

Competencia comunicativa y lingüística en la afasia transcortical motora y afasia de Broca

Communicative and linguistic competency in transcortical motor aphasia and Broca's aphasia

COLCIENCIAS TIPO 1. ARTÍCULO ORIGINAL

RECIBIDO: ABRIL 29, 2015; ACEPTADO: JUNIO 13, 2015

Patricia Argüello Vélez, Mg.¹

patriciar_86@yahoo.com

Jennifer Palacios Lenis²

Jenniferpalacios1@hotmail.com

Universidad Santiago de Cali, Colombia (1)

Centro de Neurorehabilitación SURGIR, Cali-Colombia (2)

Resumen

Esta investigación se realizó en el Centro de Neurorehabilitación Surgir de la Ciudad de Cali. Su objetivo se centró en el análisis de las competencias, comunicativa y lingüística, de dos casos clínicos con afasia transcortical motora y afasia de Broca, respectivamente. Para su realización se tuvo en cuenta, como recursos metodológicos el levantamiento documental del historial clínico y algunas herramientas de corte cualitativo y descriptivo que dieron cuenta del ámbito lingüístico. Los resultados evidencian la conservación de la competencia comunicativa en términos de reglas de interacción básica, mientras que la competencia lingüística presenta aspectos diferenciales entre ambas afasias, teniendo en cuenta: la escasa formalidad gramatical, el desarrollo de intentos sintáctico-semánticos para lograr funcionalidad de lo dicho, y el contraste en el uso de categorías funcionales vs conceptuales. Los resultados se configuran como un hallazgo relevante dentro del campo fonoaudiológico, pues representan una orientación en la consolidación de diagnósticos diferenciales y perfiles lingüísticos en personas con desórdenes comunicativos neurogénicos.

Palabras Clave

Afasia; lenguaje; comunicación; lingüística.

Abstract

This research was conducted at the "Surgir Neuro-rehabilitation Center" in the city of Cali, Colombia, which provides specialized rehabilitation services to disabled people and their families. The purpose of the research is focused on an analysis of the communicative and linguistic competencies of two clinical cases with transcortical motor aphasia and Broca's aphasia; to proceed, the information given in the clinical history was revised and considered as a methodological resource, audio-visual aids with speech samples developed in spontaneous, repeated and semi-directed recordings, conversational transcription in the Val.Es.Co., and systematization in linguistic grid, were used. The results render an account of the conservation of communicative competency in terms of basic interaction of rules, while the linguistic competency has differentiating aspects between both aphasias, if the little grammatical formality, the development of syntactical-semantic attempts to achieve functionality of what was said, and the contrast in the use of functional versus conceptual categories, is taken into consideration. Ultimately, as diverging factor between both aphasias, the ability or inability in the syntagmatic axis of language management, takes form.

Keywords

Aphasia; language; communication; linguistics.

I. INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista neurológico se puede considerar al lenguaje como el resultado de la actividad de una organización neuronal responsable de la integración y la emisión de los mensajes lingüísticos. La desorganización de esta actividad, como resultado de una lesión cerebral, constituye el síndrome afásico, un trastorno del lenguaje que aparece como consecuencia de una lesión en las áreas que controlan su emisión y comprensión, así como sus componentes^[1]. Dicha lesión puede ser causada por un Accidente Cerebro Vascular [ACV], un traumatismo, un tumor o una infección en el sistema nervioso central.

Vicente et al.,^[2] exponen que un síndrome afásico está determinado por la aparición de ciertos síntomas y que las clasificaciones clínico-anatómicas se basan en la correspondencia que hay entre la localización cerebral de una lesión determinada y la presencia de uno u otro conjunto de síntomas clínicos.

Durante mucho tiempo la clasificación de las afasias ha sido motivo de estudio, y se ha insistido en utilizar diferentes terminologías. Sin embargo, a pesar de las discrepancias de los distintos sistemas de clasificación adoptados, el análisis detallado revela que las diferencias son más de tipo terminológico que conceptual.

Benson expone en su clasificación las afasias fluidas: Wernicke, transcortical sensorial, anómica, conducción; y las no fluidas: Broca, global, transcortical motora, mixta. Cada una presenta una sintomatología específica que permite realizar un diagnóstico claro y diferenciado. El lenguaje de la persona con afasia suele caracterizarse, a rasgos generales, por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla, déficit en la comprensión auditiva y trastornos de la denominación (anomia), como síntomas principales.^[3]

La orientación de las clasificaciones de la afasia, han llevado por años a determinar perfiles sintomatológicos y lingüísticos que suelen contrastar según la etiología, el daño neurológico y las posibilidades de comunicación. Dentro de las afasias no fluentes se considera como perfil sintomatológico: escasa fluidez verbal, dificultades a nivel de lecto-escritura, anomia, agramatismo, neologismos, perseveraciones, parafasias semánticas y fonológicas, latencias y dificultades en la repetición.

Los afásicos de Broca se caracterizan por presentar un lenguaje no fluido, con dificultades en la producción de palabras y frases. Su expresión es aprosódica y presenta,

como característica fundamental, un lenguaje agramático, es decir, falta de sintaxis. La expresión carece de elementos sintácticos como preposiciones, conjunciones, terminaciones verbales y artículos.

En este tipo de afasia se pierde la capacidad para secuenciar y estructurar las frases de una manera sintácticamente correcta, conservándose en gran medida el uso de sustantivos y adjetivos. El resultado de esta manera de expresarse, caracterizada por la agramaticalidad, es una producción esquemática o telegráfica, en la cual el individuo se hace entender con pocas palabras de contenido semántico. La capacidad para comprender el lenguaje hablado se encuentra relativamente conservada porque en este tipo de afasia las áreas de decodificación fonética, localizadas en el lóbulo temporal, no están afectadas².

La afasia transcortical motora se produce por lesiones adyacentes al área de Broca, pero sin afectarla. La conservación de la repetición es un aspecto del lenguaje relevante que configura el rasgo diferencial en relación con la afasia de Broca. La habilidad para repetir frases está muy bien preservada, incluso para oraciones relativamente largas. La lectura y la escritura muestran alteraciones variables, pueden leer, a veces con muy poca dificultad y con presencia mínima de errores, a diferencia de lo que se observa en los pacientes con afasia de Broca. La escritura está casi siempre alterada aunque los errores son menores y la capacidad para escribir frases cortas suele mantenerse con tendencia a la agramaticalidad.

En la caracterización discursiva de la persona afásica es relevante la determinación del estado de la competencia comunicativa y lingüística, pudiéndose encontrar situaciones que revelen estados alterados, conservados o subyacentes a situaciones exógenas (contextuales, sociales, físicas) y endógena (psicológicas, biológicas, emocionales). La competencia comunicativa^[4] es el conjunto de habilidades y conocimientos que permiten que los hablantes de una comunidad puedan entenderse con el uso apropiado de las unidades de la lengua, desde cualquier circunstancia y contexto. Esta se enmarca entonces en la predisposición frente al sistema de reglas propias de una interacción social, por lo cual sus componentes comprenden aspectos de la gramática tradicional, contenidos pragma-lingüísticos, psicológicos y culturales.

En el transcurso de las revisiones bibliográficas se reflejan caracterizaciones diferenciales respecto de la

competencia comunicativa; algunas tendencias vinculan a la persona con afasia con el deseo de comunicarse, el conocimiento conservado de cómo son los giros propios de una conversación, el reconocimiento de los procesos recíprocos y socio-comunicativos^[5] implícitos en la emisión y recepción del mensaje, el manejo de turnos fluctuantes y la vinculación a un entorno cognitivo compartido que implica un acto comunicativo. Por lo tanto, las adecuaciones comunicativas permiten un acceso a las posibilidades de interacción con alternativas poco formales pero funcionales. El marco de la competencia comunicativa global no parece desdibujarse y se preserva como habilidad natural.

En contraposición, la competencia comunicativa presenta un importante declive en personas con afasia de etiología contundente como el Traumatismo Encéfalo Craneano [TEC]^[6] y con grados de severidad considerable, reportándose dificultades en la toma de turno de la palabra, el mantenimiento de la línea temática de una conversación, y la comprensión del lenguaje abstracto (metáforas y sarcasmos), y dificultad en la evocación de hechos diacrónicos y sincrónicos, y en la proximidad conversacional con los interlocutores.

La competencia lingüística, por su parte, retoma aspectos gramaticales propios de los componentes de la lengua: morfológico, sintáctico, fonético, fonológico y semántico, aspectos que se enmarcan principalmente en el enfoque descriptivo de sintomatologías y diagnóstico diferencial. De dicha competencia subyacen componentes discursivos que se vinculan al contexto y juegos sintagmáticos (secuencia de unidades lingüísticas) y paradigmáticos (selección de las unidades) para dar coherencia y cohesión a lo dicho.

Los síndromes afásicos están relacionados lingüísticamente con hechos paradigmáticos y hechos sintagmáticos del lenguaje. En los aspectos paradigmáticos^[7] se hace referencia a la selección y disponibilidad léxica y semántica para la elección de vocablos, palabras y expresiones. Los aspectos sintagmáticos o los trastornos de la contigüidad gramatical alteran la organización lógica y secuencial de las estructuras gramaticales funcionales, y maximizan el uso de las palabras conceptuales que den una idea macro, poco formal desde la estructura, pero con cierta estabilidad funcional, que permite configurar agramatismo y sintaxis infradeterminada.

Teniendo en cuenta el panorama teórico planteado, surge la necesidad de caracterizar el comportamiento lingüístico desde un nivel contextual, específicamente conversacional, que dé cuenta de la funcionalidad comunicativa y de la formalidad lingüística, desde una situación de habla espontánea, repetida y semidirigida de las personas con afasia no fluida. Este estudio aporta a la generación de conocimiento en el campo fonoaudiológico pues establece puntos de convergencia y divergencia discursiva que configuran diagnósticos diferenciales y perfiles lingüísticos entre ambos cuadros clínicos; además, complementa la explicación sintomatológica lingüística a partir de la conversación como contexto de acción comunicativa.

II. METODOLOGÍA

A. Tipo de estudio y marco muestral

Para la presente investigación se llevó a cabo el análisis de dos estudios de caso con diagnóstico de afasia no fluente, previo consentimiento informado (apoyo familiar) y autorización institucional del Centro de Neurorehabilitación Surgir de la Ciudad de Cali. La muestra se seleccionó por conveniencia y estuvo conformada por un Hablante A (afasia transcortical motora) y un hablante B (afasia de Broca), quienes se encontraban en un rango de edad de 59 a 61 años, etiología Accidente Cerebro Vascular [ACV] de lateralidad izquierda, nivel de instrucción profesional y ocupación actual jubilado. Su proceso actual de rehabilitación involucra aspectos físicos, ocupacionales y comunicativos con asistencia regular.

Es importante advertir que un estado afásico está condicionado a variables multifocales que pueden desdibujar la contundencia de la sintomatología lingüística, entre ellos, factores sociales como la edad, el género y el nivel de instrucción; y factores psicobiológicos, como la lateralidad, el tipo de ACV, la localización cerebral, la fecha de inicio y la intensidad terapéutica. Estos reportes clínicos (A y B) tienen en común la intensidad terapéutica, el tipo de lesión neurológica, los objetivos terapéuticos, el rango de edad y el nivel de instrucción. El análisis de estos casos se centra en el diagnóstico culmen de afasias no fluentes (Broca vs transcortical motora) y en la determinación de las competencias, comunicativa y lingüística, desde eventos discursivos puntuales, por lo cual se deben tener en cuenta las variables diferenciales que no hacen parte del interés investigativo y podrían dar pie a futuros retos.

B. Fuentes de información y técnicas de recolección

Las fuentes de información, en su aspecto fundamental, se desarrollaron en la recopilación de información médica y social constatada en la historia clínica, que comprende informe de la evaluación inicial y de los informes de evolución mensual. Para la consolidación diagnóstica se revisó el protocolo de lenguaje para pacientes afásicos del fonoaudiólogo Rafael González^[8], por medio del cual se confirmó la tipología de afasia y el grado de severidad. Igualmente se utilizaron ayudas audiovisuales de actos comunicativos en registro espontáneo, repetido y semidirigido, que permiten el análisis de aspectos verbales, no verbales y contextuales, evidenciando la competencia comunicativa y lingüística de los hablantes. El recurso para la sistematización de la información observada es una rejilla de caracterización lingüística y comunicativa que da cuenta de la sintomatología, los recursos comunicativos y los fenómenos sintagmáticos del enunciado.

Para el registro audiovisual fue necesario acondicionar el contexto terapéutico anticipando al hablante sobre el objetivo del mismo. Se utiliza de manera estratégica un recurso lúdico persuadido mediante la conversación con ejes temáticos cotidianos, de fácil manejo, de secuencias temporales, resolución de problemas simples y repetición. Cada registro tuvo una duración de aproximadamente dos minutos.

Otra técnica de recolección de la información fue la transcripción de las conversaciones en el sistema Val. Es. Co.^[9], que facilita la representación escrita de los materiales lingüísticos orales. La sistematización final de la información se formalizó mediante la rejilla de caracterización, la cual contrasta hallazgos diferenciales o similares entre cada tipo de afasia y los registros de conversación que dan paso a su discusión.

III. RESULTADOS

A. Caracterización clínica de los hablantes

Hablante 1

Mujer de 59 años, nivel de instrucción profesional artista, actualmente jubilada. Presenta como diagnóstico médico un ACV isquémico izquierdo que dejó como secuela una hemiparesia derecha que afecta la calidad de la marcha y el desarrollo de actividades diarias que impliquen integración bimanual. En términos de comunicación se caracteriza por ser un conversador pasivo tipo II, quien manifiesta interés por iniciar una conversación

manteniendo un tema pero con poca eficacia en la progresión del mismo. El diagnóstico fonoaudiológico registra una afasia transcortical motora caracterizada por poca fluidez verbal, anomias, alteraciones en la lectoescritura y conservación de habilidades como la comprensión auditiva y la repetición. Actualmente asiste de forma regular a un programa terapéutico integral que involucra aspectos físicos, ocupacionales, comunicativos y de trabajo social.

Hablante 2

Hombre de 61 años, nivel de instrucción profesional, contador, actualmente jubilado, quien presenta como antecedente médico ACV sin secuelas a los 39 años de edad. Como segundo episodio, a los 41 años presentó un ACV hemorrágico que dejó como secuela una hemiparesia derecha que afecta la calidad de la marcha y el desarrollo de actividades diarias que impliquen integración bimanual. En términos de comunicación, se caracteriza por ser un conversador pasivo tipo II, quien manifiesta interés por iniciar una conversación manteniendo un tema pero con escasa calidad sintáctica y baja progresión temática. El diagnóstico fonoaudiológico registra una afasia de Broca con un perfil sintomatológico de anomias, poca fluidez verbal, alteraciones en la lectoescritura y en la repetición, y conservación de la comprensión auditiva. Actualmente asiste de forma regular a un programa terapéutico integral que involucra aspectos físicos, ocupacionales, comunicativos y de trabajo social.

Ambos hablantes forman parte del grupo de apoyo del centro, un espacio donde se realizan actividades que generan ambientes comunicativos y de participación social de personas que comparten la misma situación diagnóstica.

B. Esquema conversacional y características lingüísticas contrastivas

Los esquemas conversacionales desarrollados en registros de habla espontáneo, repetido y semidirigido permitieron evidenciar rasgos similares y diferenciales en la estructura enunciativa de cada uno de los hablantes y su correspondencia diagnóstica.

El registro espontáneo de habla se enmarca en las tipologías textuales dialogales y conversacionales^[10] que ponen en evidencia la competencia comunicativa, es decir, agrupa habilidades socioculturales, pragmáticas, semánticas, afectivas y emocionales que afectan de alguna manera la iniciativa y la vinculación con el interlocutor y la línea temática.

En el Tabla 1 se muestra un perfil contrastivo de situaciones comunicativas y síntomas de los hablantes 1 y 2, que evidencia un común denominador sintomatológico, que corresponde a la poca conservación de la fluidez verbal consecuente con las reiteradas manifestaciones de

latencias y anomias; la conservación de la comprensión auditiva, la concordancia temática y la habilidad para reconocer las reglas de una interacción social (sistema de turnos, contacto visual, reciprocidad, comunicación interpersonal).

Tabla 1. Ejemplo 1: contraste en registro espontáneo

H 1. Afasia transcortical motora	H 2. Afasia de Broca
E: ¿para dónde se va?	E: ¿para dónde se va de vacaciones?
H1: para los Estados Unidos	H2: eh→ eh → Miami si , eh→ eh → Florida si enton—ah?↑
E: ¿a qué parte van a ir?	E: cuándo?
H1: a mayami donde- - donde i - cómo es que se llama↑, mi hijo mi hijo y Jorge en Nueva York aja→	H2: e→ no no sé, no sé// Porque e→ e→ venti//(venti)tres oo o treinta //si? Aja →// si.
E: ¿qué ha hecho en los viajes anteriores a Estados Unidos?	E: ¿y qué va a hacer allá?
H1: pues // la pri la primemra vez que fui , fui a a a comprar a mi→ hermano, a mi a mi hijo que fue el que primero que se fue,- me vine - - por ahi como alas como a las , no sé cuanto sería, se fue se fue se fue mi hijo, mi hijo, entonces le tome→ a lo tres meses de estar alla, yo me fui, yo me fui , yo me estuve como ocho o nueve meses con ella con ella, y ya ya nos fuimos para para→ como es de mayami de nuevayork pasamos aaaa mayami y alli y ahí si me gusta si me gusta (risas) iiiii no me y me puse a trabajar con con el señor que que que cortinas, cortinas.	H2: pues → e→ losijos↑ claro, NOO e→/ (don)de e la hermana si↑, elestarante y todo eso si, entonces a ver que es, eh → la casa/// y qué es, cómo es desde de de ahí, e Miami o /e si?↑
	E: ¿allá hace frio?
	H2: CLARO NOO E→ diciembre? ↑ Ay ay ay→

*H1: hablante 1; H2: hablante 2; E: examinador

Como factores diferenciales en el hablante 2 se evidencia agramatismo o uso incorrecto de la sintaxis; prima la ausencia de marcas de concordancia, escaso uso de verbos y limitaciones drásticas en la longitud de la frase; mientras el hablante 1 presenta rasgos de una sintaxis infradeterminada^[11] evidenciada en la ausencia de expresiones formales en las funciones sintácticas, es decir, hace uso de opciones particulares que dan ordenamiento al objetivo comunicativo con intentos gramaticales en el uso de verbos y sus conjugaciones, preposiciones y conjunciones.

Como recursos de opcionalidad, el hablante 1 recurre a formulaciones sintácticas que se basan en el uso de deixis anafórica. Este fenómeno se puede explicar como una

actitud lingüística que enmascara el fenómeno anómico, con la intención de no perder fluidez.

La competencia comunicativa en los hablantes se desordena en el eje sintagmático del lenguaje, ya que la formalidad en la contigüidad de las estructuras segmentales se ve alterada, pero esto no implica la pérdida de funcionalidad comunicativa. Un factor relevante, que complementa la intencionalidad, es el uso correcto y pertinente de aspectos prosódicos como la entonación, el acento enfático, los tonos ascendentes propios de las preguntas y los tonos descendentes propios de las finalizaciones enunciativas; igualmente, aspectos del uso del gesto como apoyo dinámico que cobra sentido en el mensaje.

Tabla 2. Ejemplo 2: contraste en registro semidirigido - descriptivo

H 1. Afasia transcortical motora	H 2. Afasia de Broca
E: cuénteme cómo se prepara una ensalada de frutas?	E: cómo se hace una ensalada de frutas?
H1: las frutas ↓- todas las frutas que tienes que hacer, la la pera, la manzana, todo eso frutas, todo eso frutas, cojo la pelo, le pelo la la hago por por poquitos - - ya↑ Si si sin ponerle - - ,sin ponerle - es que es que. El coso , el café, el que↑ Las las hace todas todas todas↓ , le echa el el el como es que se llama↑ El el - el ay hombre, bueno, me salió una palabra /// le le le saque una palabra, fue la cosa y y y le pico ce - - - todo todo todo es picado→ picado→ y y y y ah → en su e como es que se llama↑ La cre crema de leche crema de leche→ ya↑ Y y las asi→ la (()) las puede no se como se llama, no se como se llama, pero rica rica→ rica→	H2: ah→piña//eh→ eh→/(papa)-papada/ si?↑ Eh→eh→ mango si?↑// Y ((ana))manano, devuelve si?↑ //Si?↑ Y→ frio es.
	E: Qué le podemos adicionar?
	Sii→por eso//pues→ e dulce→ eh→ no no poquito((()) poquito de ajucal.

*H1: hablante 1; H2: hablante 2; E: examinador

El registro descriptivo^[12] representa y sitúa objetos respondiendo a ¿cómo es?, exposición de instrucciones, indicación de operaciones y procedimientos. El ejemplo 2 expone esta tipología discursiva instigada por medio del desarrollo de una receta de cocina, que pone en evidencia una construcción secuencial definida por jerarquía de relaciones que considere un eje temático (ensalada de frutas).

En la Tabla 2, como sintomatología relevante y común entre los hablantes, se evidencia la presencia de latencias, agramatismo y estereotipias como conducta típica de su condición no fluente. Su competencia comunicativa pone en evidencia la conservación de las reglas de la interacción conversacional, en las cuales adecua su enunciación en correspondencia con la intención elicitada del evaluador.

No hay uso de conectores de orden que den cuenta de una construcción secuencial, y su ausencia es compensada

con el uso escaso de pausas que dan una intención de enumeración estática con prevalencia de sustantivos acordes con la categoría semántica que rige el marco temático. La red semántica no logra construir jerarquías o momentos en la descripción del evento, por lo cual, la progresión temática es escasa, consolidando una función referencial básica. Aunque en el hablante 1 hay mínima tendencia al uso de verbos que corresponden al procedimiento propio de una receta de cocina “hacer, cojo, pelo, ponerle”.

En los factores contrastivos, el hablante 1 presenta síntomas de palilalia con repetición involuntaria de la última oración que resulta como una manifestación del estado conservado de su comprensión auditiva. Mientras, el hablante 2 no presenta conductas repetitivas (ecolalia-palilalia) y hay un incremento del desarrollo de parafasias fonológicas que alteran la inteligibilidad.

Tabla 3. Ejemplo 3: contraste en registro de habla – repetición

H 1. Afasia transcortical motora	H 2. Afasia de Broca
E: biblioteca	E: avión
H1: biblioteca	H2: eg/ avión
E: transporte	E: parqueadero
H1: transporte	H2: parcadero
E: ahora unas frases	E: droguería
E: el banano es amarillo	H2: dodería
H1: el banano es amarillo ↓	E: el perro salta
E: la abuela cocinaba mientras el niño veía televisión ↓	H2: eh—((sa)) el perro calza
H1: la abuela cocinaba mientras el niño veía le televisión	E: el carro es rojo
E: el fin de semana me fui de viaje, estuvimos en el eje cafetero	H2: del carro do// ojo
H1: el fin de semana me fui de viaje, estuvimos en el - en el - en el que, en el eje cerero eje cafetero	E: la abuela cocinaba y la niña jugaba
	H2: la abuela/ocinaba//ocinaba//la abuela ocinaba// (facilitador fonológico) y → la la niña--eh →jugando→claro ↑
	E: la puerta es de color café
	H2: la puerta que ((quele))// café
	E: el próximo domingo voy a Jamundí
	H2: el próxico domingo//si? ↑ el próximo domingo (6*) aah si ↓voy para Jamundí

*H1: hablante 1; H2: hablante 2; E: examinador

El registro de habla repetido se refiere al desarrollo de una nueva reformulación que reitera una serie de elementos que coinciden formalmente con el segmento anterior. Se pueden dar dos tipos de repetición: la de equivalencia y la de distancia semántica y pragmática. Esta última, sin ser necesaria la existencia de una semejanza formal del enunciado.^[13]

Entre las características comunes de los hablantes evaluados se evidencia que la competencia comunicativa se conserva, en correspondencia con la preservación de la

compresión auditiva, lo que le permite adaptarse fácilmente a las consignas discursivas de su interlocutor y a la adopción de un sistema de turnos.

El hablante 1 repite efectivamente, considerando palabras de larga y corta metría, oraciones simples y compuestas, con un único evento de palilalia relacionado con la complejidad sintáctica. El hablante 2, por su parte, presenta latencias, parafasias fonológicas, neologismos y perseveraciones, lo que pone en evidencia su condición no fluente y la alteración en la habilidad de repetir.

Tabla 4. Ejemplo 4: contraste en registro de habla semidirigido

H 1. Afasia transcortical motora	H 2. Afasia de Broca
E: si usted va caminando y ve que están robando a una señora y al frente hay un policía usted que hace	E: si usted camina – calle- ladrón qué hace?
H1: polici- - - pues uno llama al policía→, que venga y le diga a la señora↓, que le está robando→, ujum // ya	H2: ebastón (muestra bastón y se ríe) NOO→ claroo la la pelea (risas)/// noo→ de de→ desde ahí de→ puñalada por eso y y la((la)) viene pues↓
E: y si usted está en su apartamento y en el apartamento del frente está saliendo humo, usted qué hace?	E: si en la casa del frente, está saliendo humo, qué hace?
H1: pues - - - (()) a los bombero↓, a los bomberos para que llamen – al – al – al cómo es↑ que se llama /// el bueno, a los bomberos así y ellos apagan el el IN-CEN dio	H2: pues//humo // sí?↑ en ((la))) pues en la la frente no?↑//eh→ pues no se↓ de de→ desde ahí de→ inciendo y todo eso//sí↑//el teléfono sí↑// y ya eh bomberos y todo eso.

*H1: hablante 1; H2: hablante 2; E: examinador

El registro de habla semidirigido busca asegurar que los participantes manifiesten su opinión mediante el desarrollo de diferentes tipos de argumentos con respecto de una situación puntual; además, motiva a la participación y al desarrollo de discusiones. Este registro, al instigar tipologías textuales de carácter argumentativo, intenta conocer la opinión, los argumentos y el desarrollo de respuestas ante preguntas con intención como: ¿qué piensa?, ¿qué le parece?, ¿qué hace?

El hablante 1 logra responder al eje temático que utiliza el examinador, con el uso pertinente de sustantivos y verbos acordes con la situación presentada. En sus condiciones sintagmáticas es persistente el desarrollo de sintaxis infradeterminada y de latencias que restan fluidez pero que permiten la progresión temática de su respuesta.

El hablante 2 logra, de manera insuficiente, dar respuesta a la situación planteada, con la presencia de agramatismo, latencias, estereotipias. Este perfil

sintomatológico tiende a comportarse de manera similar en un registro de construcción espontánea con escasa fluidez y bajo alcance sintáctico.

Jackobson (1968) expone los defectos lingüísticos sintagmáticos y paradigmáticos propios de la afasia. En este registro se explica que en las afasias motoras el eje paradigmático conserva intentos de selección de vocablos acertados con el tema central de conversación (caso ladrón: policía, robando, pelea, puñalada). A diferencia, en el eje sintagmático se ve restringida la posibilidad de secuenciar de manera lógica y ordenada las estructuras formales propias de una oración, lo que es evidente en la persistencia de eventos agramáticos.

A continuación (Tabla 5) se expone información cuantitativa que da cuenta del uso gramatical prevalente en cada uno de los registros conversacionales y de las dificultades específicas de las afasias no fluentes en la competencia lingüística.

Tabla 5. Índice de uso de categorías gramaticales – competencia lingüística

Afasia	Registro	Categorías gramaticales						
		Preposición	Conjunción	Artículo	Verbo	Adjetivo	Sustantivo	Adverbio
ATM*	Espontaneo	23	15	19	16	1	18	5
	Repetido	6	n.a	10	6	1	9	n.a
	Semidirigido	12	14	34	21	4	21	6
	Total	41	29	63	43	6	48	11
AdB**	Espontaneo	1	5	3	3	1	12	7
	Repetido	0	1	11	8	1	11	n.a
	Semidirigido	12	5	7	1	4	9	4
	Total	13	11	21	12	6	32	11

*Afasia transcortical motora; ** Afasia de Broca

En la Tabla 5 se identifica cómo la afasia transcortical motora presenta mayor fluidez, en contraste con la afasia de Broca, pues el repertorio léxico en su enunciación es más amplio y goza de un uso significativo de categorías conceptuales como verbos y sustantivos, y maneja categorías funcionales que dan indicios de acciones de

cohesión discursiva en registros de habla que requieren elaboración sintáctica inmediata (espontáneo y semidirigido), con el uso mínimo, pero funcional, de artículos, preposiciones y conjunciones que determinan una sintaxis infradeterminada.

En el caso de la afasia de Broca se evidencia un bajo repertorio léxico con prevalente uso de categorías conceptuales como sustantivos, que restringen la posibilidad de dinamizar el discurso en secuencias textuales como descripciones, instrucciones y argumentaciones. Cabe resaltar que dentro de las categorías funcionales prevalecen los artículos, situación que muestra el uso regular de la concordancia gramatical artículo-sustantivo.

En el diagnóstico de afasia de Broca se demuestra la afectación sintagmática, pues las categorías funcionales aparecen de manera aislada y sin cumplir una función cohesiva, alterando la elaboración ordenada y secuencial de oraciones. Estos aspectos describen un agramatismo puro, con características telegráficas, que limita la cantidad de la información que aporta con respecto a lo planteado por el interlocutor.

En lo que respecta a la clasificación sintomatológica del diagnóstico general de afasias no fluentes, en la Tabla 6 se muestra que los síntomas que caracterizan la falta de fluidez: latencias (síntoma prevalente en la afasia de Broca) anomias, perseveraciones y palilalias; tiene un índice de aparición frecuente en los registros espontáneos y semidirigidos.

En el caso de la afasia transcortical motora, la sintomatología permite sustentar el diagnóstico diferencial en lo que concierne con la habilidad de la repetición, la cual se exagera hasta la configuración de situaciones palilálicas. Por el contrario, en el caso de afasia de Broca la repetición se altera significativamente con aparición de parafasias fonológicas y algunos neologismos que deterioran dicha habilidad.

Tabla 6. Índice de sintomatología lingüística prevalente

Afasia	Registro	Sintomatología lingüística afasias no fluentes							
		Anomia	Perseveraciones	Latencias	Neologismos	Parafasia fonológica	Estereotipias	Ecolalia	Palilalia
ATM*	Espontáneo	2	4	7	0	0	0	0	9
	Repetido	0	0	0	0	1	0	0	1
	Semidirigido	8	10	6	0	0	0	0	6
	Total	10	14	13	0	1	0	0	16
AdB**	Espontáneo	5	2	18	0	2	0	0	0
	Repetido	0	1	7	1	6	0	0	0
	Semidirigido	0	4	18	0	2	0	0	0
	Total	5	7	43	1	10	0	0	0

*Afasia transcortical motora; ** Afasia de Broca

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La conceptualización de algunos fundamentos teóricos en torno de la competencia comunicativa es de vital importancia para determinar los momentos, las posiciones y las percepciones que dirigen esta discusión. Así, el concepto de comunicación se centra en el proceso donde están en juego múltiples actividades racionales que permiten captar percepciones del entorno, inferir conocimientos a partir de unos "ya" predeterminados e involucrar múltiples significados entre hablantes. Sperber y Wilson^[14] proponen que "La comunicación tiene éxito, no cuando los oyentes reconocen el significado lingüístico del enunciado, sino cuando infieren el significado que el hablante le atribuye".

En lo que respecta al lenguaje, Ferdinand de Saussure explica una definición de tendencia innatista, con términos como: capacidad humana o facultad, para expresar pensamientos y sentimientos por medio de signos

lingüísticos propios de una lengua, efectuados en el uso individual del habla.

Estos conceptos se hacen funcionales en el momento de hablar sobre competencia comunicativa^[15], la cual comprende un conjunto de habilidades y conocimientos que permiten que los hablantes de una comunidad lingüística puedan entenderse, e interpretar y usar apropiadamente el significado social de las variedades lingüísticas. La adquisición de tal competencia está mediada por la experiencia social, las necesidades y las motivaciones.

En la persona diagnosticada con una afasia no fluente, la competencia comunicativa parecería mantenerse estable, pues desde la pragmática hay un reconocimiento y respeto por el sistema de turnos. Esto se confirma en los corpus recolectados en el desarrollo de esta investigación, evidenciándose que ambos, el hablante 1 y el hablante 2, participan en una interacción comunicativa y reconocen la

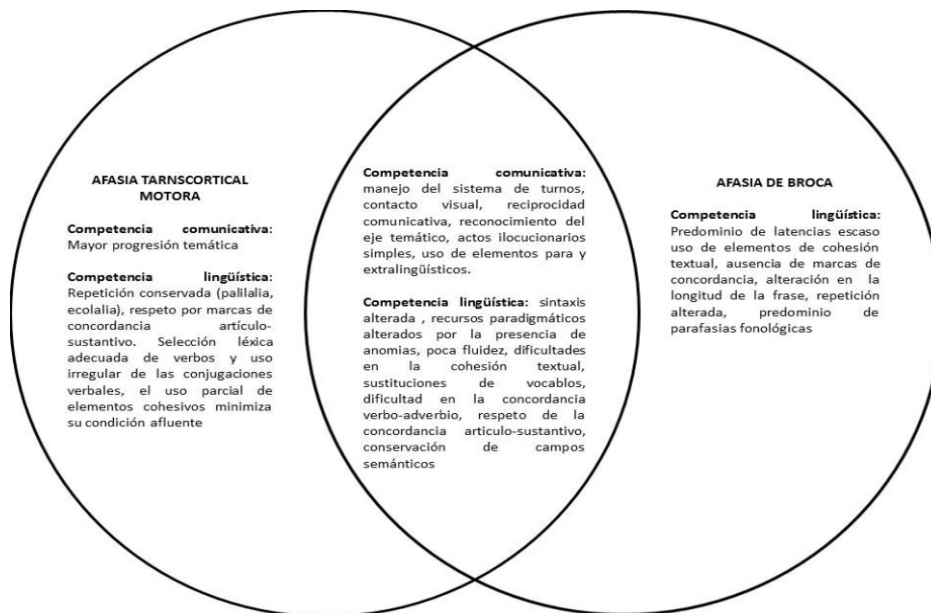
situación de comunicación con elementos positivos hacia cuestiones como: ¿de qué se está hablando?, ¿cómo lo está diciendo?, y ¿a quién se lo está diciendo?; y con la selección óptima del código comunicativo utilizado, esto último, con el uso alternativo del gesto y de la entonación enfática ante limitaciones en el código oral por falta de fluidez.

Por otro lado, el concepto de competencia lingüística se centra en la capacidad de cada hablante para producir enunciados que respeten las reglas de la gramática de una lengua en todos sus niveles (semántica, morfología, sintaxis, fonología y fonética). Los análisis conversacionales, en cada uno de los registros de habla, muestran dificultades en la construcción sintagmática (déficit de rección)^[16] y en la selección paradigmática, con

síntomas importantes que afectan la gramática, como: anomias, agramatismo, latencias, perseveraciones, estereotipias y parafasias fonológicas.

En cada uno de los hablantes evaluados se evidencian actitudes lingüísticas que enmascaran la falta de fluidez verbal, como el uso reiterado de cuantificadores universales: “y todo eso”, “nada”, “todo”, “las cosas” “ya”, los cuales actúan como prolongadores y simplifican las narraciones, recurriendo al discurso directo, a las emisiones inconclusas y a generalizaciones que pueden explicarse como herramienta de economía lingüística, carencia de herramientas gramaticales o una ilocución que guía el cierre de su emisión.

Figura 1. Esquema contrastivo afasia transcortical motora vs afasia de Broca



Gallardo Pauls et al.,^[17, 18] expresan que el índice de participación conversacional no se corresponde con la eficacia comunicativa real; una cosa es la capacidad de tomar el turno, otra distinta conservar la habilidad para formularlo según las convenciones gramaticales, manejando los componentes fonológico, morfosintáctico y semántico. Se hace evidente que en los casos analizados, los hablantes hacen uso de conjunciones y preposiciones de manera inconclusa, sin una función conectora entre categorías conceptuales. El manejo de sustantivos es suficiente para el campo semántico tratado en la conversación, pero se destaca el escaso manejo de

adjetivos que amplíen y le den progresión temática a lo dicho.

El verbo es una categoría que se usa ocasionalmente, sin una óptima conjugación en los accidentes de tiempo, persona y modo, por lo cual su uso se centra en la elaboración infinitiva, restando aportación de datos nuevos que permitan avanzar en la carga semántica del enunciado. Escasamente se presentaron conjugaciones que designan accidentes verbales como tiempo presente y primera persona del singular, propias de una sintaxis infradeterminada (Hablante 1).

Los perfiles de la sintomatología de las afasia no fluentes referenciados por Goodglass y Kaplan^[19] son confirmados por medio de esta investigación, donde se consolida un déficit verbal que afecta de manera directa la competencia lingüística en aspectos de concordancia, integridad sintagmática y selección paradigmática (anomias), dotándose de mejor pronóstico verbal las transcorticales motoras con estructura sintáctica inestable, poco formales desde la estructura, pero funcionales en la inteligibilidad de su mensaje. Mientras, en las afasia de Broca, por su perfil agramático y telegráfico, el pronóstico en términos de inteligibilidad se centra en la utilización estratégica de palabras de contenido.

Desde el ámbito de la pragmática, en el análisis puntual de los actos de habla se puede determinar de manera concreta la posibilidad de realizar actos ilocucionarios que responden a la elicitación de su evaluador y el registro de habla, reconociendo intenciones de tipo descriptivo, dialogal, narrativo, instruccional y explicativo, pero con infortunios en su elaboración (locución).

La fuerza ilocucionaria del enunciado en el paciente afásico irrumpe en la efectividad comunicativa por la dificultad locutiva para realizar secuencias con sentido gramatical, lo que incluye la elección apropiada de los medios léxicos, fonéticos y sintácticos.

Teniendo en cuenta lo expuesto, cabe considerar como puntos importantes a concluir:

- La caracterización lingüística en el paciente afásico no fluente, debe incluir aspectos contextuales, emocionales y psicosociales que determinen la competencia comunicativa, más allá de un perfil sintomatológico, y den lugar a considerar la posibilidad de participar activamente en situaciones comunicativas con sus interlocutores. Esta investigación permite afirmar que la condición afásica hace parte de una taxonomía clínica basada en evidencias diagnósticas claras, pero esto no desdibuja el rol de hablante, participante e interlocutor, con respecto de un grupo social.
- Los perfiles sintomatológicos y lingüísticos expuestos se corroboran con el marco de referencia, y se configuran como elementos importantes en la diferenciación de las tipologías de las afasias estudiadas. Es importante resaltar el término de agramatismo vs sintaxis infradeterminada, esta última propia del hablante con afasia transcortical

motora, quien logra hacer intentos y opta por el uso irregular de recursos cohesivos que se apartan de la formalidad sintáctica, pero alcanzan funcionalidad en el interés y las inferencias que pueda hacer su interlocutor.

- La competencia comunicativa se caracteriza como estable y dentro de la reglas de interacción básica; esto no garantiza la efectividad comunicativa en términos de inteligibilidad del mensaje o estructura formal del mensaje, ya que las fallas se centran en ámbitos propios de la competencia lingüística, teniendo como evidencia importante, dificultades de índole semántico-sintáctico que a su vez incluyen alteraciones reiteradas en componentes fonológicos y morfológicos.
- La mayoría de referencias bibliográficas citan a la anomia como el síntoma principal de la afasia, desencadenado en registros dirigidos, específicamente en tareas de denominación. Explorar los registros "espontáneo", "repetido" y "semidirigido" permitió registrar el uso de estrategias de enmascaramiento de anomias mediante latencias, perseveraciones, uso de prolongadores y cuantificadores universales.
- Esta investigación se enmarca en una metodología cualitativa, en ella las interacciones multi-dimensionales (sensorialidad, sociedad, cultura y afectividad), juegan un papel importante en la posible configuración de sesgos investigativos de índole subjetivo, discursivo y emocional, que pueden determinar discrepancias desde ámbitos prescriptivos propios de las ciencias de la salud. Por ello este tipo de investigaciones invita a considerar la conversación, los registros del habla, el análisis discursivo, los análisis lingüísticos y las situaciones comunicativas, como recursos evaluativos y de intervención importantes, que muestran el uso real de la lengua desde la funcionalidad comunicativa y la formalidad gramatical.
- La interacción social continuada, los vínculos conversacionales recurrentes, las manifestaciones comunicativas múltiples y la asistencia a conversatorios, tertulias, grupos sociales y colectivos de terapia, son representaciones sociales que benefician el uso discursivo, dinámico e intencional de la persona con afasia no fluente.
- Es relevante en la implementación de un plan de tratamiento fonoaudiológico considerar la

conversación como una técnica de intervención que se guíe bajo parámetros de intención comunicativa, género, elementos lingüísticos manifiestos, tipología de estructuras, registros y roles comunicativos.

V. REFERENCIAS

- [1] Alajouanine TH. L'Aphasie et le langage pathologique. Paris, France: Baillière & Fils; 1968.
- [2] Vicente MJ. Coord. Trastornos del lenguaje y la memoria. Barcelona, España: UOC; 2005.
- [3] Vendrell J.M. Las afasias: semiologías y tipos clínicos. Revista de Neurología. 2001; 32(10): 980-986.
- [4] Pilleux M. Competencia comunicativa análisis del discurso. Revista Estudios Filológicos. 2001; 36: 143-152.
- [5] Hernández C. Inhibición y Lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir. Madrid, España: Biblioteca Nueva; 2007.
- [6] Bruna O, Garzón B, Junqué C. Alteraciones de la comunicación en pacientes afectados por traumatismo craneoencefálico. Rev LogopFonAudiol. 1999; 19(2): 69-81.
- [7] Jakobson R. Two aspects of language and two types of aphasic disturbances. En R Jakobson and M Halle, Fundamentals of Language. La Haya, Países Bajos: Mouton; 1956, pp.67-96.
- [8] González R. Administración y valoración del protocolo del lenguaje para pacientes afásicos. Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 2003.
- [9] Briz A. Grupo Val.es.co. ¿Cómo se comenta un texto coloquial? Barcelona, España: Ariel.
- [10] Castellá J. Las tipologías textuales y la enseñanza de la lengua. Sobre la diversidad, los límites y algunas perversiones. Revista Textos; 1996. (10):23-31.
- [11] Hernández C. Inhibición y lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir. Madrid, España: Biblioteca Nueva; 2007.
- [12] Adam JM. Les textes: types et prototypes. Récit, description, argumentation, explication, dialogue. Paris, Francia: Nathan.
- [13] Garcés MP. La repetición: formas y funciones en el discurso oral. Archivo de Filología Aragonesa. 2005; 1(5960): 437-456. Disponible en: <http://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/26/50/024garc.es.pdf>
- [14] Sperber D, Wilson D. La relevancia. Comunicación y Procesos Cognitivos. Madrid, España: Visor; 1994.
- [15] Hymes D. Competence and performance in linguistic theory. En Huxley & Ingram. Eds. Acquisition of languages: Models and methods. New York, NY: Academic Press; 1971, p.3-23.
- [16] Gallardo, B. Criterios lingüísticos en la consideración del déficit verbal. Verba. 2009; 32: 327-352.
- [17] Gallardo B, Moreno V. Afasia no fluente materiales y análisis pragmático. Corpus Perla Vol. 2. Valencia, España: Universidad de Valencia; 2005.
- [18] Gallardo, B. Guía comunicativa para interlocutores –clave en el marco de la conversación afásica. ELUA. 2005; 19: 157-168.

- [19] Goodglass H, Kaplan E. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. 3 ed. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana. 2005.

CURRÍCULOS

Patricia Argüello Vélez. Fonoaudióloga con grado de honor de la Universidad Santiago de Cali. Magister en Lingüística de la Universidad Tecnológica de Pereira (mención sobresaliente de tesis en Fonética). Actualmente es docente de los Programas de Fonoaudiología y Odontología en áreas de desórdenes de la comunicación y el lenguaje. Sus áreas de interés profesional son las relacionadas con lenguaje, lengua, habla y sus especificidades fonéticas acústicas y articulatorias.

Jennifer Palacios. Fonoaudióloga graduada de la Universidad Santiago de Cali. Actualmente se desempeña como fonoaudióloga en el Centro de Neurorehabilitación SURGIR. Sus áreas de interés profesional son las relacionadas con el lenguaje, el neurodesarrollo, el habla y sus especificidades.