



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Acercamiento descriptivo a los trastornos del
lenguaje en pacientes con afasia motora: estudio de
tres casos clínicos

Descriptive approach to language disorders in
patients suffering from motor aphasia: a study of
three clinical case reports

Autor/es

Ana Olleta Vitoria

Director/es

María del Carmen Horno Chéliz

Facultad de Filosofía y Letras
Curso 2019-2020

Índice

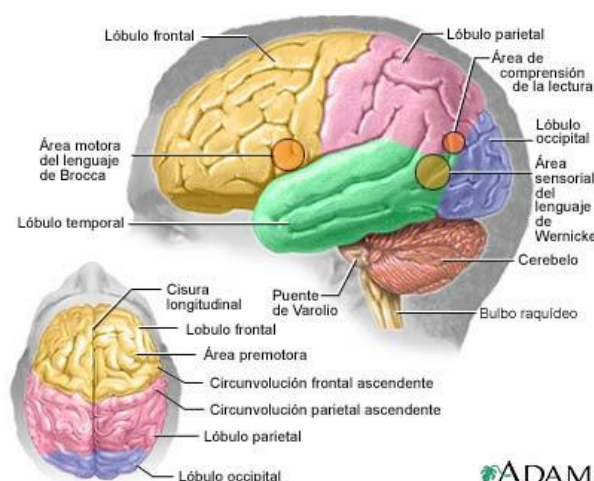
1. Introducción.....	1
2. Metodología de trabajo.....	3
2.1. Objetivos.....	3
2.2. Procedimiento.....	3
2.2.1. Participantes	4
2.2.2. Entrevistas, grabaciones y transcripciones	4
3. Análisis del corpus	5
3. 1. Anomia	5
3. 1. 1. Imaginabilidad y concreción	6
3. 1. 2. Frecuencia de uso	9
3. 1. 3. Nombres comunes VS propios	9
3. 1. 4. Problemas basados en la competición léxica.....	12
3.2. Agramatismos.....	17
3.2.1. Anomalías en el procesamiento de morfemas gramaticales.....	18
3.2.2. Orden de palabras y estructura argumental	21
3.3. Nivel fonético-fonológico: problemas de articulación y fluidez verbal	22
3.3.1. Problemas articulatorios: dislalia.....	22
3.3.2. Alteraciones en la fluidez verbal: tartamudez o disfemia.....	23
4. Conclusiones.....	25
5. Referencias bibliográficas	29
6. Anexos.....	31
a) Transcripción de los vídeos del sujeto 1.....	31
b) Transcripción del vídeo del sujeto 2	36
c) Transcripción del vídeo del sujeto 3.....	39
d) Grado de imaginabilidad de las palabras del corpus	50
e) Acuerdo de ética: CEICA.....	51

1. Introducción

El término afasia se define siguiendo la práctica neurolingüística vigente como «la pérdida del uso del lenguaje, comprensión y producción, como consecuencia de una lesión localizada una vez que el lenguaje ha sido adquirido», tal como dice Miralles en su artículo recogido en Hernández et al., 2002:54. Las afasias se producen repentinamente en sujetos que preservaban su capacidad lingüística intacta antes de sufrir una lesión cerebral, ya sea por un accidente (generalmente cerebrovascular, como el ictus, o por traumatismos craneoencefálicos) o de manera más progresiva en el caso de los tumores cerebrales (Sánchez, 2008:6).

La clasificación de los tipos de afasias se describe teniendo en cuenta las habilidades y conductas lingüísticas que se pierden o se preservan tras la lesión. Se distinguen dos grandes tipos de afasias: las que preservan mayoritariamente la comprensión, pero presentan anomalías en la producción y la fluencia (afasia motora o de Broca); y, por otro lado, las que afectan generalmente a la comprensión, pero no a la producción (afasia sensorial o de Wernicke).

En este trabajo los tres casos clínicos que son objeto de estudio presentan afasia de Broca, por lo que vamos a centrarnos en ella. En concreto la afasia de Broca está relacionada generalmente con la afectación de la parte superior baja del lóbulo frontal (Área de Broca), pero puede tener también relación con lesiones generales en las áreas corticales del lenguaje o en las rutas de asociación cerebrales. (Sánchez, 2008).



Fuente: www.medlineplus.gov/spanish apud Martínez, 2008:4.

Los neurolingüistas por lo general dividen los procesos cognitivos que participan en el lenguaje en tres categorías de actividad: el análisis léxico-semántico, el gramatical y el fonético-fonológico. En lo que atañe a la afasia de Broca, los sujetos presentan anomalías en la recuperación léxica (anomia), problemas de producción morfosintáctica (agramatismos) y alteraciones en la fluidez verbal y la articulación.

Parece lógico que al plantearnos la relación entre las patologías neurológicas y el lenguaje sea necesario abogar por un acercamiento interdisciplinar para poder abordar de manera correcta el objeto de estudio. Para ello, se requiere la colaboración entre todas las ciencias y prácticas que implican las afasias: Neurología, Psicología, Logopedia y la propia Lingüística (Moreno, 2010:18). De este estudio multidisciplinar se encarga el terreno de la Lingüística Clínica, que se aplica a las patologías verbales con el objetivo de desarrollar una función descriptiva, pero también interpretativa de la conducta verbal y de los procesos cognitivos que subyacen en el acto de habla. Por otro lado, pretende desarrollar a su vez una función rehabilitadora que se ajuste a los diferentes tipos de deficiencias (Hernández et al., 2002:8).

Los progresos aplicados de la lingüística clínica permiten avanzar también a la propia lingüística teórica. La facultad del lenguaje de los sujetos sanos y los afásicos es la misma. Su diferencia estriba en las anomalías que los segundos presentan. La comparación de las capacidades lingüísticas que presentan los sujetos afásicos con las de cualquier sujeto sano puede ser muy reveladora sobre las características propias de la facultad del lenguaje.

En cuanto a la organización de esta investigación, en primer lugar, explicamos en la metodología (apartado 2) cuáles son los objetivos del estudio. También especificamos el procedimiento en la obtención de datos, las características de los pacientes que forman la muestra y cómo son las entrevistas, grabaciones y transcripciones que hemos utilizado para llevar a cabo la investigación. En el siguiente apartado, el análisis del corpus (3), estudiaremos uno por uno los distintos problemas que los sujetos muestran en el habla. Este apartado lo hemos organizado en tres epígrafes distintos agrupando los problemas principales por orden de afectación. Estos tres epígrafes son: la anomia (epígrafe 3.1), relacionado con las dificultades en la recuperación léxica; los agramatismos (epígrafe 3.2) manifestados como problemas de base morfo-sintáctica; y los problemas en el nivel fonético-fonológico: problemas de articulación y fluidez verbal (epígrafe 3.3). Por último,

añadimos una conclusión que recoge resumidos los resultados. Para cerrar, incluimos las referencias bibliográficas y los anexos.

2. Metodología de trabajo

2.1. Objetivos

El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo naturalístico de las anomalías presentes en el habla de tres pacientes con afasia motora utilizando grabaciones de entrevistas en su terapia.

Observar y caracterizar los problemas que presentan puede hacer más eficaz el diagnóstico, y, sobre todo, aportar datos útiles a los terapeutas para una exitosa recuperación lingüística. Pero nuestro objetivo no es solo la aplicación práctica de los resultados a la vida de los pacientes, sino también comprender mejor la naturaleza del lenguaje mediante el estudio de los casos patológicos, que muchas veces resultan reveladores en la manera en la que los humanos procesamos y almacenamos el lenguaje. Desde la perspectiva biolingüística, la ciencia del lenguaje debe ser tratada como una ciencia natural, que sea empírica y causal. Las hipótesis deben ser corroboradas por la experimentación y la observación de casos reales y concretos. Es esa la única manera para obtener teorías asentadas y replicables. En este sentido, una profunda comprensión de los procesos patológicos del lenguaje puede ayudar a comprender mejor la naturaleza del mismo.

2.2. Procedimiento

Esta investigación se ha realizado siguiendo el método observacional. Entre sus ventajas está que se trata de un método muy naturalístico que permite estudiar en profundidad los casos. En circunstancias normales, además, puede tener mejor validez externa que el experimental. En esta ocasión, sin embargo, se trata de la observación de casos únicos y poco controlados. Esto conduce a una baja validez interna porque intervienen muchas variables. Otro problema de este estudio es que tampoco goza de gran validez externa, ya que la muestra es muy poco representativa (solo estudiamos 3 sujetos) y por lo tanto los resultados no son generalizables. A pesar de ello, tiene que ser entendido como un análisis previo para ver cuáles son las lagunas en las que se requiere más

investigación. Es un análisis preexperimental que puede ser muy útil para preparar, en el futuro, estudios más controlados y extensos que puedan ser generalizables.

Este estudio se ha basado en los datos proporcionados por el Hospital San Juan de Dios al grupo de investigación de la DGA Psylex, con el objetivo de utilizarlos en proyectos como el presente. Cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), incluido en los anexos. Estos datos corresponden a grabaciones de entrevistas en el entorno terapéutico del habla y las fichas médicas de tres pacientes ingresados en el Hospital San Juan de Dios en el área de Neurología¹.

2.2.1. Participantes

Los tres sujetos que estudiamos presentan afasia motora como resultado de distintas patologías (ictus o hemorragia). Todos ellos fueron diagnosticados por el Dr. Ángel Luis García Forcada. En el momento de la recogida de datos, los tres sujetos estaban recibiendo tratamiento neurológico para su recuperación en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

El sujeto 1 es un hombre de 75 años que ingresó el 29 de mayo de 2019. Desarrolló afasia tras debutar con un infarto isquémico (ictus) temporoparietal luego transformado en una hemorragia producida por fibrinolisis².

El sujeto 2 es una mujer de 68 años, ingresada el 5 de octubre de 2019. Ingresó con afasia motora por un infarto agudo insular izquierdo (ictus isquémico).

El Sujeto 3 es un hombre de 67 años ingresado el 30 de noviembre de 2019 tras cirugía en el Hospital Miguel Servet por recidiva de glioblastoma multiforme e isquemia aguda como consecuencia de la intervención.³

2.2.2. Entrevistas, grabaciones y transcripciones

Las grabaciones fueron realizadas por el Doctor Diego Rodríguez Gascón entre los meses de septiembre y noviembre de 2019. Tienen una duración de 6:28 y 2:57 minutos

¹ Si alguna persona interesada quisiera acceder a estos datos con fines de investigación, puede ponerse en contacto con el grupo Psylex. Tanto las grabaciones originales como las fichas médicas no se incluyen en los anexos para preservar la intimidad de los pacientes.

² Con el taponamiento de la arteria cerebral, se le introduce un medicamento químico (fibrinolisis o trombectomía) que permite deshacer el trombo, pero que le produce hemorragia cerebral como efecto secundario. No se puede afirmar cuál de los dos es el verdadero origen de la afasia.

³ Debe ser intervenido quirúrgicamente por una reproducción (recidiva) de un tumor cerebral (glioblastoma multiforme) maligno donde antes lo tuvo. Como consecuencia de la intervención se produce una falta de riego sanguíneo (isquemia aguda), lo que le genera la afasia.

(vídeos del sujeto 1), 2:54 minutos (vídeo del sujeto 2) y 15:19 minutos (vídeo del sujeto 3). En estos vídeos se reproducen las entrevistas entre el médico y los pacientes en el entorno de la habitación del hospital donde están ingresados. El efecto de las grabaciones sobre los pacientes es mínimo, ya que están habituados a la presencia del personal sanitario y a los exámenes lingüísticos que les realizan sus médicos en el entorno de la rehabilitación neurológica. Las transcripciones de estos vídeos (incluidas en anexos) fueron realizadas por un miembro del grupo *Psylex* (transcripción del sujeto 1) y Sara Rodríguez Gascón –becaria de colaboración en este grupo– (transcripciones de los sujetos 2 y 3). En todas ellas se indica en una pequeña leyenda al principio cuáles son los criterios que se han seguido para su elaboración.

3. Análisis del corpus

Hemos ordenado la información aportada por los datos del corpus en tres apartados teniendo en cuenta la frecuencia de su aparición en el habla de estos tres pacientes. El primero está relacionado con la anomia, que es la dificultad de acceso al lexicón mental. Lo hemos subdividido en diferentes secciones: los problemas relacionados con el rasgo semántico [\pm imaginabilidad] [\pm concreto/abstracto], los relacionados con la variable de la frecuencia de uso, las diferencias de acceso mostradas entre nombres comunes y propios y, por último, los problemas de competición léxica. El segundo punto explica los agramatismos. En concreto, se centrará en la dificultad de estos pacientes para procesar morfemas libres y ligados y también, en las anomalías en el orden de palabras y la estructura argumental. El último punto está dedicado al nivel fonético-fonológico, donde tratamos las anomalías en la articulación (dislalia) y la fluidez verbal (tartamudez o disfemia).

3. 1. Anomia

Este es el problema más frecuente entre los sujetos del corpus. Consiste en la dificultad para encontrar las unidades léxicas que necesitan. Los pacientes no tienen problemas con el significado, comprenden lo que les dice su interlocutor y saben qué

quieren decir, pero no encuentran el léxico adecuado para verbalizarlo, lo que genera que muchas veces entren en bloqueos de los que no pueden salir⁴.

A pesar de que los hablantes pueden tener problemas en su acceso a cualquier unidad léxica, la incidencia de este problema no es la misma para todas las palabras, de modo que podemos decir que el sustantivo es la clase de palabras más afectada. Además, en el análisis de los enfermos de este estudio hemos encontrado cuatro variables que parecen influir: en primer lugar (epígrafe 3.1.1), una posible influencia del rasgo [\pm imaginabilidad], de manera que cuanto menos imaginable es una palabra, más parece costar acceder a ella; en segundo lugar (epígrafe 3.1.2), vemos que la frecuencia de uso influye significativamente en el acceso al lexicón. En tercer lugar, (epígrafe 3.1.3), advertimos una diferencia en el acceso a nombres propios y comunes. Por último, en el epígrafe 3.1.4 tratamos los problemas de competición léxica: en ocasiones, la existencia de otras palabras de acceso más inmediato dificulta el acceso a la que están buscando.

3. 1. 1. Imaginabilidad y concreción

El rasgo de la imaginabilidad fue definido por Valle Arroyo (1998:5) como la facilidad o dificultad que tiene un hablante para formar una imagen mental del significado de una palabra. Su naturaleza es gradual, pero a efectos de esta investigación se puede considerar de rasgo binario, de manera que, superado un umbral⁵, una palabra se considere imaginable. En la bibliografía al respecto (véase Valle Arroyo,1998:5) se ha observado que los sujetos, ante las palabras fácilmente imaginables, presentan un menor tiempo de reacción y tienen mayor número de aciertos en tareas como la decisión léxica, pruebas semánticas o pruebas de memoria... En cierta medida, la imaginabilidad está altamente correlacionada con los rasgos [\pm concreto/abstracto], por lo que se suele asociar las palabras menos imaginables con las abstractas y las más imaginables con las concretas.

Así, dado que las palabras imaginables son más accesibles, suponemos que en nuestro corpus los pacientes presentarán más problemas con las palabras poco imaginables o abstractas.

⁴ Se pueden producir también sustituciones léxicas, como el uso recurrente de muletillas que aparezcan ocupando el lugar de las palabras a las que el paciente no consigue acceder (véase la transcripción del sujeto 1: líneas 28-33).

⁵ 3,5 sobre una escala del 1 al 7 numerada de menos a más imaginable (3,5/7).

En nuestro estudio ninguno de los sujetos tiene problemas en el acceso a palabras con rasgo [+imaginabilidad] [+concreto]. Todos aciertan con cierta rapidez a las preguntas del entrevistador que les demanda el nombre concreto de algunos de los objetos que ven en su entorno cercano como son el bolígrafo o el reloj para el sujeto 1; de nuevo el bolígrafo, el vaso o la botella para el sujeto 2; o el boli, las gafas, el botón y el ojal para el sujeto 3. Todas ellas con una media de imaginabilidad superior a 5,8 según el corpus EsPal (Dunchon et al., 2013)⁶.

Sin embargo (a excepción del sujeto 3), no ocurre lo mismo en el acceso a sustantivos abstractos que refieren a instancias temporales como los meses. El sujeto 1 presenta este problema cuando el entrevistador le pregunta por el mes en el que se encuentran y él dice *diciembre*. Acto seguido se da cuenta de que el sustantivo que ha utilizado no es el acertado y se bloquea. Se manifiesta también esa dificultad en encontrar nombres abstractos en la expresión de su edad en años:

E: Muy bien ¿cuántos años tienes?

I: E... nov... eeee... el..eh...el...lo...el...lo...puf mmm...*chasquido con la lengua* eee eee eel ogust... es, og, es, culte el va [cuenta con los dedos] eee conte *chaquido con la lengua* el com/ el contr/

Fragmento 1: transcripción del sujeto 1⁷

A tenor de los datos observados se confirma un aspecto de la hipótesis planteada: los pacientes tienen problemas con conceptos abstractos. Este es el caso de conceptos relacionados con el tiempo. El sujeto 1 muestra problemas tanto en nombrar los meses, como hemos visto anteriormente (*diciembre*), como en expresar su edad; o en este caso, en explicar para qué sirve un objeto como el reloj, mostrando una respuesta ininteligible, salvo por la comprensión de *horas*.

E: Muy bien ¿eso que llevas tú en la muñeca?

I: Esto, reloj

E: Muy bien ¿para qué sirve?

I: Es, lo que, el torque... [hace un signo del movimiento de las agujas del reloj] que, el *buff* el que pasa las horas eh eh en campe en...tonces

E: ¿Vale para mirar la hora no?

I: Claro, pues

Fragmento 2: transcripción del sujeto 1

⁶ Grado de imaginabilidad en una escala numerada del 1-7 de menos a más imaginable. Consultado en el corpus *EsPal* (Dunchon et al., 2013). En los anexos se recoge una tabla con las puntuaciones obtenidas por las palabras consultadas en dicho corpus.

⁷ Véase también la transcripción del sujeto 2 (líneas 10-13) y el sujeto 3 (líneas 5 y 6).

Sin embargo, la otra parte de la hipótesis planteada no se mantiene: estas palabras con las que los pacientes están teniendo problemas (*diciembre* u *horas*) presentan medias de imaginabilidad de 5,44 y 4,6⁸, porque se asocian a través de la cultura con imágenes culturales fácilmente reconocibles. Por ejemplo, relacionamos imágenes como la Navidad, el invierno o la lotería a *diciembre*. Lo mismo ocurre con *horas*, que lo asociamos con la imagen de un reloj. En estos casos, los pacientes encuentran problemas en su acceso a pesar de que son conceptos imaginables, por su alto rasgo de abstracción. Por este motivo recomendamos que los terapeutas no se fijen solo en los datos que ofrecen los corpus de imaginabilidad para su objetivo, puesto que los sustantivos imaginables pueden tener un grado de abstracción muy alto que dificulte considerablemente su acceso.

Este hallazgo invita a reflexionar acerca del conocimiento lingüístico del acceso al lexicón mental. El rasgo de [\pm imaginabilidad] está directamente relacionado con lo visual, y, por lo tanto, con lo sensorial y físico. Requiere menos esfuerzo cognitivo formar imágenes mentales de las palabras concretas más imaginables porque las percibimos sensorialmente y solo debemos recordar su forma. La conceptualización de las palabras abstractas requiere imaginar lo nunca percibido sensorialmente para luego verbalizarlo, por lo que supone una mayor complejidad. En ocasiones, sin embargo, se forma una imagen mental de un término abstracto a través de una representación cultural, lo que simplifica el proceso.⁹ Como conclusión, podemos decir, por lo tanto, que en la conceptualización de las palabras, los rasgos de [\pm imaginabilidad] y [\pm concreto/abstracto] interaccionan.¹⁰

Como aportación a la recuperación de los pacientes, los terapeutas deberían trabajar y reforzar más los ejercicios con palabras menos imaginables, aunque sin ignorar otras palabras imaginables cuyo grado de abstracción sea alto. Tanto unas como otras generan a los pacientes problemas más severos que las imaginables y concretas.

⁸ De nuevo, en el corpus *EsPal* (Dunchon et al., 2013).

⁹ Proponemos la revisión de los estudios sobre imaginabilidad para comprobar si efectivamente, como hemos visto en nuestro corpus, las palabras abstractas imaginables se comportan como las no imaginables.

¹⁰ Toda esta reflexión encuentra también bases en la corporeización o *embodiment* que tanto ha sido investigada por la lingüística cognitiva en la construcción de metáforas conceptuales. Estos lingüistas (véase Ibarretxe-Antuñano, 2018:40) señalan que la experiencia y el conocimiento del mundo exterior, además de la cultura, se ven reflejados en la manera en la que los hablantes de una determinada lengua generan estructuras conceptuales. El rasgo semántico de [\pm imaginabilidad] es solo otra prueba de la importancia de la percepción e interacción que tenemos con el mundo físico y de su huella directa en nuestro pensamiento y nuestro procesamiento del lenguaje.

3. 1. 2. Frecuencia de uso

Otra variable muy importante en el proceso de acceso al lexicón es la de la frecuencia de uso. Cuanto más frecuente es una palabra menos tiempo necesita el sujeto para tomar su decisión en una tarea de «decisión léxica». Esto se debe a que las palabras de alta frecuencia son más fáciles de procesar. Las palabras de uso poco frecuente cuesta más recuperarlas y suelen formar parte de nuestro vocabulario pasivo: palabras que comprendemos, pero que no solemos utilizar.¹¹ Por este motivo suponemos que los pacientes de este corpus tendrán menos problemas con las palabras más frecuentes.

Esta hipótesis se cumple. Los pacientes encuentran menos dificultades en el acceso a palabras que utilizan en su uso diario, como, por ejemplo, sus propios nombres o los objetos cotidianos como el vaso. Parece que prácticamente los han automatizado por esa alta frecuencia de uso. Sin embargo, cuando se les exige nombres menos frecuentes como el nombre del hospital en el que fueron atendidos, los problemas son mayores (véase en sujetos 1 y 3 en los Fragmentos 4 y 5 que se recogen en el siguiente epígrafe).

Sin duda, la frecuencia ha de ser una variable a tener en cuenta en la terapia. Puede ser muy útil practicar con palabras necesarias para la vida de los pacientes como los nombres de sus médicos, los medicamentos que toman, cómo se sienten, la expresión del dolor o de la movilidad... Así se conseguirá que aumente la frecuencia de estas palabras en su lexicón, y, por lo tanto, que mejore su disponibilidad léxica.

3. 1. 3. Nombres comunes VS propios

La lengua nos permite comunicarnos con los demás vinculando el lenguaje con la realidad. En este sentido, los nombres propios y los nombres comunes se diferencian precisamente en la distinta relación que mantienen con el mundo extralingüístico: los nombres propios se ligan directamente con la entidad a la que refieren, su referente. Por ejemplo, el nombre propio *Zaragoza* refiere a la ciudad que es hoy en día capital de Aragón. Esta relación se construye sobre la convención de unir la palabra directamente con la realidad extralingüística, no por el significado que el nombre propio pueda albergar. El nombre propio *Margarita* refiere a una mujer, pero sin ningún tipo de connotación a que esta tenga características florales.

¹¹ Se ha comprobado además que la frecuencia de la base es lo que más importa: *niño* se procesará tan rápido como *niños*. (Aguirre:2010, 366).

Por el contrario, la relación de los nombres comunes con la realidad extralingüística se hace en virtud de su significado denotativo: es mediante su contenido semántico que se establece su relación con el mundo (real o imaginaria). El nombre común *taza* puede relacionarse potencialmente con cualquier taza porque su significado es aplicable al conjunto de objetos que cumplen las características de ‘vasija pequeña, por lo común de loza o de metal y con asa, empleada generalmente para tomar líquidos’. Los nombres comunes no refieren a un objeto único en el mundo, sino que son aplicables a la clase entera de objetos del tipo especificado, o extensión: la palabra *taza* denota a la clase extensional de las tazas (Escandell, 2011:23).

Después de este recorrido, parece lógico que el acceso a nombres comunes y propios no sea el mismo: el acceso de los nombres propios es directo (nombre-referente) frente al de los comunes que se hace a través de la clase extensional a la que denota el significado de la palabra.

Por otro lado, los últimos estudios neuropsicológicos demuestran que los nombres propios y los comunes siguen también dos vías de procesamiento neuronalmente distintas y esa diferencia se debe a las características semánticas que diferencian a las dos clases. Los nombres propios refieren a entidades o eventos únicos, pero no suelen nunca denotar características o categorías semánticas más generales que los describan (atributos, conceptos, categorías). Este hecho genera que la relación cognitiva que mantienen los nombres propios con su referente sea particularmente frágil. Los nombres comunes, al designar categorías, requieren un solapamiento de conexiones neuronales en los que se van superponiendo los distintos componentes del concepto. Así, consiguen que la activación neuronal sea múltiple y, por lo tanto, más fuerte. Sin embargo, los atributos semánticos de los nombres propios poseen solo la información incidental que se relaciona individualmente con la forma fonológica exclusiva relacionada, lo que produce que estas conexiones sean más periféricas y, por lo tanto, más frágiles. (Semenza, 2006:884, 2009:348)

Esta diferencia en las características semánticas de las dos categorías genera también que su recuperación sea distinta: mientras un nombre común tiene sinónimos con los que se puede sustituir con un significado parecido (por todas esas conexiones solapadas que comparten), los nombres propios se vuelven inespecíficos o irreconocibles si se intentan sustituir u omitir. (Brédart, 1993 *apud* Pavão y Farrajota, 2007:1745).

Todo lo expuesto invita a suponer que los pacientes de este estudio encontrarán más problemas en el acceso a nombres propios que a los comunes.

Los tres sujetos encuentran con facilidad nombres comunes específicos requeridos por el entrevistador: *el bolígrafo* o *el reloj* (sujeto 1); *el bolígrafo*, *el vaso* o *la botella* (sujeto 2); o *el boli*, *las gafas*, *el botón* o *el ojal* (sujeto 3). Sin embargo, el sujeto 2 no consigue nombrar el *folio* o *papel*.

E: ¿Cómo se llama esto que estabas usando? (Refiriéndose a un boli)

I: Un bolígrafo

E: ¿Y el sitio en el que escribías?

I: El boli.

E: No.

I: El boli.

E: Vale, eso es un folio, ¿no? O un papel.

I: Ah, un folio, un folio [asiente con la cabeza hasta dos veces].

Fragmento 3: transcripción del sujeto 2

Cuando lo que demanda el entrevistador son nombres propios, los pacientes en ocasiones tienen problemas, como cuando deben recordar el nombre del hospital donde se encuentran (sujeto 1), el hospital en el que fueron atendidos (sujeto 1 o 3) o el nombre de alguno de sus médicos (sujeto 1).

E: ¿Cómo se llama este sitio donde estamos ahora?

I: El Juan va... eh Boscós, eh cam...bal que el bas... que *buff*

[...]

E: ¿En qué hospital te atendieron?

I: Eso... el serdovulo

E: En el ser...

I: El serve, en el ve

[...]

E: Vale ¿te acuerdas cómo se llamaba alguno de tus médicos?

I: Eeh... el ne, en el, no... culpe, es que, es que el otro, eeh eh, el... el *buff*

Fragmento 4: transcripción del sujeto 1

E: ¿De qué hospital vienes?

I: Del de... de... de... [CON GRAN DIFICULTAD] [niega con la cabeza, como gesto de frustración] grande.

E: Vale. En la casa grande.

I: En la casa grande [y asiente con la cabeza].

E: ¿Sabes el otro nombre para ese hospital, que tiene otro nombre?

I: Oye, pues sabes que... [se coge la barbilla con la mano izquierda como pensativo]. [PAUSA] Eee, no.

Fragmento 5: transcripción del sujeto 3

Sin embargo, en ocasiones no. Así, por ejemplo, los tres pacientes aciertan en sus propios nombres. En el caso del 3, también acierta con facilidad el nombre de su mujer (*Ana*), el de su hijo (*Ale, ale, ale...Alejandro*) y dice su dirección postal a la perfección (*Cardenal Cisneros, número 4, 1ºB*). Como vemos, este sujeto se muestra más ágil en el

acceso a los nombres propios que los otros dos. La diferencia entre unos y otros puede estar en la edad de adquisición. Hemos visto que los sujetos muestran más problemas en los nombres propios, en los de los hospitales o de los médicos, que son nombres seguramente más recientes en su lexicón. Sin embargo, vemos que no fallan en sus nombres propios o en los nombres de sus familiares (en el caso ya revisado del sujeto 3). Esto se puede deber a que las palabras que aprendemos con anterioridad se encuentran en redes léxicas más tupidas que protegen las palabras más antiguas.¹²

De este modo, los datos obtenidos no corroboran la hipótesis inicial. Para los pacientes de este estudio, el rasgo común/propio no explica, por sí solo, la facilidad de acceso al léxico.

Por otra parte, hemos encontrado en este análisis un rasgo que parece importante para los problemas de anomia: la edad de adquisición. Desde un punto de vista práctico, puede resultar muy inconveniente en la vida de los pacientes no poder acceder a los nombres que acaban de adquirir, en especial si son nombres propios relevantes para ellos. Así, la propuesta sería que el terapeuta reforzase especialmente el acceso a los nombres propios más recientes mediante ejercicios prácticos con los pacientes. Compensar la variable de la edad de adquisición con la de la frecuencia puede ser un modo de obtener una recuperación más rápida, exitosa y eficiente.

3. 1. 4. Problemas basados en la competición léxica

Como ya hemos visto, las palabras se organizan en redes léxicas interconectadas, en las que se preservan las palabras más antiguas. ¿Pero, qué son exactamente las redes léxicas? Digamos que el lexicón mental funciona como un gran diccionario de nuestro vocabulario mental, pero no es una lista de palabras, sino que es un sistema muy estructurado. El conocimiento sobre una palabra es una representación mental muy compleja y condensada que reúne distinta información. Más que proporcionar una definición explícita de las palabras, el lexicón mental representa significados en término de patrones de uso, además de conexiones entre palabras y experiencias sensoriales (Elman, 2009 *apud* De Deyne et al., 2016). Esta estructuración da respuesta a por qué los hablantes buscamos inconscientemente siempre regularidades y patrones entre las

¹² No solo actúa esta variable en los pacientes afásicos, también lo vemos en los pacientes con la enfermedad del Alzheimer, pues las últimas palabras que aprenden son las primeras que olvidan (Horno y Cuetos, 2016).

palabras, incluso cuando estos no son reales (un ejemplo es el fenómeno de la etimología popular¹³).

Estos comportamientos inconscientes revelan que el lexicón mental se construye a través de redes léxicas gigantescas de información asociativa entre las palabras. Esta arquitectura léxica especifica el contenido, funcionalidad y organización del conocimiento sobre las palabras. Estas están representadas por nodos que generan conexiones que las asocian entre ellas. Las palabras se interrelacionan en virtud a distintas propiedades: semánticas, sintácticas, fonéticas, perceptuales, pragmáticas... Los nodos conceptuales o palabras se relacionan entre sí en cuanto a su significado, por conceptos (en relaciones de hipernonimia, sinonimia, antonimia, metonimia...) y por su significante, la imagen acústica (patrones fonéticos, prosodia, rimas...), una distinción ya bien conocida propuesta por Saussure en su *Curso de Lingüística General* (1916).

Para entender la manera en la que se realizan las conexiones es necesario entender la noción de *activación extensiva o difusión por activación (Spreading Activation)* propuesta por Collins y Loftus (1975; *apud* De Deyne et al., 2016:8). Una vez que una palabra de la red se activa, esa activación se extiende a otras palabras con las que está conectada, y rápidamente acaba disipándose con tiempo y distancia (Collins Loftus, 1975; Den Heyer, & Briand, 1986; *apud* De Deyne et al., 2016:8). Mediante la activación extensiva, se pone de manifiesto cómo está relacionado el significado con las palabras y cómo estas están entrelazadas entre sí.¹⁴ Por eso, estudiar las conexiones anómalas de los pacientes afásicos, en contraposición a lo esperado en un sujeto sano, puede revelarnos mucho sobre la compleja estructura que forma el lexicón mental. El acceso a una pieza léxica puede interferir con el acceso a los demás, generándose problemas de competición léxica en los pacientes afásicos. Suponemos que, en nuestro estudio, los pacientes mostrarán problemas de competición. Efectivamente, los datos experimentales de nuestro corpus demuestran que los sujetos presentan problemas de competición tanto en sus redes

¹³ Se asocia un significado a una palabra por su similitud fonética o su proximidad semántica y se genera una etimología inferida por el significado, que, aunque *a priori* es incorrecta, acaba imponiéndose. Este fenómeno ocurrió con la palabra *mandarina* actual, que, como es una fruta que se monda bien, vulgarmente se denominaba *mondarina* por la ignorancia de su étimo asiático original o porque resultaba muy complicado.

¹⁴ La escala de la red es crucial: si la red es demasiado pequeña o demasiado pobre, las conexiones y el mecanismo de activación extensivo se vuelve parcial y las palabras con menos frecuencia se volverán inalcanzables (no tendrán conexiones entrantes). Este fenómeno está directamente relacionado con el epígrafe 3.1.2., demostrando que la frecuencia de uso es relevante en muchos aspectos de la comunicación.

semánticas (sujeto 1 y 2) como en sus redes por significante (sujeto 1). El tercer sujeto no muestra problemas de competición.

Veamos algunos ejemplos de competición léxica que tiene que ver con las redes semánticas: en un momento de la entrevista, el entrevistador le pregunta al sujeto 1 en qué mes se encuentran. El paciente dice *diciembre*, aunque la palabra que realmente busca es *septiembre*. Como vemos, se trata de dos unidades léxicas con un significado muy próximo que compiten entre sí y provocan problemas.

E: ¿sabes en qué mes estamos ahora?

I: Eh, en, en, mes de diciem... em, eh, ener...

Fragmento 6: transcripción del sujeto 1

En otro momento, el entrevistador le pregunta a este mismo sujeto (1) en qué trabajaba. Tras mucho esfuerzo, consigue hacer entender que era conductor y que su hijo también. A la hora de especificar de qué medio de transporte, dice *ambulancia*, pero en seguida se da cuenta de que no es el tipo de transporte que buscaba. No llegaremos a saber cuál es el medio de transporte que busca, pues el efecto disruptivo de la competición léxica es demasiado fuerte y el paciente desiste.

E: ¿Tu hijo también es conductor?

I: Eh, entonces

E: ¿Él qué conduce?

I: Eh, entonces, ambulancia

E: Vale, entonces tu hijo conduce ambulancias

I: No, entonces

E: No. Tú conducías ambulancias

I: Eh, no, el de *pele peque*

Fragmento 7: transcripción del sujeto 1

En cuanto al sujeto 2, el entrevistador le pregunta por el nombre del botón, señalándoselo, y ella contesta que se llama *sujetador*. En esta ocasión, la palabra derivada compite con la unidad léxica y dificulta su acceso.

E: Bien, vale. ¿Cómo se llama esto que te señalo yo aquí? (Botón).

I: Eso... suj... suj... sujetador.

E: ¿Seguro?

I: Sujetad... [Se tapa de nuevo la boca con la mano y baja la cabeza. Chasquea la lengua y niega con la cabeza]. Suj-e-tador [Se pone la mano en la frente, baja la cabeza y niega de lado a lado].

Fragmento 8: transcripción del sujeto 2

Más allá de los problemas de competición, hay un asunto interesante sobre el tipo de dificultades que acabamos de presentar. Para dar cuenta de ello, hay que entender la manera en la que las palabras del lexicón se jerarquizan y categorizan¹⁵.

En este caso, nos interesa la dimensión vertical de la categorización o Teoría del Nivel Básico (véase Valenzuela, Ibarretxe-Antuñano, 2016:13), que se basa en el nivel de detalle, en la especificidad o generalidad de los miembros de la red. Los tres niveles de categorización propuestos por Rosch et al. (1976; *apud* Valenzuela, Ibarretxe-Antuñano, 2016: 14) son los que siguen. El nivel supraordenado es el más general e incluye miembros muy diferentes entre sí que representan clases generales (*animal*). El nivel básico o de base 0 (*perro*) es el más eficiente e importante cognitivamente: la relación entre la cantidad de información semántica aportada y el coste de procesamiento cognitivo necesario para su procesamiento es óptima. Son los que más rápido se identifican porque se relacionan con imágenes mentales simples y suelen ser las que primero adquieren los niños. Por último, el nivel infraordenado (*chihuahua*) es el más específico y ofrece muchos más detalles del nivel básico, pero es más costoso de procesar.

Conociendo esta clasificación, resulta curioso que los pacientes afásicos de nuestro corpus tengan problemas en el acceso al nivel básico o de base 0 y no a los otros dos. Este es el caso del sujeto 1: como vimos en el fragmento 6, el entrevistador le pregunta en qué mes se encuentran y el sujeto contesta que *diciembre*, pero en realidad están en septiembre. En él vemos cómo es capaz de acceder al campo semántico de los meses del año, pero una vez dentro, no es capaz de inhibir la palabra correcta. Curiosamente, accede sin problema al nivel supraordenado (*mes*), pero es incapaz de acceder correctamente al nivel básico (*septiembre/diciembre*). Resulta llamativo que no acceda al nivel de base 0, que los niños ya controlan en sus primeros discursos, y procese mejor uno más general.

Otro ejemplo similar lo encontramos también en el fragmento 7 de este mismo sujeto. En este caso, volvemos a ver un problema claro en el acceso al nivel de base 0 (*ambulancia*) y no al supraordenado (*transportes*). Es incapaz de distinguir los detalles

¹⁵ Las diferentes dimensiones de la categorización humana se establecen a partir de dos principios generales (Evans y Green 2006:255 *apud* Valenzuela, Ibarretxe-Antuñano, 2016:12): el principio de economía cognitiva (procesar la mayor cantidad de información con el menor esfuerzo posible, que es esencial para la dimensión vertical de la categorización) y el principio de la estructura del mundo percibido (crucial para la dimensión horizontal de la categorización, en la que se forman prototipos representativos de los elementos que componen la categoría).

semánticos entre los ítems de nivel básico (diferenciar los tipos de transportes), mostrando problemas de competición por inhibición¹⁶.

Es muy incómodo para los pacientes no poder distinguir con claridad los matices semánticos que diferencian las palabras con características similares, pues por lo general son palabras muy comunes en nuestro día a día. Para la terapia, se debería tener en cuenta la dificultad de los afásicos en el acceso al detalle en las piezas léxicas de los campos semánticos. Puede ser útil hacer ejercicios específicos con los pacientes que requieran buscar palabras concretas para activar las conexiones en sus redes semánticas.

Una vez comentados los problemas que se ocasionan por la competición basada en las redes semánticas, pasemos a los que se originan en las redes a través del significante: ya sea porque riman, porque se parecen sus patrones de acentuación, porque tienen el mismo número de sílabas, una forma parecida...¹⁷

El sujeto 1 es el único que muestra problemas de competición en las redes del significante en esta investigación. Cuando trata de buscar el mes en el que se encuentra (septiembre), recurre a nombrarlos todos, para encontrar el que le interesa. El fragmento 6, por tanto, continúa del siguiente modo:

E: ¿sabes en qué mes estamos ahora?

I: Eh, en, mes de diciem... em, eh, ener... [empieza a contar con los dedos]
enero, ferbero, marzo, abril, ees... me-lo-cotón... me-lo-to. No...co-leja, eh

Fragmento 9: transcripción del sujeto 1

Como vemos, en su búsqueda del mes correcto, confunde la palabra *mayo* con la palabra *melocotón*. Lo único que comparten estas dos palabras es el fonema inicial, lo que conduce a su error¹⁸.

Otro caso similar lo recogemos en el fragmento 10: el sujeto 1 en este caso sustituye en la repetición de una secuencia la palabra *lleva* por *rema*. Las dos palabras riman, tienen las mismas vocales y el mismo ritmo acentual, además de el mismo número de sílabas:

E: Repetimos “El río lleva agua fría”

I: Rema agua, está con, está que, lo...eeee...eso... la...el lodo mero

E: Mira, lo intentamos otra vez “El río lleva agua fría” [MÁS DESPACIO]

I: El río rema...

Fragmento 10: transcripción del sujeto 1

¹⁶ Cabe recordar que elegimos las palabras deseadas por inhibición de las que no lo son.

¹⁷ Estas relaciones se ponen de manifiesto en la sensación de «tener una palabra en la punta de la lengua» cuando no la encontramos, porque recordamos alguno de sus fonemas, pero no la totalidad. (Aguirre, 2010:369).

¹⁸ Sería interesante poder investigar si realmente la palabra *melocotón* es una palabra más recurrente y con más frecuencia de uso en su lexicón, que la que podría tener la palabra *mayo*, que, como ya hemos visto (epígrafe 3.1.2.), es una variable que puede intervenir en el acceso.

En los dos casos que presentamos (fragmentos 9 y 10), el significante le hace recordar otra palabra muy distinta a la que él buscaba. Este hallazgo nos muestra que en el lexicón mental las conexiones por significante son más fuertes y rápidas que las de significado. Los enlaces de una y otra red son distintos y parecen estar distintamente reforzados. Parece evidenciar también que en la terapia sería muy interesante y útil incluir pistas fonéticas en el acceso a las piezas léxicas que buscan, puesto que, al ser tan fuertes estas relaciones por significante, el acceso se verá facilitado.

En definitiva, podemos concluir este apartado afirmando que los problemas de anomia que presentan los pacientes que hemos descrito aportan datos muy interesantes sobre la naturaleza del lexicón y su organización. Es muy significativa la influencia que ejerce sobre el lexicón la relación que se mantiene con el mundo extralingüístico. Tiene un gran peso la información sensorial, ya que cuanto menos esfuerzo cognitivo requiera generar una imagen de un concepto, más fácil será el acceso a este, como hemos visto con el rasgo [\pm imaginabilidad]. También hay que tener en cuenta la frecuencia de uso de las palabras que se buscan: cuanto más frecuentes son, más accesibles resultan para los pacientes. Son importantes también las relaciones que se mantienen entre el lenguaje y la realidad, como ocurre con la denotación y la referencia de los nombres comunes y propios.

En cuanto a su organización mental, son cruciales las conexiones que mantienen los elementos entre sí formando una gran red de redes, en las que el acceso a un elemento puede interferir en el acceso a los demás, como ocurre en estos casos de competición (sea por el significado o por el significante).

Por otra parte, aplicando los hallazgos a la utilidad para la mejora de la vida de los pacientes, puede ayudar practicar mediante conversaciones dirigidas que den importancia al acceso al léxico; no solo para reforzar las redes léxicas, sino también para mejorar su comunicación con la realidad extralingüística, expresando mensajes más comunicativos y, por lo tanto, sintiéndose más seguros en el acto de habla.

3.2. Agramatismos

Pasando a otro terreno, el agramatismo es otro de los síntomas típicamente relacionados con la afasia de Broca y se atribuye a una anomalía en el procesamiento morfosintáctico. Es cierto que los pacientes varían en su sintomatología, pero el problema

que se muestra de manera más consistente es la omisión de morfemas (tanto libres como ligados). Los pacientes muestran en su habla omisiones de artículos o preposiciones, por ejemplo, o se decantan por los infinitivos en lugar de las formas finitas de los verbos. (Almagro, 2005: 371). Este problema es especialmente problemático en lenguas con rica morfología, como el español o el italiano. Vemos este problema reflejado en la repetición de secuencias del sujeto 1 (no procesa correctamente la información gramatical expresada por los morfemas libres, por lo que es incapaz de repetirla):

E: Regimiento de caballería

I: Eremimimiento con los cabayería

Fragmento 11: transcripción del sujeto 1

Por otro lado, se ha observado que los pacientes agramáticos componen oraciones con complejidad estructural mínima: tienden a reducir la longitud oracional y en algunos casos también producen omisiones o nominalizaciones de los verbos de las oraciones. También es habitual la reducida variedad de tipos oracionales. Las más numerosas son las oraciones que mantienen el orden canónico (SVO). Además, los verbos tienden a aparecer en estructuras gramaticales mínimas (verbos intransitivos o transitivos con un solo argumento)¹⁹.

El hecho de que los agramáticos tengan problemas tanto en los morfemas gramaticales, como en los verbos, señala que no es un fenómeno unitario, sino que implica en esta alteración a distintos mecanismos de procesamiento: se trata de un déficit multicomponencial y heterogéneo que implica la alteración tanto de la morfología como de la sintaxis.

Para la explicación de los agramatismos encontrados en nuestro corpus hemos dividido la exposición en dos secciones. Por un lado, se encuentran las anomalías en el procesamiento de morfemas gramaticales (ligados y libres), expuestas en el primer epígrafe (3.2.1). En el segundo (3.2.2), encontramos los problemas más relacionados con la sintaxis en la construcción de las oraciones (construcción de oraciones activas simples y estructura argumental muy básica).

3.2.1. Anomalías en el procesamiento de morfemas gramaticales

¹⁹ Por otro lado, aunque más controvertido, autores como Schwartz et al. (1980; *apud* Almagro, 2005:374) también añaden otro síntoma: la alteración del orden de las palabras en la oración, especialmente la de los argumentos verbales. Pero este punto de vista cuenta con menos unanimidad. En cuanto a nuestro estudio, no podemos aportar ejemplos significativos debido al pequeño tamaño de la muestra.

Entre los problemas de los pacientes del corpus con la morfología flexiva destaca especialmente su dificultad en el procesamiento de los morfemas gramaticales ligados (sustituyéndolos). Vamos a ver cómo esta anomalía afecta, por un lado, a nivel de sintagma y, por otro, a nivel oracional.

En el nivel sintagmático, sobre todo en los Sintagmas nominales (SN), se producen discordancias entre el núcleo y sus complementos. Por ejemplo, el sujeto 1 dice en un determinado momento *séptimo planta*.

E: Vale ¿en qué, en qué planta te atendieron, te acuerdas?

I: En el séptimo ca... planta

Fragmento 12: transcripción del sujeto 1

Llaman la atención también los verbos, ya que aparecen a veces sin flexionar, utilizando las formas no personales dentro de las oraciones activas. Abunda el infinitivo: un ejemplo significativo es el del sujeto 3, que utiliza el verbo en infinitivo sin sujeto en la oración: *decirlo no*.

E: Y cuando no te sale una palabra, ¿qué haces?

I: [niega con la cabeza y con su mano derecha realiza un movimiento en horizontal de atrás hacia delante]. Prácticamente... eee... [realiza el mismo movimiento con la mano izquierda, como apartando algo] decirlo... no.

Fragmento 13 de la transcripción del sujeto 3

El problema para procesar la morfología flexiva se extiende también, aunque con menor frecuencia, al procesamiento de los morfemas gramaticales libres (determinantes, preposiciones, conjunciones...). Esto genera que los sintagmas aparezcan por lo general poco especificados o determinados y con apariencia telegráfica como vemos en el habla del sujeto 3: *Que tengo sentido muy... muy... bueno*.

Esta incapacidad para procesar los morfemas gramaticales, tanto ligados como libres, evidencia la dificultad para procesar el significado gramatical de las palabras. Un análisis superficial de los asuntos del lenguaje puede suponer que estos significados no tienen gran incidencia en la capacidad comunicativa de los pacientes y que por tanto esta dificultad no es especialmente importante. A esta conclusión se puede llegar si se parte de que el significado léxico lo poseen los segmentos que representan un contenido conceptual significativo en sí mismo que les permite aparecer en el discurso aisladamente, frente al significado gramatical que está representado por las partículas que aparecen en el discurso necesariamente vinculadas a unidades léxicas. No obstante, como intentaremos reflejar a continuación, los mensajes que carecen de información

gramatical, resultan imprecisos y ambiguos. La información resulta ineficiente y precisa una gran atención por parte del interlocutor.

En el primer caso (*séptimo planta*) vemos una errónea flexión adjetival: se produce una incorrecta concordancia de género. El género del sustantivo se conserva porque el nombre presenta de manera inherente la flexión de género y número. Sin embargo, el adjetivo ve alterado su género por un error en la concordancia: un fenómeno sintáctico que sirve para identificar los constituyentes. Los adjetivos que califican al nombre o los determinantes que lo acompañan señalan su vinculación a ese nombre copiando sus rasgos flexivos de género y número. (Aguirre,2013:306). La concordancia se puede ver como un sistema de aumento de la redundancia (el mismo rasgo aparece muchas veces), pero en realidad es crucial para una lengua como el español que carece de caso y que tiene un orden bastante libre de constituyentes.

Mucho más claro es el problema que pueden tener los pacientes cuando tienen dificultades con la morfología verbal. El verbo es la clase de palabras que mayor riqueza flexiva tiene en español y cuenta con el mayor número de categorías asociadas: tiempo, aspecto, modo, persona y número. Todas estas categorías otorgan al paradigma verbal español una gran riqueza y precisión. Es justo por esto por lo que ser incapaces, como son los sujetos afásicos, de explotar esta precisión, hace que se anclen solo al significado léxico expresado por la base, pero que no sean capaces de producir o interpretar²⁰ el significado gramatical.

Como vemos, los esfuerzos cognitivos para el procesamiento de la morfología flexiva son muy severos para los pacientes. Por ello, proponemos que el entrenamiento en la terapia refuerce este aspecto. La práctica con el terapeuta de ejercicios de habla espontánea o dirigida puede ser beneficiosa para la mejoría en el procesamiento de morfemas gramaticales.

²⁰ Los datos recogidos sobre el habla agramática demuestran que los afásicos tienen claros problemas en la producción de los morfemas flexivos, pero esta anomalía de procesamiento gramatical podría extenderse también a la interpretación. Entienden correctamente los mensajes de sus interlocutores porque procesan la información léxico-semántica que contienen, al igual que cualquiera podría comprender un telegrama (evidencia de que las palabras gramaticales no son siempre necesarias para que se produzca la comprensión). A partir de 1970, los afasiólogos empezaron a realizar experimentos que demostraron que no solo tienen problemas en la producción, sino que tienen también problemas en la interpretación de la información gramatical, por lo que parte de la información esencial transmitida se queda en el tintero. (Radford et al, 2010:280)

3.2.2. Orden de palabras y estructura argumental

Como es habitual, también los pacientes de nuestro corpus producen en su mayoría oraciones activas simples en las que mantienen el orden canónico de su estructura (SVO). En esta misma línea, prevalecen los verbos con una estructura argumental básica, formando oraciones poco complejas. La construcción de oraciones se caracteriza también por la presencia de verbos ligeros o *light*, llamados así por tener un contenido semántico bajo y bastante inespecífico (*tener, buscar, coger*), acompañados en determinadas ocasiones de un SN que completa su significado (Almagro, 2015:373). Por otro lado, se ha demostrado que cuanto más complicado es el acceso al léxico de los pacientes, más dificultades tienen en la construcción de oraciones, por lo que tienden a simplificarlas (experimento de Berndt et al,1997 en Almagro,2015:373).

Entre los pacientes de nuestro corpus, vemos que tanto el sujeto 1, como el 3 utilizan muy a menudo el verbo *tener*. Este verbo tiene una estructura argumental bastante sencilla, pero, sin embargo, pocas veces consiguen construirlo con todos sus argumentos.

E: No te preocupes ¿entonces estabas peor?
I: Noooo, como esto... como eh sí que, tuve el...ah...eh
Fragmento 14: transcripción del sujeto 1

E: ¿Y qué te pasó para que tengas que hacer rehabilitación?
I: Pues el... Tuve.... eee... eee... [SUSPIRA].
Fragmento 15: transcripción del sujeto 3

E: ¿Y el habla estaba así o has mejorado un poco?
I: No. Eee.. eee... Hay momentos de... Por ejemplo... Ee... No tengo... [niega con la cabeza].
E: Hay momentos, me decías... Hay momentos del habla.
I: Que tengo sentido muy... muy... bueno.
Fragmento 16: transcripción del sujeto 3

El sujeto 3 utiliza en un momento dado el verbo *buscar* (insertado en una perífrasis: *empezaba a buscar*), primero con la formación verbo más objeto directo; luego necesita volver a enunciar el verbo para poder seguir añadiendo información: *Pues empezaba...a...a...a buscar trabajo... buscar para la gente*. Aparentemente, es incapaz de construir la oración con los dos sintagmas seguidos, a no ser que sea completando la de su interlocutor.

E: ¿Qué hacías un día normal?
I: Pues empezaba a... a... a... buscar trabajo... buscar para la gente... Puf [SUSPIRA].
E: Empezabas a buscar para la gente...
I: El trabajo.
E: Vale.

En general, podemos decir que el problema que presentan estos pacientes con las categorías gramaticales es doble: por un lado, no les permite explotar con libertad la creatividad y recursividad que ofrece el lenguaje, sus mensajes son en general poco informativos, su fluidez verbal se ve mermada y sus discursos adquieren la apariencia telegráfica que los caracteriza. Pero, por otro lado, tampoco les permite interpretar toda la información gramatical que perciben y que muchas veces es esencial para comprender el mensaje de la manera correcta (no es lo mismo *Quiero una rosa* que *quiero a Rosa*).

Una buena práctica para la terapia sería de nuevo practicar con los pacientes e impulsarlos a expresarse describiendo imágenes que representen situaciones que impliquen a sujetos y acciones. También serían útiles los ejercicios de habla espontánea o dirigida en los que se les inste a contar anécdotas o expresar opiniones.

En definitiva, los problemas en la construcción de oraciones se producen desde el punto de vista teórico tanto por anomalías en el procesamiento de la morfología flexiva, como en el déficit de una sintaxis compleja.

Para concluir, desde el punto de vista práctico, para la vida de los pacientes, poder generar oraciones bien construidas e informativas puede suponer una mejora muy importante en su comunicación. Reforzar el diálogo y la expresión espontánea de los pacientes en la terapia puede ser un buen recurso para incidir en la mejora de este aspecto.

3.3. Nivel fonético-fonológico: problemas de articulación y fluidez verbal

3.3.1. Problemas articulatorios: dislalia

La dislalia es la incapacidad para producir los fonemas adecuados, pero sin la existencia de una causa orgánica o neurológica que lo justifique, afectando a la funcionalidad del aparato fonoarticulador. (Pascual, 1981; Ingram, 1983; Mendoza, 1985; Bosch, 1987 en Cerdán y Zamorano, 2009:7). El lenguaje de los pacientes que presentan este déficit se ve afectado por omisiones, sustituciones, distorsiones o inserciones de fonemas.

Vemos que claramente este problema lo padece el Sujeto 1, que se muestra incapaz de realizar los movimientos articulatorios correctos en su pronunciación. No solo tiene estos problemas en la fonética en su lenguaje espontáneo, que resulta la mayoría de las

veces ininteligible; sino que, además, también los muestra en la repetición de secuencias: *Regiminto*, *Eremiminto*. En el primer caso reduce el diptongo (/ie/>/i/). En el segundo, vuelve a ocurrirle lo mismo y además sustituye la articulación del fonema consonántico vibrante múltiple, uno de los más costosos y complicados de la lengua española, por su equivalente simple junto a un apoyo vocálico al comienzo de la palabra (/er/). Los otros dos sujetos también muestran algunos problemas fonéticos en su lengua espontánea, sobre todo el sujeto 2, que realiza algunas sustituciones vocálicas (la /e/ por la /o/ en *Soguro*). Sin embargo, no muestran casi problemas en la repetición de secuencias y, de hacerlo, les ocurre por fallos en la memoria de trabajo.

E: Tócate la nariz (=) Muy bien, vale, repite lo que digo yo ¿vale? Yo digo una frase y tú la repites: Regimiento

I: Regiminto

E: Regimiento de caballería

I: Eremiminto con los cabayería

Fragmento 18: transcripción del sujeto 1

E: Vale, no te preocupes, lo hacemos con otra cosa. ¿Cuál es tu mano izquierda?

I: Esta (levantando la derecha)

E: ¿Seguro?

I: Soguro [CON UNA E > O].

Fragmento 19: transcripción del sujeto 2

Como vemos, articular bien los fonemas es la base para un acto comunicativo exitoso, y en su ausencia, la comunicación se obstaculiza. Para la terapia, contar con la ayuda de un logopeda es crucial para mejorar en este ámbito. También es importante discriminar si el sujeto es consciente de su error, como parece ser el caso del sujeto 1 en la repetición de secuencias, pero no tanto el del 2. De ser así, la consciencia de sus errores puede producirles efectos psicológicos añadidos como frustración o angustia que perjudiquen su rehabilitación. Por eso es importante la muestra de confianza y optimismo por parte del terapeuta, incluso la ayuda psicológica para no estancarse en sus errores y hacerles sentir que la mejoría es posible.

3.3.2. Alteraciones en la fluidez verbal: tartamudez o disfemia

En la tartamudez o disfemia los mecanismos del habla (respiración, fonación, articulación) no se coordinan. El trastorno lingüístico va acompañado de respuestas fisiológicas como alta tensión muscular o ansiedad. (Van Riper,1973; Wingate,1976; Santacreu, 1991 *apud* Cerdán y Zamorano,2009:8). Concretamente, en el corpus, los

síntomas lingüísticos más significativos en los pacientes son la repetición de sílabas, la prolongación de sonidos y el uso de muletillas. También reaccionan con respuestas funcionales no lingüísticas a causa de la tartamudez.

En primer lugar, en el habla de todos los sujetos del corpus abunda la repetición de sílabas y la prolongación de sonidos. Así lo vemos en gran medida en el sujeto 1 en casos como: *E... nov... eeee... el..eh...el...lo...el...lo...puf mmm...[CHASQUIDO CON LA LENGUA] eee eee eel ogust... es, og, es, culte el va [cuenta con los dedos] eee conte [CHASQUIDO CON LA LENGUA] el com/ el contr/*. También el sujeto 2 muestra esta sintomatología, aunque menos acusada: *Eso... suj... suj... sujetador. Lo mismo ocurre con el sujeto 3: sí, pero además eee...perfectamente. Eee... me puedo salir con cualquier cosa y otros que... [mueve el brazo negando]*. Íntimamente relacionado con este aspecto, vemos cómo el sujeto 1 prolonga sonidos al comienzo de sus parlamentos porque sufre bloqueos al comenzar las secuencias. Inicia sus intervenciones con partículas vocálicas como eh con prolongación de la vocal:

E: ¿Cómo te llamas?

I: E...A... E (dice su nombre completo)

Fragmento 20: transcripción del sujeto 1

Por otro lado, los pacientes afásicos exteriorizan respuestas funcionales no lingüísticas producidas por el trastorno de la tartamudez. El primer paciente intenta con mucho esfuerzo contestar a las preguntas del entrevistador, pero ante su incapacidad, empieza a agobiarse. El sujeto 2 muestra fobia a hablar ante algunas preguntas. Tanto es así, que en los ejercicios no intenta dar una respuesta cuando ve que no va a poder cumplir con las expectativas del entrevistador, niega con la cabeza y se queda callada o dice [no lo sé].

Vemos cómo los problemas en la fluidez verbal suelen ir de la mano con las situaciones de bloqueo. Ante una situación de incapacidad comunicativa, se tiende a rellenar la conversación con partículas de apoyo, ya sea mediante la producción de sonidos, la repetición de sílabas o el uso de muletillas. Este aspecto de la fluidez verbal experimentará mejorías en el momento en el que los otros problemas funcionales se vayan resolviendo, pues es una consecuencia de la manifestación de todos los anteriores, por lo que en la terapia se debería insistir en el refuerzo de los demás, aunque siempre mostrándose positivos frente a la recuperación para reducir las respuestas funcionales no lingüísticas como el agobio o la fobia a hablar.

4. Conclusiones

Esta investigación realiza un análisis descriptivo de los datos proporcionados en las entrevistas de los médicos con los tres pacientes con síndrome afásico de Broca. En primer lugar, hemos comprobado que los sujetos muestran problemas en el acceso al lexicón mental (anomia). Estos problemas se relacionan con los rasgos de [±imaginabilidad] (capacidad de un hablante para representar una imagen mental de un concepto) [±concreto/abstracto]. Como creíamos, se ve facilitado el acceso a las palabras imaginables y concretas, mientras que el acceso a las no imaginables o abstractas se ve dificultado. Sin embargo, hemos descubierto que muestran problemas en el acceso a palabras que sí son imaginables, pero cuyo grado de abstracción es alto. En estos casos la imaginabilidad viene proporcionada por imágenes culturales. Se demuestra, entonces, que el rasgo [±imaginabilidad] está directamente relacionado con lo sensorial y físico, pero también con el imaginario cultural. Todo ello encuentra también explicación en la corporeización o *embodiment*. Para la mejora en la vida de los pacientes, hemos propuesto que se trabaje en la terapia con palabras poco imaginables, pero incluyendo también las que puedan ser imaginables pero abstractas.

En el acceso al lexicón, es también decisiva la intervención de la variable de la frecuencia de uso. Cuanto más frecuente es una palabra, más fácil resulta su acceso. Por este motivo, practicar en la terapia con palabras muy necesarias en la vida de los pacientes puede ayudarlos a que aumenten su frecuencia y, por lo tanto, a que mejore su acceso.

Por otro lado, supusimos que el acceso a los nombres comunes y los propios sería distinto. Debido a las características de los nombres propios (relación nombre-referente) y la de los nombres comunes (acceso a través de la clase extensional), además de las diferencias en el procesamiento neuronal diferenciado, creíamos que los pacientes del corpus accederían mejor a los comunes que a los propios. Luego descubrimos que esta hipótesis no podía ser corroborada por los datos. Aunque los pacientes no muestren demasiados problemas en el acceso a los nombres comunes, acceden a algunos nombres propios muy bien (sus propios nombres o el de sus familiares), pero no a otros (el de sus médicos o el hospital). Estos hallazgos revelaban que la edad de adquisición intervenía en su acceso. Al igual que en los enfermos de Alzheimer, las palabras que han aprendido antes se conservan mucho mejor que las más recientes, por lo que su acceso está

facilitado. Por este motivo, sería útil en la terapia ejercitar el uso de los nombres propios más recientes.

Por último, en el acceso al lexicón, hemos estudiado los problemas basados en la competición léxica. Explicamos cuál era la arquitectura jerarquizada de la gran red de redes que es el lexicón y cómo todas las palabras (nodos) se relacionan entre sí y se conectan (mediante *activación extensiva*). Los datos han revelado problemas en distintas relaciones que se establecen entre los nodos. Por un lado, encontramos problemas en las redes por el significado, viendo que los pacientes mostraban más dificultad en la dimensión vertical de la categorización. Eran capaces de acceder a los campos semánticos, pero dentro de ellos no conseguían acceder al nivel básico o de base 0, que es el más importante y el que primero adquirimos, ya que la relación entre la información semántica aportada y el coste de procesamiento cognitivo necesario es óptima.

Por otro lado, también hemos visto la confusión de los pacientes en el acceso a las redes por significante. Estas relaciones son muy fuertes, por lo que el acceso a una pieza puede intervenir en el acceso a la deseada. Vemos cómo confunden palabras que empiezan por el mismo fonema, pero que tienen significados completamente diferentes. Esto invita a pensar que aportar pistas fonéticas a los pacientes en la terapia puede ser muy útil para facilitar su acceso.

En segundo lugar, el síndrome afásico de Broca está directamente relacionado con los agramatismos, que se manifiestan como una anomalía en el procesamiento morfosintáctico. Los sujetos omiten o sustituyen morfemas tanto ligados como libres. En el corpus, los pacientes muestran anomalías en la flexión adjetival por la concordancia de género entre sustantivos y adjetivos; pero también tienden a omitir o sustituir los morfemas gramaticales libres (determinantes, preposiciones...). Más claro es el caso de la reducción de la morfología verbal. Los verbos tienden a mostrarse en infinitivo. Esto evidencia una dificultad para procesar el significado gramatical del lenguaje, por lo que los enunciados que producen resultan ineficientes y ambiguos.

Directamente relacionado con el agramatismo está también la reducción de la complejidad de la estructura oracional. Los pacientes mantienen el orden canónico de las oraciones (SVO), utilizan verbos de contenido semántico bajo o bastante inespecífico (verbos *light* o ligeros) que se muestran en estructuras argumentales muy básicas. La confluencia de todos los problemas de orden morfosintáctico genera que el lenguaje

afásico se muestre con apariencia telegráfica, con la fluidez mermada y muy poco especificado gramaticalmente. Para ayudar en el objetivo de la recuperación en este ámbito, es esencial reforzar en la terapia el habla espontánea de los pacientes.

Por último, en cuanto a los problemas en el nivel fonético-fonológico, los sujetos presentan problemas articulatorios, relacionados con la dislalia, y alteraciones en la fluidez verbal, producidos por la tartamudez o disfemia. La dislalia se manifiesta como la incapacidad para producir los fonemas adecuados en su pronunciación porque se ve afectado el aparato fonoarticulador. Estos problemas se muestran en su habla espontánea pero también en la repetición de secuencias. Lo que genera que la comunicación se obstaculice y que, si son conscientes de sus errores, se frustren. Con el objetivo de mejorar en este aspecto es indispensable la ayuda de un logopeda e incluso, si fuera necesario, de un psicólogo.

La tartamudez o disfemia, por su parte, provoca que los mecanismos del habla no se coordinen, lo que tiende a generar respuestas fisiológicas como ansiedad o fobia a hablar. En nuestro corpus comprobamos que los síntomas relacionados con la tartamudez son la repetición de sílabas y la prolongación de sonidos. También exteriorizan respuestas funcionales no lingüísticas: se agobian o se quedan callados ante los bloqueos. Todos estos problemas obstaculizan la fluidez verbal, pero suelen producirse sobre todo tras situaciones de bloqueo, por lo que es de esperar que, si los pacientes mejoran en todos los problemas que ya hemos visto anteriormente, se produzcan menos bloqueos y, por lo tanto, los problemas derivados de la disfemia descendan.

Estos resultados, aunque son muy útiles para trazar un plan de trabajo en posteriores investigaciones, por sí mismos no resultan significativos y generalizables, ya que la muestra es reducida, al estar compuesta solo por tres pacientes. Por este motivo, esta investigación debe entenderse como un trabajo prescriptivo que deje ver las lagunas de estudio e indique las estrategias necesarias para un proyecto futuro. Sirve como estudio precientífico en el que se evidencia la necesidad de obtener datos de una muestra mayor, para lo que es indispensable contar con más presupuesto. Además, deberían tenerse en cuenta distintas variables que afectan a la validez interna, como son el ánimo y la predisposición de los pacientes a la participación, su nivel sociocultural, el tiempo de grabación y las preguntas a las que han sido sometidos. Por otro lado, desde el punto de vista neurológico, es imprescindible saber si han podido recibir terapia nada más ocurrida

la lesión, puesto que este factor influye decisivamente en su capacidad de recuperación lingüística.

Para la realización de este estudio ha sido imprescindible el trabajo de Sara Rodríguez Gascón dentro de su Beca de Colaboración de la Universidad de Zaragoza en el grupo Psylex, que ha redactado parte de las transcripciones y tramitado la obtención de los datos. También quiero agradecer al grupo Psylex haber cedido sus datos para la realización de la presente investigación.

Por último, no quiero terminar este trabajo sin destacar la importancia de acudir a datos reales y la necesaria labor interdisciplinar que la Lingüística clínica se esfuerza por hacer. La colaboración entre los diferentes especialistas implicados en el estudio de las afasias es esencial para optimizar el diagnóstico y la recuperación lingüística de los afásicos. Pero todo ello sin olvidar que, aunque la parte aplicada y práctica cumple una labor social muy necesaria, debe ir siempre de la mano de la investigación y los avances en la teoría del lenguaje.

5. Referencias bibliográficas

- Aguirre, C. (2013): *Manual de morfología del español*. Madrid, Castalia.
- Almagro, Y; Sánchez-Casas, R. M. & García-Albea, J.E. (2005): El agramatismo y su sintomatología, *Revista de Neurología*, 40 (6), 369-380.
- Baralo, M. (2007) Adquisición de palabras: redes semánticas y léxicas. Actas del Foro de español internacional: *Aprender y enseñar léxico*, vol. 2007, pp. 384-399.
- Celdrán Clares, M.I. y Zamorano Buitrago (2009), F., *Trastornos de la comunicación y el lenguaje*.
- Cuetos Vega, F. (2003), *Anomia*, TEA Ediciones.
- De Deyne, S., Kenett, Y. N., Anaki, D., Faust, M., & Navarro, D. J. (2016). Large-scale network representations of semantics in the mental lexicon. *Big data in cognitive science: From methods to insights*, pp. 174-202.
- Duchon, A., Perea, M., Sebastián-Gallés, N., Martí, A. y Carreiras, M. (2013). EsPal: One-stop shopping for Spanish word properties. *Behavior Research Methods*, 45(4), pp. 1246-1258.
- Escandell Vidal, Ma Victoria (2011). *Apuntes de semántica léxica*. Editorial UNED.
- Gallardo Paúls, B.; Hernández Sacristán, C. (2013). *Lingüística clínica: un enfoque funcional sobre las alteraciones del lenguaje*. Arco Libros.
- Hernández Loya, Flor. *Aplicación de la Técnica de Redes Semánticas a Tres Conceptos Asociados a las Relaciones de Pareja: Amor, Celos y Temor*, Tesis Doctoral, Universidad de Sonora, 1998 (pp. 1 - 18).
- Hernández Sacristán, C., et al. (2002) *Estudios de lingüística clínica*.
- Horno Chéliz, M. d. C.; Cuetos Vega, F. (2016) «Manifestaciones lingüísticas tempranas de la enfermedad de Alzheimer». En *Panorama actual de la ciencia del lenguaje: primer sexenio de Zaragoza Lingüística*. Prensas Universitarias de Zaragoza, pp. 175-191.
- Ibarretxe-Antuñano, I. (2018) «Significado y motivación: La importancia de la corporeización en la semántica». *Lingüística Cognitiva*. pp.37-52.
- Martínez Sánchez, J. M. (2008). «Neurolingüística: patología y trastornos del lenguaje», *Revista Digital Universitaria*, Universidad de Murcia.

- Moreno Campos, V. (2010). *Pragmática en afasia* (Tesis Doctoral, Universitat de València).
- Pavão Martins, I. ; Farrajota, Luisa (2007), «Proper and common names: A double dissociation». *Neuropsychologia*, vol. 45, nº 8, pp. 1744-1756.
- Pustejovsky, J., Batiukova, O., (2019), *The Lexicon*, Cambridge University Press.
- Radford, A., Atkinson, M., Britain, D., Clahsen, H., & Spencer, A. (2010). *Introducción a la lingüística*. Ediciones Akal
- Reyes Tejedor, M. y Camacho Taobada, M.V., *Patologías del lenguaje: lingüística, afasias y agramatismos*. Editorial universitaria Ramón Areces, 2007.
- Semenza, C. (2006) «Retrieval pathways for common and proper names». *Cortex*, vol. 42, nº 6, pp. 884-891.
- Semenza, C. (2009) «The neuropsychology of proper names». *Mind & Language*, vol. 24, nº 4, pp. 347-369.
- Valenzuela, J., Ibarretxe-Antuñano, I., & Hilferty, J. (2012). La semántica cognitiva. *Lingüística cognitiva*, Barcelona, Anthropos: cap. 2.1, pp. 41-68.
- Valle Arroyo, F. (1998), *Normas de imaginabilidad*. Universidad de Oviedo.

6. Anexos

a) Transcripción de los vídeos del sujeto 1

Guía en las transcripciones:

(): siempre con referencia en el entrevistador.

[**XX**]: descripción de sonidos, pausas...

[**xx**]: gestualidad.

Entrevistador: Buenos días

Informante: Es... anos...menos días

E: ¿Cómo te llamas?

I: E...A... E²¹

E: Muy bien ¿cuántos años tienes?

I: E... nov... eeee... el..eh...el...lo...el...lo...puf mmm...[CHASQUIDO CON LA LENGUA] eee eee eel ogust... es, og, es, culte el va [cuenta con los dedos] eee conte [CHASQUIDO CON LA LENGUA] el com/ el contr/

E: Vale, puedes usar gestos con la mano, puedes decirme el número que es con la mano

I: Eh...no [BALBUCEA ALGO ININTELIGIBLE] eh...eeh decon (2)... enten..no cul...[escribe en la mesa]

E: Setenta y

I: [Asiente] ¡cinco!

E: Cinco. Muy bien, vale, vale, muy bien Eem ¿en qué trabajabas?

I: Eh en eh... couche, en echo, coche, en tolcia eh *chasquido con la lengua* en tol...en ciento, een... [Escribe en la mesa]

²¹ Dice su nombre completo.

E: Una C...

I: [Sigue escribiendo]

E: Mmm... no te he entendido... ¿conducías?

I: Eeh... ¡Sí! [asiente enérgicamente] entonces tú ti

E: Vale ¿qué conducías?

I: Una bar... enlon te encima... entonces...em... entonces, eh...[escribe en la mesa]

E: ¿Una efe? ¿una e?

I: Borjón... melcontoncina, bate... brrr... que

E: Bueno, no te preocupes, no te agobies

I: Eh... eh.. lo cop

E: ¿Tu hijo también es conductor?

I: Eh, entonces

E: ¿Él qué conduce?

I: Eh, entonces, embulancia

E: Vale, entonces tu hijo conduce ambulancias

I: No, entonces

E: No. Tú conducías ambulancias

I: Eh, no, el de pele peque

E: Vale.

I: Lo co.. que.. [CHASQUIDO] nono, eso no, que, no comprendo (voz más baja)

E: Vale, no te preocupes. Eh, me has dicho que tienes 75 años ¿sabes en qué mes estamos ahora?

I: Eh, en, mes de diciem... em, eh, ener...[empieza a contar con los dedos] enero, ferbero, marzo, abril, ees... me-lo-cotón... me-lo-to. No...co-leja, eh

E: Estamos en sep..., estam...

I: Eh... eh...entones...

E: Francisco, estamos en sep-

I: Setiembre

E: Muy bien, vale

I: Eh, es un tom...vete, vale, que

E: Vale ¿cómo se llama este sitio, donde estamos ahora?

I: ¿Cómo?

E: ¿Cómo se llama este sitio donde estamos ahora?

I: El Juan va... eh Boscós, eh cam...bal que el bas... que... buff...

E: Vale, no te preocupes, San san Juan

I: El San Juan de Dios

E: Muy bien, vale ¿me puedes decir cómo se llama esto? (le da un bolígrafo)

I: ¿Esto? Un bolelgrafo

E: Muy bien ¿eso que llevas tú en la muñeca?

I: Esto, reloj

E: Muy bien ¿para qué sirve?

I: Es, lo que, el torque... [Hace un signo del movimiento de las agujas del reloj] que, el

buff... el que pasa las horas eh eh en campe en...tonces

E: ¿Vale para mirar la hora no?

I: Claro, pues

E: Muy bien, vale, eh, señálate tu nariz

I: ¿Qué? [Se toca la nariz]

E: Tócate la nariz. Muy bien, vale, repite lo que digo yo ¿vale? Yo digo una frase y tú la repites: Regimiento

I: Regiminto

E: Regimiento de caballería

I: Eremimiento con los cabayería

E: Vale “El río lleva agua fría”

I: En ton, con ten to

E: Repetimos “El río lleva agua fría”

I: Rema agua, está con, está que, lo...eeee...eso... la...el lodo mero

E: Mira, lo intentamos otra vez “El río lleva agua fría” [MÁS DESPACIO]

I: El río rema...

I: Eeen...een...eeh

E: ¿En qué hospital te atendieron?

I: Eso... el serdovulo

E: En el ser...

I: El serve, en el ve

E: En el Miguel, en el Miguel Servet

I: Sí, en el Miguel Servet

E: Vale ¿en qué, en qué planta te atendieron, te acuerdas?

I: En el séptimo ca... planta

E: Vale y ¿qué es ese servicio?

I: Eeeh eeeh

E: ¿Qué es, cardiología?

I: No, que caaa...que eeeh... en el no (BALBUCEA COSAS ININTELIGIBLES)

E: Vale ¿qué miran en ese servicio?

I: Eeh... el med...el med...el me...eel que

E: Eh ¿miran la cabeza?

I: Eh, no no

E: No ¿qué miran?

I: El...el... [CARRASPEA] que... el... no, no sé con lo... no sé

E: ¿Puede ser neurología?

I: ¡Eh sí! Norología

E: Vale ¿te acuerdas cómo se llamaba alguno de tus médicos?

I: Eeh... el ne, en el, no... culpe, es que, es que el otro, eeh eh, el... el... buff

E: No te preocupes ¿entonces estabas peor?

I: Noooo, como esto...como eh sí que, tuve el...ah...eh

E: ¿Esto que?

I: Que casi, lo mete en, a...

E: Vale, además del habla ¿te afectó a alguna cosa más?

I: No, nooo [Se señala la mitad derecha del cuerpo] eeh, eeh

E: ¿Sí?

I: Entonces, entonces, eh... el habla

E: ¿El habla y qué más?

I: Ah...ah...el...to...

E: ¿Te afectó la fuerza de algún lado?

I: Sí, el b... el co...el beco...el bec...es ecto, olo, te... con ton me di da cion

b) Transcripción del vídeo del sujeto 2

Guía en las transcripciones:

(): siempre con referencia en el entrevistador.

[**XX**]: descripción de sonidos, pausas...

[**xx**]: gestualidad.

Entrevistador: Buenos días

Informante: Buenos días [CON UNA ARTICULACIÓN BASTANTE PAUSADA Y PRONUNCIADA].

E: ¿Qué tal estás?

I: Bien

E: ¿Cómo te llamas?

I: M. [PAUSA] C. [PAUSA] K...J. [PAUSA Y ARTICULACIÓN DE /x/ FORZADA].²²

E: ¿Cuántos años tienes?

I: Ee... Ochenta... Ochenta y... [se tapa la boca con la mano y agacha la cabeza]. Nací en el ochenta... Del ochenta yyy seis.

E: Lo has dicho al revés. Si no te sale, me los puedes escribir

I: [Coge el boli y un papel. Escribe y lo tacha]. No lo sé [se tapa la cara otra vez].

E: ¿Cómo se llama esto que estabas usando? (Refiriéndose a un boli)

I: Un bolígrafo

E: ¿Y el sitio en el que escribías?

I: El boli.

²² Dice su nombre y apellidos completos.

E: No.

I: El boli.

E: Vale, eso es un folio, ¿no? O un papel.

I: Ah, un folio, un folio [asiente con la cabeza hasta dos veces].

E: ¿Cómo se llama esto de aquí? (Refiriéndose a un vaso)

I: Vaso

E: ¿Y lo que está al lado del vaso? (Refiriéndose a una botella)

I: La botella

E: Bien, vale. ¿Cómo se llama esto que te señalo yo aquí? (Botón).

I: Eso... suj... suj... sujetador.

E: ¿Seguro?

I: Sujetad... [Se tapa de nuevo la boca con la mano y baja la cabeza. Chasquea la lengua y niega con la cabeza]. Suj-e-tador [Se pone la mano en la frente, baja la cabeza y niega de lado a lado].

E: Empieza por b. Bo... Bo...

I: Mmm... Oh... [Niega con la cabeza].

E: Vale, no te preocupes, lo hacemos con otra cosa. ¿Cuál es tu mano izquierda?

I: Esta (levantando la derecha)

E: ¿Seguro?

I: Soguro [CON UNA E > O].

E: Izquierda, eh.

I: Ah, izquierda [levanta la correcta].

E: ¿Dónde está tu nariz?

I: [Se señala con su mano derecha la nariz].

E: ¿Puedes cerrar los ojos y sacar la lengua?

I: [Cierra los ojos y saca la lengua].

E: Repite lo que digo yo. Ya puedes abrir los ojos y meter la lengua.

I: Rrepito. Las... la lengua (risas de ambos) y cerrar los ojos.

E: Vale. Ahora otra cosa. Por ejemplo: el río lleva agua fría.

I: El río lleva agua fría [y levanta la botella de agua que tiene a su derecha].

E: Muy bien. Ni sí ni no ni pero.

I: Ni pero. Ni sí [PAUSA] ni no [PAUSA] ni pero.

E: Muy bien... Cuéntanos qué te pasó.

c) Transcripción del vídeo del sujeto 3

Guía en las transcripciones:

(): siempre con referencia en el entrevistador.

[**XX**]: descripción de sonidos, pausas...

[**xx**]: gestualidad.

E: Buenos días.

I: Buenos días.

E: ¿Cómo te llamas?

I: E...²³

E: ¿Cuántos años tienes?

I: Eee... Sesenta y... [DE MANERA PAUSADA Y LENTA] siete.

E: Muy bien. ¿Y dónde estamos ahora?

I: Eee... En el hospital de... San Juan de Dios.

E: Vale. ¿Habías estado tú aquí alguna vez?

I: No [acompaña con la negación de cabeza].

E: ¿De qué hospital vienes?

I: Del de... de... de... [CON GRAN DIFICULTAD] [niega con la cabeza, como gesto de frustración] grande.

E: Vale. En la casa grande.

I: En la casa grande [y asiente con la cabeza].

E: ¿Sabes el otro nombre para ese hospital, que tiene otro nombre?

²³ Dice su nombre y apellidos completos.

I: Oye, pues sabes que... [se coge la barbilla con la mano izquierda como pensativo].
[PAUSA] Eee, no.

E: No te sale el nombre. Si te digo Miguel...

I: El Miguel Servet.

E: Vale, muy bien. Te voy a enseñar unos objetos y tú me dices cómo se llaman, ¿vale?

I: [asiente con la cabeza].

E: Esto (enseñando un bolígrafo)

I: Boli.

E: Vale, lo que llevas tú en los ojos (refiriéndose a las gafas).

I: Gafas.

E: Muy bien. ¿Esto de aquí? (refiriéndose a un botón)

I: Botón.

E: Vale. ¿Y el sitio donde se mete?

I: El... el ojal.

E: ¿Esto que te he enseñado (refiriéndose al boli) para qué sirve?

I: Es un boli.

E: ¿Y para qué se utiliza?

I: Para escribir.

E: Vale, muy bien. Ahora te digo unas cosas y tú las repites, ¿vale?

I: [asiente con la cabeza].

E: Por ejemplo: el río lleva agua fría.

I: El río lleva el agua fría [CON UNA PRONUNCIACIÓN FLUIDA PERO LENTA. NO SE ATASCA].

E: Ni sí, ni no, ni pero.

I: Ni sí, ni no, ni si, ni pera.

E: Ni sí, ni no, ni pero

I: Ni sí..., ni no..., ni pero. [DE MANERA LENTA].

E: ¿Cuál es tu mano izquierda?

I: (levanta la correcta).

E: Vale. Cierra los ojos.

I: (lo realiza correctamente).

E: Ya los puedes abrir.

I: (lo hace).

E: Saca la lengua.

I: (lo hace).

E: Vale, muy bien. Con la mano izquierda tócate la nariz.

I: (lo hace).

E: Vale, muy bien. Levanta las dos manos, cierra los ojos y saca la lengua.

I: (tras un momento de pausa, lo hace lentamente).

E: Vale, te falta una cosa: sacar la lengua.

I: (lo hace).

E: Vale, ya puedes abrir los ojos, bajar los brazos... Ahora, por ejemplo, me puedes decir nombres que se te ocurran de animales. Todos los que se te ocurran.

I: Eee... león, eee... pantera, eee... jirafa, eee... jirafa [PAUSA]. Eee...

E: ¿Te sale alguno más?

I: [mueve la cabeza de lado a lado], no. No sale.

E: Bueno, me has dicho unos cuantos. Me has dicho todos de la selva, ¿no? Piensa por ejemplo en la granja.

I: [PAUSA].

E: Mira, por ejemplo. Yo te digo, a ver si me dices alguno más. En la granja hay, por ejemplo, gallinas.

I: Gallinas, conejos, eee... no, conejo no. Eee... deee [niega con la cabeza].

E: Vale, bueno, no te preocupes. ¿Cómo se llama tu mujer?

I: Ana

E: Vale, ¿tenéis hijos?

I: Uno [mientras asiente con la cabeza].

E: ¿Cómo se llama y a qué se dedica?

I: Alej... Alejandro. Y... y trabaja en... una... en una [PAUSA PROLONGADA]
¿Cómo se llama?

E: Vale. Lo que te pasa es que te bloqueas y no te sale alguna palabra, ¿no?

I: [asiente con la cabeza]

E: ¿Hay algunas palabras que crees que te cuestan más o puede ser cualquiera?

I: Puede ser que las de la i.

E: ¿Las palabras que empiezan por /i/ te cuestan más?

I: [asiente].

E: ¿Sí? ¿Tú crees que es más por una letra?

I: [asiente].

E: Y cuando no te sale una palabra, ¿qué haces?

I: [niega con la cabeza y con su mano derecha realiza un movimiento en horizontal de atrás hacia delante]. Prácticamente... eee... [realiza el mismo movimiento con la mano izquierda, como apartando algo] decirlo... no.

E: Decirlo no. No te llega a salir. Cuando no quiere salir, no quiere salir.

I: [niega con la cabeza]

E: Y a veces, ¿puedes intentar explicar esa palabra?

I: [niega con la cabeza] mmm... no.

E: Generalmente no puedes.

I: Generalmente, no [niega con la cabeza].

E: Leer sí que puedes leer, ¿verdad?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Pero escribir nos has dicho que no puedes tampoco.

I: [Niega con la cabeza].

E: ¿Qué pasa cuando escribes? ¿Te salen las letras y no las puedes poner juntas o no sabes escribir las letras?

I: [Niega con la cabeza]. No, no me salen las... las... las [PAUSA] palabras.

E: Las letras no forman palabras.

I: [Niega con la cabeza].

E: Vale, muy bien. Estás aquí haciendo rehabilitación, ¿verdad? Sobre todo del habla.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Y qué te pasó para que tengas que hacer rehabilitación?

I: Pues el... Tuve.... eee... eee... [SUSPIRA].

E: Bueno, no te agobies. ¿Tuviste un ictus?

I: [Asiente con la cabeza y levanta las cejas]

E: Y te afectó al habla, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Te afectó a algo más que al habla?

I: [se queda pensativo].

E: ¿No te dio debilidad en un brazo, en una pierna?

I: Ah, sí [asiente con la cabeza]. La... la... la pierna derecha.

E: ¿Qué pasaba en la pierna derecha?

I: Pues que... no la puedo mover prácticamente [niega con la cabeza] y...

E: Vale. Un poquito sí, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Pero está más débil que la otra.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Y el brazo?

I: El brazooo... bastante, bastante... [mueve el brazo izquierdo hacia adelante] decente.

E: Te ha mejorado bastante el brazo.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Y el habla estaba así o has mejorado un poco?

I: No. Eee.. eee... Hay momentos de... Por ejemplo... Ee... No tengo... [niega con la cabeza].

E: Hay momentos, me decías... Hay momentos del habla.

I: Que tengo sentido muy... muy... bueno.

E: Hay momentos que hablas mejor.

I: Sí, pero además eee... perfectamente. Eee... me puedo salir con cualquier cosa y otros que... [mueve el brazo izquierdo en posición horizontal, de lado a lado, como negando].

E: A veces te bloqueas, ¿no?

I: [Afirma con la cabeza]

E: Que no te sale una palabra, ¿no? y te quedas ahí como atascado.

I: [Afirma con la cabeza]. Exactamente.

E: Cuando te pase eso tienes que intentar decir lo que quieres decir de otra manera porque a veces justo te has bloqueado con eso. Y en ese momento, a lo mejor si intentas explicar lo que quieres decir, sin esa palabra que te ha bloqueado, te sale.

I: [Afirma con la cabeza].

E: Pero eso irás aprendiendo y también irás mejorando.

I: [Afirma con la cabeza].

E: Cuando llegaste casi casi no podías hablar.

I: [Asiente con la cabeza].

E: Lo que me has dicho ahora de bolígrafo, botón... Tenías mucha dificultad.

I: [Niega con la cabeza].

E: O sea que mejorar, has mejorado.

I: Eso fue... imposible.

E: Vale. ¿Llevas aquí mucho tiempo?

I: No. Nueve días.

E: Nueve días. O sea que muy poquito.

I: [Asiente con la cabeza].

E: Vale. ¿A qué te dedicabas?

I: Era mecánico de XXXX

E: Vale. ¿Y trabajabas en oficina?

I: No [niega con la cabeza].

E: A pie del cañón.

I: [Asiente con la cabeza y se ríe].

E: ¿Qué hacías un día normal?

I: Pues empezaba a... a... a... buscar trabajo... buscar para la gente... Puf [SUSPIRA].

E: Empezabas a buscar para la gente...

I: El trabajo.

E: Vale.

I: Estaba con... con... Cogía el trabajo para la... la... las obras.

E: Vale. O sea, coordinabas un poco cómo había que hacer grandes obras, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Muy bien. O sea que eras un jefe.

I: [Ladea la cabeza y se ríe]. Bueno... Tampoco...

E: Vale. Mira, yo voy a empezar un refrán y tú lo acabas. A ver si eso que es como lenguaje más automático... a ver qué tal. Por ejemplo: Más vale pájaro en mano...

I: Que ciento volando.

E: Quien a buen árbol se arrima...

I: Eee... Buena...

E: Quién a buen árbol se arrima

I: Eee...

E: buena sombra...

I: Eee... le...

E: Le cobija. ¿Te acordabas o es que no te ha salido? ¿O no te acordabas?

I: No [niega con la cabeza].

E: No te acordabas.

I: [Niega con la cabeza].

E: ¿Te gustan los refranes o no especialmente?

Entra una persona

I: (a la persona que acaba de entrar) ¿Qué quieres?

E: ¿Quién es este?

I: Mi hermano.

E: Vale. ¿Cuántos hermanos sois?

I: Dos.

E: Él y tú. Él es mayor que tú, ¿no?

I: [Asiente con la cabeza].

E: Muy bien. ¿De qué color es la sábana esta que tienes?

I: Blanco.

E: Esto, esto. La manta. me refiero.

I: Azul.

E: Los colores no los confundes, que a veces hay gente que confunde las palabras de los colores. Por ejemplo, ¿de qué color es el camisón que llevas?

I: Eee... amarillo.

E: Muy bien. Vale, muy bien. ¿Qué más te podemos preguntar? ¿Te sabes cómo se llama el doctor que te operó?

I: No.

E: ¿Lo conocías de antes o ha sido la primera vez que lo has conocido?

I: [Niega con la cabeza]. He visto tantos... que ya... [mueve los dedos de su mano derecha hacia la izquierda, de manera repetitiva] he perdido la cuenta.

E: Vale, muy bien. Te llevaban, ¿verdad?, en el ambulatorio los neurólogos desde hace un tiempo.

I: [Se queda pensativo].

E: En Ramón y Cajal o en San José-

I: [Asiente con la cabeza]. Sí, en San José.

E: Eres de Zaragoza, entonces, ¿no? Vives en Zaragoza.

I: [Asiente con la cabeza].

E: ¿Cuál es tu dirección?

I: Cardenal Cisneros, número 4, 1ºB

E: Esas cosas sí que te salen bien, ¿no?

I: Sí [asiente con la cabeza].

E: Las canciones me decías que también te salían bien.

I: Bueno...

E: ¿Cuál era la que cantabas el otro día?

I: Eee...

E: Que me decías que yo no la conocería.

I: [Ladea la cabeza].

E: Yo creo que era “Un rayo...”

I: De sol, oh, oh oh.

E: ¿Cómo sigue?

I: No sé qué... Tu amor... [Niega con la cabeza].

E: Es que es verdad, no me la sé. Yo creo que dice “se llevó tu amor”, ¿no? Un rayo de sol / se llevó tu amor, ¿puede ser?

I: [Ladea la cabeza], sí.

E: Esa canción, ¿de quién es? Yo la conozco, pero no me la sé.

*** Interrumpen***

E: Si quieres lo dejamos así, que llevamos 15 minutos. Si necesitan más, seguimos otro día.

I: [Asiente con la cabeza]

d) Grado de imaginabilidad de las palabras del corpus

Las palabras siguientes aparecen junto a su puntuación de imaginabilidad en una escala del 1-7 de menos a más imaginable. Fueron consultadas en el corpus *EsPal* (Dunchon et al.,2013). Hay algunas palabras que no aparecen porque el corpus consultado no proporcionaba ningún dato acerca de las mismas.

bolígrafo	6,696
reloj	6,043
vaso	6,613
botella	6,765
gafas	5,801
botón	6,526
hora	4,690
diciembre	5,449
septiembre	4,309
año	3,747
mayo	3,791

e) Acuerdo de ética: CEICA

Informe Dictamen Favorable



C.P. - C.I. PI19/368

9 de octubre de 2019

Dña. María González Hinos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERFIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 09/10/2019, Acta Nº 17/2019 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Estrategias lingüísticas y comunicativas compensatorias de los enfermos de afasia Investigadora Principal: M^a del Carmen Horno Chóliz, Universidad de Zaragoza

Versión protocolo: V.2, 17/09/2019

Versión documento de información y consentimiento:

Versión 3, 04/10/2019

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y las muestras.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del estudio.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS
MARIA - DNI

Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI

03857456B
03857456B
Fecha: 2019.10.14
12:24:06 +02'00'

María González Hinos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)