la desaparición de las hemorragias.
- b. Una segunda etapa denominada *recuperación tardía*, en la cual se debe apuntar a dos factores claves: el reaprendizaje del lenguaje y lo que podría denominarse como *la reorganización del lenguaje en las áreas cerebrales* (Kertesz, 1988).

Se ha demostrado que después de un periodo máximo de 2-3 años, la afectación observada en el paciente que ha sufrido un daño cerebral, se consideraba como irreversible. Otras posiciones consideran que los cambios presentados en un individuo con una patología cerebral, pueden generarse luego de muchos años de aparición de la condición inicial. Esto indica que la recuperación puede llevar muchos años.

Estudios llevados a cabo por Leger (2002), apoyan la tesis comprobada a través de imágenes funcionales cerebrales de que existe una participación de áreas derechas en la recuperación. Luria (1973, 1980), por ejemplo ha sostenido la importancia de la reorganización funcional, entendiendo ésta como el desarrollo de estrategias que compensan y sustituyen los defectos derivados del daño cerebral, como mecanismo de recuperación. Y como sostienen el mismo Luria (1966) y Tsvetkova (1973), las funciones que no han sido alteradas se pueden utilizar para compensar las afectadas. Además, los tratamientos deben apuntar a disminuir los efectos en tres esferas fundamentales: la psicológica, la emocional y social. Horner *et al.* (1994), sostienen que existen tres teorías que dan base a las intervenciones terapéuticas en las afasias:

- a. *Tratamiento de estimulación por facilitación.* Este se sustenta en la teoría conductual de estímulo-

respuesta. Autores como Helm - Estabrooks y Albert (1991) han hecho énfasis en métodos llamados de facilitación por intermedio de la estimulación. Por ejemplo la terapia de acción visual para la afasia global TAV, terapia de control de producciones involuntarias (estereotipias) y la terapia de entonación melódica, especialmente para tratar la afasia de Broca conocida como TEM.

- b. *Tratamiento neuropsicológico cognitivo o psicolingüístico.* Este grupo de terapias buscan que el paciente por intermedio del uso de las funciones que permanecen intactas reorganice funciones y
- c. *Tratamiento de comunicación funcional.* Este se fundamenta en la comunicación sin tener en cuenta el contenido lingüístico. Se privilegia por lo tanto, la competencia comunicativa, estimulando los aspectos pragmáticos del lenguaje.

Podría pensarse que el análisis del discurso, puede apoyar un tipo de tratamiento mejorando los aspectos funcionales de la comunicación y en especial, en lo que tiene que ver con la interacción paciente sano – afásico, mejorando, como lo define el tratamiento, su competencia comunicativa y la praxis en el lenguaje empleado.

Comentarios finales

Los estudios del análisis del discurso con poblaciones especiales, principalmente con afásicos, abren un nuevo campo de investigación en el que se pueden articular de manera sincrónica disciplinas como la lingüística, la psicología, la terapia del lenguaje, y la medicina, entre otras, en la búsqueda de posibilidades de recuperación para pacientes que padecen estas deficiencias y que desde el *análisis del discurso*, pueden encontrar estrategias como el diseño o estudio de los turnos conversacionales, las reparaciones y los marcadores discursivos, cuya función es constituirse en elementos para el abordaje metodológico de poblaciones que no son consideradas *hablantes sanos*, en puntos de apoyo para la rehabilitación de pacientes afásicos. En términos generales, los aportes del texto se remiten a las preguntas planteadas en cada una de las partes y que se abren como nuevo campo de acción en los estudios del análisis del discurso y ponen de manifiesto, la obligada referencia al manejo de estas afectaciones por parte de grupos de trabajo interdisciplinar, tal y como lo proponen Villodre y Morant (2007). Si bien es cierto, en algunos casos se desestima la incidencia de los aspectos sociolingüísticos en afectaciones que como la afasia, tienen un origen puramente fisiológico, es importante reconocer, que en la conversación, al hacer aparecer a dos o más hablantes en un espacio privilegiado para la comunicación, -independientemente

de si consideramos a un hablante sano y a uno con afectaciones., se pueden generar estrategias que permitan rehabilitar o por lo menos sugerir, al análisis del discurso como elemento para una recuperación parcial o por lo menos, la contribución del mismo en los tratamientos de rehabilitación de los afásicos. En palabras de Pietrosevoli (1997):

"Nuestro énfasis en poblaciones especiales es no sólo el resultado de la experiencia adquirida a través de los años, sino una invitación abierta a los profesionales que quieran, a través de la lingüística, ayudar en el proceso de rehabilitación de aquellas personas que por diferentes circunstancias hayan perdido, o disminuido de alguna manera sus habilidades naturales para comunicarse a través del lenguaje". (Pietrosevoli, 2007, págs. 318 -319).

Referencias

- Ardila, A. (2006). *El Libro de las Afasias*. Department of Communication Sciences and Disorders Florida International University Miami, Florida, EE.UU.
- Ardila, A. (1985). "Neuropsicología y Psiquiatría". En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol XIV. N° 3. Págs. 361 – 373.
- Ash, S et al. (2010). "Speech errors in progressive non-fluent aphasia". *Brain and Language*. Vol. 30.

- Atkinson R, Shiffrin R. (1968). "Human Memory: A proposed system and its control process". In: Bower, G. (Ed). *The Psychology of learning and motivation*, New York. Academic Press.
- Bastiaanse, R y Van Zonneveld, R. (2005). "Sentence production with verbs of alternating transitivity in agrammatic Broca's aphasia". *Journal of eurolinguistics* 18. Pags 57 – 66.
- Benson, D.F., y Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press.
- Cifuentes, J. (1998). *"Estudios de Lingüística cognitiva I y II"*. Alicante. Universidad de Alicante.
- Cortes y Camacho, (2003). *"El discurso en algunas corrientes de análisis"*. Ed. Octaedro. EUB.
- DSM IV. Versión electrónica. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. American Psychiatric Association.
- Fox, B, Hayashi, M y Jaspersen, R. (1996). Resources and repair: a cross-linguistic study of syntaxan repair". En: Ochs, E A, Schegloff y Thompson, S (Eds) *Interaction and Grammar*. Cambridge University Press. Pags 185 – 237.
- Freeman, Kaplan y Sadock (1984). *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat. Barcelona. Pags 667 – 668.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1996). *"Evaluación de la afasia y de trastornos relacionado"* (2ª Ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Helm-Estabrooks, N., Bayles, K., Ramage, A., & Bryant, S. (1995). Relationship between cognitive performance and aphasia severity, age and education: females versus males. *Brain and Language*, 51. Pags 139 - 141.
- Hills, A, Wityk, R, Barker, P, Beauchamp, J, Gaillood, P, Murphy, K, Cooper O y Metter, E. (2002). "Subcortical aphasia and neglect in acute stroke: the role of cortical hypoperfusion. *Brain* 125. Pags 1094 – 1104.
- Kertesz, A. (1988). "What do we learn from recovery from aphasia?" En: S.G.Waxman (ed), *Advances in Neurology*, Vol 47: Functional recovery in neurological diseases. New York: Raven Press.
- Leger, A., Demonet, J.F., Ruff, S., Aithamon, B., Touyeras, B., Puel, M. Boulanouar, K., Cardebat, D. (2002). "Neural substrates of spoke language rehabilitation in an aphasic patient: an FMRI study". *Neuroimage*, 17. Pags 174 - 183.
- Labov, W. (1972). *"Sociolinguistic Patterns"*. University of Pennsylvania Press.

- Levinson, S. (1992). *"Pragmatics"*. Cambridge University Press.
- Luria, A. (1986). *"Cerebro y lenguaje"*. Barcelona. Fontanella. 1978. Luria, A, Leontiev, A, Vigotsky, L. *"Psicología y Pedagogía"*. Ed. Akal. Bolsillo. Madrid.
- Luria, A. (1991). *"Sensación y percepción"*. México. Roca.
- Luria, A. (1985). *"Cerebro y memoria"*. Colombia. Cartago.
- Moreno, J. y García Baamonde, M. (2003). *"Guía de Recursos para la Evaluación del Lenguaje"*. Madrid. CCS.
- Pardo, N. (2002). "El análisis del Discurso en las Ciencias Sociales". En: *Curso Internacional Análisis del Discurso en las Ciencias Sociales*. Bogotá, Universidad Nacional. Instituto Caro y Cuervo.
- Pietrosemoli, L. (2007). "Análisis del discurso en poblaciones especiales: La conversación con afásicos. En: *Análisis del discurso: ¿Por qué y para qué?*. Ed. Los Libros del Nacional. Universidad Central de Venezuela. Págs. 305 – 320.
- Sabe, L, Courtis, M.J, Saavedra, M, M, Prodan, V, Lujan- Calcagno, Melian, S. (2008). Desarrollo y Validación de una batería corta de evaluación de la afasia: *"Bedside del lenguaje"*. Utilización en la rehabilitación. En: *Revista Neurología*. Número 46 (8). Págs. 454 – 460.
- Sánchez, P y Rodriguez-Losada J. (1998). *"Principios de Clínica Psiquiátrica"*. Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, N y Pérez, M. (2005) "Afasia acústico-amnésica: Alteración de la memoria en la producción del discurso y su rehabilitación. Presentación de caso". En: *Plasticidad y restauración Neurológica*. Vol. 4. Número. 1 – 2. Julio-Diciembre. Págs 21 - 23.
- Schacter D. *"Implicit memory: History and current status"*. Ed. Psychology. 1987; 13. Pags 501 – 518.
- Sharon A, McMillan, S, Delani G, Avanti, B, Morgan, B, Khan, A, Moore, P, Gee, J and Grossman, M. (2010). *"Speech errors in progressive non-fluent aphasia"*. Department of Neurology, University of Pennsylvania School of Medicine, USA. Department of Radiology, University of Pennsylvania School of Medicine, USA. En: *Brain y Language*.
- Schlegoff, E. (2007). *"Sequennce Organization in interaction. A primer in conversation analysis"*. Vol 1. Cambridge University Press.
- Schegloff, E y Jefferson, G. (1974). "Una sistematización más simple para la

organización de las intervenciones en la conversación". *Language* N° 50.

Schegloff, E. (1971). *"Notas sobre una práctica de la conversación; lugar de formulación"*. En: Sudnow, D. (compilador). *Studies in Social Interaction*, Glencoe, Illinois, Free Press.

Schiffrin, D. (1987). *"Discourse markers"*. New York: Cambridge University Press.

———. (1991). *"El análisis de la conversación"*. En *Panorama de la Lingüística moderna de la Universidad de Cambridge*, Vol. IV: El lenguaje: contexto sociocultural. Madrid: Visor, 1991, 299-323.

Tsvetkova, L. (1972). *"El proceso de denominación de los objetos y su alteración"*. *Vaprosi Psixologi*. Págs. 128 – 136.

Tsvetkova, L. (1988). *"Afasia y enseñanza rehabilitatoria"*. Moscú. Ed. Enseñanza.

Sacks, H, Sperber, Dan y Wilson Deirdre. (1986). *"La relevancia"*. Madrid. Ed. Visor.

Villodre R y Morant, A. (2007). *"Intervención multidisciplinar en las afasias"*. En: Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica neuropsicología cognitiva*. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3

Oscar A. Erazo Santander *

Fundación Universitaria de Pópayan / Colombia

SOBRE EL ANÁLISIS DE LA CONDUCTA APLICADA, LOS TRASTORNOS GENERALES DEL DESARROLLO Y SU COMPRESION POLÍTICA

119

Referencia Recomendada: Erazo-Santander, O. A. (2014). Sobre el análisis de la conducta aplicada. Los trastornos generales del desarrollo y su comprensión política. *Revista de Psicología GEPU*, 5 (2), 119-146.

Resumen: El artículo sobre el análisis de la conducta aplicada y los trastornos generales del desarrollo y su comprensión política, describen, la forma histórica de como el paradigma de la psicología científica, permite el avance, la estructuración y la identidad de una psicología naciente y con posibilidades de aplicación e intervención ante las dificultades de la sociedad. Su hijo más fructífero, será el análisis de la conducta aplicada, iniciada con el doctor I. Lovaas, el cual desde hace más de 40 años, ha permitido estructurar un programa de alta evidencia científica y lo mejor, que permite mejorar las condiciones de los niños y niñas con TGD. Sin embargo el gobierno Colombiano y el Ministerio de Seguridad Social en Salud, desconocen estos beneficios y quieren negar la existencia de pacientes con estas dificultades y de sus posibilidades de una mayor adaptabilidad.

Palabras Clave: Trastornos generales del desarrollo, Análisis de la conducta aplicada, Psicología.

Abstract: The article on applied behavior analysis and general developmental disorders, described as the historical form of the paradigm of scientific psychology, allows progress, structure and identity of a nascent psychology and application possibilities and intervention to the difficulties of society. Your child will be the most fruitful of applied behavior analysis, initiated by Dr. I. Lovaas, which for over 40 years, has a strong program structure allowed high and best scientific evidence that improves the conditions of children TGD and girls. But the Colombian government and the Ministry of Health and Social Security, are unaware of these benefits and want to deny the existence of patients with these difficulties and their potential for greater adaptability.

Key Words: Pervasive developmental disorders, Applied behavior analysis, Psychology.

Recibido: 7 de Mayo de 2014

Aprobado: 31 de Octubre de 2014

* Psicólogo de la Universidad Mariana, Especialista en Intervención Social y Problemas Humanos, con cursos de doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, del Cinde – Universidad de Manizales, aspirante a Magister en Neuropsicología con enfoque en educación de la Universidad Internacional de la Rioja. Docente de la cátedra en psicología educativa del programa de psicología de la Fundación Universitaria de Popayán, investigador sobre problemas psicoeducativos y escritor en temas sobre problemas del aprendizaje, intimidación escolar, rendimiento académico y trastornos generales del desarrollo. Correo electrónico: oscar.erasosantander@gmail.com

Introducción

En principios de la nueva era, es muy común que las sociedades, se sientan identificados con denominaciones como, diversidad, diferencia, democracia, respeto, en un intento por identificarse con los demás. Condiciones que hacen parte de un sistema de valores fundados por nuestra sociedad, intentando buscar condiciones de equilibrio, para el desarrollo ético de nuestras sociedades.

Sin embargo, y en la práctica, estos valores, no son claramente identificados, tal vez porque la enseñanza es más de tipo argumentativo que comportamental, y es más común encontrar condiciones para la discriminación, humillación ante la diferencia, la no aceptación del otro, el egoísmo y la incapacidad de identificarse con la minoría, condiciones que hacen parte de una lucha constante de unos pocos que buscan ser entendidos como personas iguales a todos y que no quieren ser tomados como personas de segunda clase.

La ausencia y el poco progreso del desarrollo científico y tecnológico, en el intento de la comprensión de los seres humanos y sus sociedades, es lo que ha hecho que en contextos como el Cauca, el Sur Occidente e incluso en Colombia. Aun, no hayamos logrado entender la riqueza que otorga la diversidad y a un falta mucho por la construcción de una sociedad que comprenda al otro.

La existencia de los trastornos generales del desarrollo, se ha venido describiendo desde hace 60 años atrás. El primer informe sobre un comportamiento de tipo autista se reconoce desde el año de 1943 con el Doctor Leo Kanner, de ahí, en adelante, se han venido describiendo múltiples condiciones características y resignificaciones respecto al trastorno.

Uno de los cambios, tal vez más significativos seria el descubrimiento del trastorno de espectro autista y del síndrome de asperger, nombrados el primero en la década del 90 por L. Wind y el segundo, a penas en la década del 80, los otros dos trastornos, como son rett y desintegrativo infantil, son reconocidos desde mediados de los 90 y poco se sabe del trastorno autista sin especificación, el debate, sobre este último, todavía se nombra en múltiple bibliografía. De lo cual solo se puede concluir, que aun sabemos muy poco sobre este tipo de trastornos.

Bueno, si eso sucede en las grandes urbes y en los grandes centros científicos, que podríamos pensar, de poblaciones, con poca investigación y pocos conocimientos teóricos y explicativos de la naturaleza diferencial del autismo.

De ahí que en medio del desconocimiento, se han comunes, la discriminación, la humillación, la negación a los servicios, el diagnóstico tardío y ni hablar de los modelos y malas formas de operacionalizar

las acciones de intervención metodológicas y técnicas.

Uno de los modelos aplicados de mayor éxito en el mundo científico, para el mejoramiento de las condiciones de este tipo de pacientes, es el modelo del análisis de la conducta aplicada, pero se debe insistir en algo. Una cosa es el desarrollo científico del conocimiento del fenómeno autista y otro muy diferente es el conocimiento científico del análisis del comportamiento aplicado.

El análisis del comportamiento aplicado, no tiene la misma base de integración con los trastornos generales del desarrollo, en si la carrera científica, del análisis de la conducta, inicio dos décadas, más atrás, que cuando se descubrió la patología.

El nacimiento, del análisis del comportamiento, se lo debemos, al origen de la psicología experimental y al análisis experimental de la conducta, el cual emergió de la necesidad de transformar un modelo paradigmático, centrado en la mitología y en la subjetividad humana enfocado en los modelos psicodinámicos, hacia la comprensión de lo humano con conceptos de naturaleza científica, objetiva y altamente empírica.

El desarrollo científico de paradigmas como el conductismo y el análisis experimental de la conducta, junto con el progreso de la ciencia, el método científico y la

estructuración de teorías de validez, es lo que llevo por una sana coincidencia a integrar la población con autismo y con diversas discapacidades con el análisis del comportamiento aplicado.

En si el primer teórico de las teorías del desarrollo, que integraría el conocimiento del análisis experimental de la conducta y la condición del desarrollo de autismo fue el célebre psicólogo I. Loovas, a quien le debemos el modelo del análisis y la generación de una serie de programas con intervención en niños con discapacidades del desarrollo.

Pero el autor, no fue el único, creador de la propuesta, por el contrario, los alcances del avance científico del modelo conductual y comportamental como explicación de las condiciones humanas, serian el centro del desarrollo de múltiples propuestas enfocadas a condiciones clínicas, sociales, comunitarias, pedagógicas, económicas y de la salud.

De ahí que el paradigma conductista, o asocianismo o del comportamiento y del análisis experimental de la conducta con sus extensiones en modificación de la conducta y el análisis conductual aplicado, se han el centro de la enseñanza, en programas de formación en psicología, psiquiatría, pedagogía y el creador de múltiples maestrías y doctorados, tanto en Colombia, como en el mundo, que se sustentan en un modelo teórico - explicativo, de las