

Bol. Acad. peru. leng. 76. 2024 (393-431)

ANÁLISIS DIALÓGICO DE CINCO PACIENTES CON AFASIA FLUENTE¹

Dialogic analysis of five patients with fluent aphasia

Analyse dialogique de cinq patients présentant une aphasie fluente

PAULA CÓRDOVA GASTIABURU

Pontificia Universidad Católica del Perú

pcordova@pucp.pe

<https://orcid.org/0000-0003-2151-4855>

RESUMEN:

El presente artículo expone una investigación cualitativa en la que se analizan y comparan las características discursivas de cinco pacientes con afasia fluente en un hospital del Callao en Perú. Se aplicó una versión adaptada del test de Boston y se realizaron conversaciones espontáneas que fueron grabadas o filmadas. Se concluyó que los pacientes con afasia fluente evidencian dificultad para la denominación de objetos. Si bien todos evidenciaron intención comunicativa, aquellos con afasia de Wernicke son más monológicos. Este grupo no conserva la capacidad de repetir; comprende relaciones lógico-semánticas simples y concretas, mas no al interior de narraciones, y su producción

¹ Este artículo se deriva de una tesis realizada para obtener el grado de magíster en Fonoaudiología por la Pontificia Universidad Católica del Perú: *Análisis del discurso de cinco pacientes con afasia fluente: Wernicke y transcortical sensorial* (2012).

lingüística también muestra alteraciones en este último aspecto, pues presenta agramatismos. En contraste, los pacientes con afasia transcortical sensorial sí logran realizar repeticiones; comprenden solo las relaciones lógico-semánticas dentro de historias breves, y producen muchos neologismos y pocos agramatismos. Por último, los pacientes bilingües quechua-castellano, con afasia de distinto tipo, son más diversos en sus actos de habla que los monolingües.

Palabras clave: afasia fluente, dialogismo, bilingüismo, test de Boston, análisis del discurso.

ABSTRACT:

This paper is qualitative research which analyzes and compares the discursive characteristics of five patients with fluent aphasia in a hospital in El Callao, Peru. An adapted version of the Boston test was applied, and spontaneous conversations were recorded or filmed. It was concluded that patients with fluent aphasia showed difficulty in naming objects. Although all of them showed communicative intention, those with Wernicke's aphasia are more monologic. This group does not retain the ability to repeat; they understand simple and concrete logical-semantic relations, but not within narratives, and their linguistic production also shows alterations in this last aspect, since they present agrammatism. In contrast, patients with sensory transcortical aphasia do achieve repetitions; they understand only logical-semantic relations within short stories, and produce many neologisms and little agrammatism. Finally, Quechua-Spanish bilingual patients with aphasia of different types are more diverse in their speech acts than monolingual patients.

Key words: fluent aphasia, dialogism, bilingualism, Boston test, discourse analysis.

RÉSUMÉ:

Dans cet article nous exposons une recherche qualitative où sont analysées et comparées les caractéristiques du discours de cinq patients d'un hôpital du Callao, Pérou, présentant une aphasie fluente. Nous avons appliqué une version adaptée du test de Boston et nous avons réalisé des échanges spontanés, enregistrés ou filmés. Nous concluons que les patients qui présentent une aphasie fluente ont des difficultés pour la dénomination des objets. Même si tous les sujets ont montré une intention communicative, ceux atteints d'aphasie de Wernicke son plus monologiques. Ce groupe ne conserve pas la capacité de répéter; ils peuvent comprendre des relations logico-sémantiques simples et concrètes, sauf si elles sont contenues dans des récits, et leur production linguistique est marqué d'altérations pour ce dernier aspect, avec des agramatismes. Par contre, les patients atteints d'aphasie transcorticale sensorielle peuvent réaliser des répétitions; ils ne comprennent que les relations logico-sémantiques au sein d'histoires brèves, et produisent beaucoup de néologismes et peu d'agramatismes. Finalement, los patients bilingues quechua-espagnol présentant des aphasies diverses sont plus diversifiés dans leur actes de parole que les monolingues.

Mots clés: aphasie fluente, dialogisme, bilinguisme, test de Boston, analyse du discours.

Recibido: 18/05/2024 Aprobado: 14/09/202 Publicado: 28/12/2024

1. Introducción

El Perú es un país diverso donde se generan conflictos permanentes que parten de prejuicios acerca del otro. Estos se pueden agravar ante trastornos orgánicos si se toma en consideración que existen pacientes con afasia cuya lengua materna es una lengua nativa y no el castellano. Según Aníbal Velásquez (2009), el 58.5 % de las enfermedades no transmisibles corresponde a un accidente cerebrovascular (ACV), uno

de los causantes de la afasia. En el Perú, las investigaciones sobre afasia son escasas en todo ámbito, y prácticamente no existen en el campo de la lingüística. Se puede revisar el estudio de Mayco Chamorro *et al.* (2010), centrado en analizar el componente léxico en pacientes zurdos y en pacientes bilingües, así como la tesis de Sinacay (2013), enfocada en los marcadores discursivos de pacientes con afasia fluente. Y no ha sido sino a partir de 2006, en que se validó el test de Boston² y fue adaptado por Julia Rado al español peruano, que existe una prueba para evaluar a los pacientes con afasia en el Perú. Se trata de una prueba parametrizada con subpruebas y puntajes.

Ya en 1998, estudiosos como Chantraine *et al.* mencionaron la necesidad de investigar modelos discursivos de pacientes con afasia, pues definitivamente se les debería evaluar antes de planificar un tipo de intervención para ellos. Si bien existen estudios extranjeros que han descrito las características lingüísticas y el discurso del paciente afásico, es preciso profundizar en ello y verificar si también ocurre con pacientes peruanos considerando variables como el bilingüismo y el analfabetismo.

En el presente artículo, se analizan los resultados de la aplicación del test de Boston, así como los datos del análisis pragmático de conversaciones espontáneas con cinco pacientes con afasia fluente. Se realiza una comparación con la finalidad de encontrar similitudes y diferencias entre los pacientes. Los resultados deberían ser útiles para describir sus dificultades de comunicación y deberían servir de insumo para implementar propuestas de terapias con un enfoque comunicativo.

2 El test de Boston, o prueba diagnóstica de Boston de afasia (PDBA)), fue creado en 1972 y traducido al español en 1996 (Rado, 2006).

2. Marco conceptual

En primer lugar, se presentan algunas características neuropsicológicas y lingüísticas de los pacientes con afasia. En segundo lugar, se explica el enfoque teórico aplicado desde la lingüística y la pragmática.

2.1. Caracterización neuropsicológica y lingüística de los pacientes con afasia

La afasia es un trastorno que puede presentarse durante o después de la adquisición del lenguaje oral (Ardila, 2006). Puede ser causada, en primer lugar, por un accidente cerebrovascular (ACV), los cuales provocan el 50 % de patologías neurológicas (isquemias) y hemorragias; en segundo lugar, por traumatismos craneoencefálicos (TCE) —los causantes más frecuentes de daño cerebral en personas menores de cuarenta años—, los cuales pueden lesionar el cerebro, originar una isquemia o una hemorragia, o producir lesiones focales y difusas (si afecta las áreas del lenguaje, el signo afásico más frecuente es la anomia). Otras causas de afasia que no detallamos porque no están presentes en los casos que analizamos son tumores, infecciones, enfermedades nutricionales y enfermedades degenerativas.

Si bien Luria (1978, citado en Ardila, 2006), en los años sesenta, estudió con agudeza las correlaciones clínico-anatómicas, en los últimos años se ha avanzado mucho en ello a partir de las técnicas imagenológicas (tomografías computarizadas y resonancias magnéticas), lo que ha conducido a identificar con mayor certeza la correspondencia entre la topografía lesional y las características del lenguaje de los pacientes afásicos —y, en consecuencia, ha permitido profundizar la investigación en el campo de la lingüística—. En esa línea, Ardila (2006) ha clasificado los trastornos afásicos en dos niveles, prerolándicos (anterior, no fluente) o postrolándicos (posterior, fluente), que pueden localizarse en el área perisilviana del lenguaje o más allá de la región central (extrasilviana).

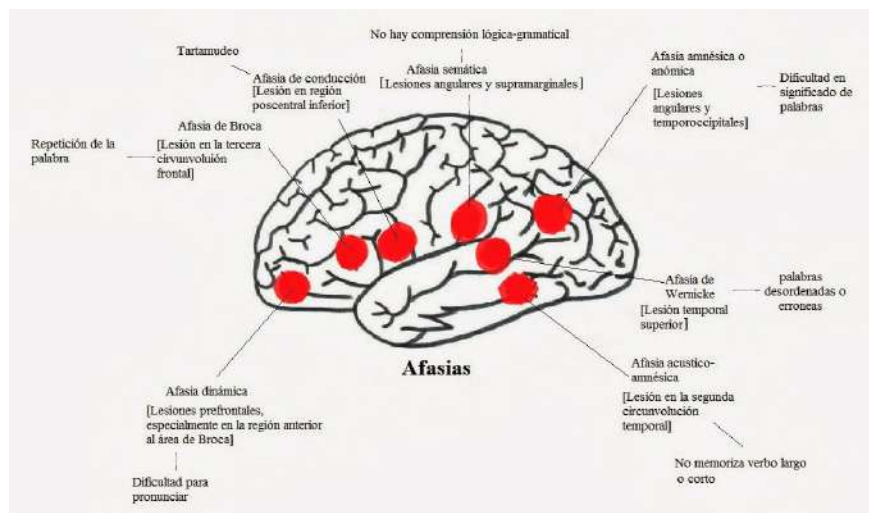
Tabla 1
Localización de las afasias en las diferentes regiones cerebrales según Ardila (2006)

Localización	Trastorno afásico	
	Prerolándica	Postrolándica
Perisilviana	Broca tipo I síndrome triangular	Conducción síndrome parietal-insular
	Broca tipo II síndrome triangular-opercular-insular	Wernicke Tipo I síndrome insular posterior-istmo temporal
		Wernicke Tipo II síndrome circunvolución temporal superior y media
Extrasilviana	Extrasilviana Tipo I síndrome prefrontal dorsolateral izquierdo	Extrasilviana Sensorial Tipo II síndrome temporal occipital
	Extrasilviana Motora Tipo II síndrome del área motora suplementaria	Extrasilviana Sensorial Tipo II síndrome parieto-occipital angular

Al presente estudio le competen únicamente los trastornos afásicos a nivel postrolándico, con excepción del síndrome parietal-insular. En la siguiente imagen, se pueden apreciar las zonas del cerebro afectadas según los tipos de afasia.

Figura 1

Zonas del cerebro afectadas según el tipo de afasia



Nota. Extraída de *Intervención logopédica en el momento agudo del ictus*, por P. González, 2023, p. 10.

La afasia de Wernicke se observa señalada en el lóbulo temporal izquierdo, mientras que la afasia transcortical sensorial, como indica Ardila (2006), presenta las variantes anómica y semántica y puede localizarse en la región frontal, temporal o parieto-occipital.

Los trastornos afásicos pueden alterar diferentes componentes lingüísticos: el fonético-fonológico, el morfológico, el léxico y el sintáctico. En ese sentido, pueden verse afectados aspectos del componente pragmático, como la capacidad de repetir y de denominar objetos en una situación comunicativa concreta.

La alteración lingüística de la producción oral más común es la parafasia, un trastorno en la selección de la unidad (fonética, léxica) que Jakobson y Halle (1980) entienden por un error en el eje paradigmático.

Según Leiva Madueño y Vázquez de Sebastián (2017), «solo en los casos en que el error (ya sea subléxico o léxico) sea producido por una sustitución de un elemento por otro de la misma categoría (y no por la adición, omisión o desplazamiento), hablaremos de parafasia» (p. 15).

Respecto a las alteraciones más frecuentes, Leiva Madueño y Vázquez de Sebastián (2017) sostienen que los pacientes con afasia de Broca manifiestan parafasias fonéticas y alteraciones de producción sintáctica; los pacientes con afasia de Wernicke, parafasias fonológicas y paragramatismo; los pacientes con afasia transcortical sensorial, alteraciones léxicas y ecolalia, y los pacientes con afasia de conducción, parafasias fonémicas. Y, más concretamente sobre las caracterizadas en este estudio, Ardila (2006) argumenta que en las afasias de Wernicke y transcortical sensorial hay fluidez verbal; sin embargo, sostiene que en la primera existe una capacidad ínfima tanto de repetición como de comprensión y que en la segunda, aunque se conserva la capacidad de repetición, también hay una pobre comprensión.

2.2. Enfoque teórico desde la lingüística

Desde un enfoque estructuralista, Jakobson y Halle (1980) distinguen las afasias con trastorno de contigüidad (asociadas al eje sintagmático) de las afasias con trastorno de semejanza (asociadas al eje paradigmático). El primero se puede asociar con la afasia no fluente, mientras que el segundo, con la afasia fluente. En el caso de la afasia con trastorno de contigüidad, el paciente afásico olvida las reglas sintácticas que disponen las palabras en unidades superiores: desaparecen los vínculos de coordinación y de subordinación gramaticales, así como de concordancia y de régimen, lo cual lo conduce a un agramatismo. En el caso del trastorno de semejanza, el paciente pierde la capacidad de seleccionar y nombrar unidades; en general, pierde la capacidad metalingüística.

Desde el enfoque pragmático, Austin (1962) plantea la teoría de los actos de habla, enunciados concretos en una situación comunicativa particular. El autor considera que todos los actos de habla tienen un impacto en la realidad, es decir, que al *decir algo* siempre *hacemos algo*. Distingue tres tipos de actos de habla: locutivo, ilocutivo y perlocutivo. El primero, el acto locutivo, supone, a su vez, tres subtipos: el acto fonético, que consiste en la emisión de sonidos; el acto fático, definido por el autor como la emisión de ciertos términos o palabras que pertenecen a cierto vocabulario y a cierta gramática, y el acto rético, que consiste en el uso de los términos con un sentido y una referencia en una situación particular. El segundo, el acto ilocutivo, se trata de las diferentes funciones o fuerzas ilocutivas (la intención del emisor) y se lleva a cabo *al* decir algo: preguntar, informar, responder, advertir, aconsejar, entre otros. El tercero, el acto perlocutivo, es el efecto de lo dicho: una respuesta verbal o una acción por parte del receptor.

Asociamos el acto fático, descrito por Austin como «ruidos de cierto tipo» (1962), a la función fática del lenguaje que describe Jakobson (1988), cuyo objetivo es mantener, prolongar o interrumpir la conversación. Es decir, se trataría de términos, de cierta manera, «vacíos de sentido», pero que mantienen la comunicación. Se ha tomado ello en cuenta para el análisis.

Searle (1980) completa la teoría de los actos de habla de Austin añadiendo una nueva dimensión interna dentro de los actos locutivos (diferenciando entre acto enunciativo y acto proposicional) y, a su vez, presenta una nueva clasificación de los actos de habla ilocutivos según la intención del emisor. Gallardo (2005) los retoma y distingue cinco tipos básicos de acciones verbales o actos ilocutivos: actos representativos (manifiestan un estado de las cosas), actos directivos (preguntas, peticiones), actos expresivos (saludos, agradecimientos), actos compromisorios (apuestas, promesas) y actos declarativos (provocan un cambio

de situación institucional: inauguraciones, bodas). La autora, además, menciona otra clasificación que también es pertinente para los casos clínicos en particular: los actos sustantivos, que transmiten significado informativo, y los actos de control o de gestión, que tienen una función reguladora del discurso (pedir la palabra, por ejemplo).

Pilleux (1996) señala que el análisis de los actos de habla ha tendido a enfocarse en enunciados aislados, a pesar de que un acto de habla nunca está cerrado ni acabado: está vinculado en mayor o menor grado a un contexto y a un cotexto (Vernant, 2017), es decir, lo que se encuentra antes y después del enunciado. En ellos se presentan enunciados concretos y dependientes de la estructura lingüística, de la organización pragmática y, de manera crucial, del contexto en que se producen; en ese sentido, el enunciado en cuanto unidad de análisis no es suficiente. Los enunciados, inscritos en los géneros discursivos, en términos de Bajtín (1985) se entretajan de forma particular. En una interacción, su movimiento y sus formas de encadenamiento también deben ser analizados, pues en ellos se completa el sentido de una palabra o de los propios enunciados. Dichas formas pueden clasificarse en un discurso monológico, que se encadena con el del propio locutor; un discurso dialógico, que se encadena con su interlocutor; un discurso que está en continuidad o manifiesta una ruptura con el discurso del *otro*, y un discurso que tiene una relación referencial (como nombrar), interactiva (como ordenar) o metadiscursiva (como hacer un comentario respecto de lo que dice el interlocutor).

El presente estudio aborda el género discursivo de la evaluación, ritual occidental, que implica una relación asimétrica terapeuta-paciente. En esta, el análisis de la tipificación de los encadenamientos entre enunciados resulta relevante, ya que se pueden evidenciar aspectos como la intención de comunicarse con el interlocutor, el grado de comprensión

y la fluidez, así como qué tanto de lo que dice el paciente mantiene continuidad con lo que dice el evaluador.

3. Metodología

El objetivo general de la investigación fue describir, analizar y comparar las características discursivas de cinco pacientes con afasia fluente (Wernicke y transcortical sensorial). Los objetivos específicos fueron analizar la comprensión y la fluidez que poseen dichos pacientes y realizar una comparación entre los pacientes con afasia de Wernicke y con afasia transcortical sensorial.

Los sujetos de investigación son pacientes de un centro hospitalario del Callao entre treinta y ochenta años, cuyo diagnóstico es afasia fluente —afasia transcortical sensorial o afasia de Wernicke— y que accedieron a que se les aplicase el test de Boston. Se consideró únicamente las secciones del test de Boston que no exigen lectoescritura, pues una paciente (P1) era iletrada. Asimismo, resulta pertinente precisar que dos de los pacientes (P1 y P5) eran bilingües quechua-castellano.

En el siguiente cuadro, se han resumido las características de los pacientes estudiados.

Tabla 2
Características de los pacientes con afasia fluente estudiados

Características	Paciente (P)				
	P1	P2	P3	P4	P5
Edad	75 años	78 años	40 años	61 años	61 años
Sexo	F	M	F	M	M
Causa	ACV isquémico	ACV	ACV isquémico trombólico	ACV isquémico por embolia de arterias precerebrales	Edema cerebral por accidente de tránsito

Características	Paciente (P)				
	P1	P2	P3	P4	P5
Diagnóstico	Wernicke	Wernicke	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial	Transcortical sensorial
Antecedentes	Hipertensión	Hipertensión	Prótesis valvular anticoagulación	Hipertensión (3 años antes) Recambio valvular (3 años antes) Convulsiones (1 año antes)	No hay.
Lenguas	Quechua Castellano	Castellano	Castellano	Castellano	Quechua Castellano
Nivel educativo	Iletrado	Educación Superior	Educación Básica	Educación Básica	Educación Básica
Antigüedad de lesión	2.5 años	1.5 años	4 meses	4 meses	4 meses

Durante el 2011, se recogió un corpus a través de filmaciones y grabaciones de voz, que luego se analizó e interpretó a la luz de los actos de habla y las formas de encadenamiento de los enunciados. Para una primera parte de la evaluación, se utilizó el test de Boston adaptado por Rado (2006), quien ajustó los giros lingüísticos a la variedad del español peruano. Se utilizaron trece subpruebas del test:

- 1) Identificación de partes del cuerpo.
- 2) Discriminación de palabras.
- 3) Órdenes.
- 4) Material ideativo complejo.
- 5) Agilidad oral.
- 6) Secuencias automatizadas.
- 7) Recitado, canto y ritmo.
- 8) Repetición de palabras.
- 9) Repetición de oraciones.

- 10) Respuesta de denominación (objeto ausente).
- 11) Respuesta de denominación (representación presente).
- 12) Denominación de partes del cuerpo.
- 13) Nombrar animales.

Además, se trabajó con una lámina de la misma prueba: se le presentó al paciente un dibujo que representa una situación de la vida cotidiana (ver Figura 2) para que describiera lo que viese en ella.

Figura 2

Lámina del test de Boston



Esta misma lámina sirvió de tránsito a una conversación espontánea, sin la imagen, sobre actividades y gustos de los pacientes.

De manera global, la interacción tuvo las siguientes características discursivas: preguntas abiertas para que el paciente pudiera hablar sin restricciones; preguntas cerradas que requerían de un tipo de respuesta particular y breve; preguntas que requerían una respuesta de *sí* o *no*; indicaciones y órdenes que requerían del paciente un comportamiento no verbal, y la conversación espontánea motivada por una imagen.

En cuanto a las técnicas de procesamiento y análisis de datos, se consideraron el puntaje directo y los percentiles establecidos por el test de Boston. Respecto de la conversación espontánea, se utilizaron tablas en el *software* Excel para el análisis de los actos de habla y de los encadenamientos entre estos. Se segmentaron las intervenciones de los pacientes en enunciados (unidades de sentido) para describir los actos de habla en los niveles locutivo e ilocutivo y en los encadenamientos entre el discurso del paciente y el de la evaluadora, así como también para observar en qué medida se establecía la continuidad. Adicionalmente, se contabilizó el número de repeticiones y el uso de marcadores metadiscursivos.

Además, se elaboró una lista de alteraciones lingüísticas clasificadas a partir de lo recopilado en el test de Boston y en la conversación espontánea. Si bien las alteraciones pertenecen al componente léxico, han sido consideradas porque afectan al componente pragmático (estructuración del enunciado y fluidez del discurso).

4. Análisis

4.1. Resultados cuantitativos del test de Boston

Tabla 3

Identificación de partes del cuerpo

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
20-27	P4, P2	02	0,4
28-35	P1, P3	02	0,4
36-43	-	00	00
44-51	P5	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

Como se observa en la Tabla 3, P5 obtuvo el puntaje más alto, aunque se encuentra a la mitad del rango del percentil. A diferencia del

resto de pacientes, que identifican partes más grandes del cuerpo (pecho, hombro, cuello), P5 logró identificar partes más pequeñas (labio, ceja, dedo índice).

Tabla 4

Discriminación de palabras

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
25-36	P1, P2	02	0,4
37-48	-	00	00
49-60	P3, P4	02	0,4
61-70	P5	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

P5 nuevamente obtuvo el puntaje más alto, esta vez en la discriminación de palabras, seguido de P4 y P3. P1 y P2, quienes obtuvieron los resultados más bajos, presentaron dificultades para identificar las formas geométricas (círculo, cuadrado, etc.) y las letras. P5 tuvo problemas para identificar formas, a diferencia de P3, que los tuvo para identificar la representación de objetos (silla, pluma, etc.).

Tabla 5

Órdenes

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
10-14	P3, P4	02	0,4
15-19	P1, P5	02	0,4
20-24	P2	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En este ítem, todos los pacientes obtuvieron un puntaje bajo. El mejor resultado lo obtuvo P2, quien comprendió algunas relaciones

lógico-semánticas que supone seguir instrucciones, como colocar algo *al costado* de algo o *sobre* algo. P1 comprendió órdenes más simples y directas, como *cierre la mano, señale el techo*. P5 tomó los objetos referidos por la evaluadora, pero no comprendió las relaciones lógico-semánticas: en lugar de *al costado*, comprendió *sobre*; de igual manera, cuando se le dijo que cerrara la mano, la colocó sobre su cuerpo. Sin embargo, sí respondió de manera lógica a la indicación más compleja: *Señale el techo y después el suelo*. P4 tampoco comprendió las relaciones lógico-semánticas y algunas veces tampoco identificó los objetos referidos; por ejemplo, cerró los ojos cuando se le indicó que cerrara la mano. En cuanto a P3, vio el papel y el lapicero, mas no siguió las instrucciones sobre qué hacer: se puso a escribir.

Tabla 6

Material ideativo complejo

Intervalo	Paciente	N _i	N _r
43-48	P1, P3	02	0,4
49-54	P2	01	0,2
55-60	-	00	00
61-66	P4, P5	02	0,4
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_r = frecuencia relativa.

En este ítem que supone algunas preguntas que miden la lógica y la comprensión de pequeñas historias, P4 y P5 obtuvieron el puntaje más alto. Se encontró extraño el caso de P2, pues escuchó atentamente las historias que le leía la evaluadora y, de hecho, fue el único paciente en oírlas todas (el resto se cansaba rápido); sin embargo, sus respuestas a las preguntas sobre estas fueron incorrectas. P3 se mostró incómoda a las preguntas desde el inicio, expresando que no entendía, así que no se le leyó ninguna historia. En cuanto a P1, respondió a todo con una afirmación.

Tabla 7
Secuencias automatizadas

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
14-35	P1, P2	02	0,4
36-57	-	00	00
58-79	P3, P4	02	0,4
80-101	P5	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En la Tabla 7 se observan los datos obtenidos al medir la fluidez en las secuencias automatizadas, por ejemplo, los días de la semana, los meses, los números y el abecedario. P5 obtuvo el puntaje más alto, pues acertó en todas las secuencias. Lo siguieron P3, quien no completó los días de la semana, y P4, quien no completó el abecedario. P1 y P2 obtuvieron bajos resultados: P1 dijo incompletas las secuencias, mientras que P2 solo pudo contar y decir las vocales, no el abecedario completo.

Tabla 8
Recitado / canto / ritmo

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
55-62	P1, P2, P5	3	0,6
63-70	P3	1	0,2
71-78	-	0	00
79-86	P4	1	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En este ítem, P4 obtuvo el mayor puntaje, pues fue el único que logró completar los refranes. Además, cantó las canciones e imitó el ritmo propuestos en el test. P3 completó solo algunos de los refranes, mientras que P5 los completó de manera incorrecta y cantó algunas

canciones; pero ambos siguieron los ritmos. P2 y P1, por su parte, no pudieron completar los refranes; sin embargo, P2 cantó y siguió algunos de los ritmos a diferencia de P1, quien no respondió.

Tabla 9

Repetición de palabras

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
20-39	P1, P2	02	0,4
40-59	-	00	00
60-79	P4, P5	02	0,4
80-99	P3	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En este ítem, P1 y P2 evidenciaron problemas para repetir. La primera distorsionó la palabra que propuso la evaluadora y pronunció solo algunas sílabas: *si* en vez de *silla*, *e* en vez de *equis*. Por otra parte, cuando se le pidió a P2 repetir *marrón*, no fue capaz de hacerlo y dijo *amarillo*.

Tabla 10

Repetición de oraciones

Intervalo		N _i	N _i
30-36	P1, P2, P4	03	0,6
37-43	-	00	00
44-50	-	00	00
51-57	P3, P5	02	0,4
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

Nuevamente, P1 y P2 obtuvieron puntaje bajo, y esta vez también P4. El caso de P4 fue particular porque repetía una de las primeras oraciones, más simples (*Baja a la calle*), y una de las últimas, de las más

complejas (*El abogado encontró, de repente, una pepita de oro*). P3 repitió ciertas oraciones del test, así como P5, pero este último distorsionó algunas de ellas: cambió algunas preposiciones y algunos referentes; por ejemplo, en vez de *Volví del trabajo a la casa*, dijo *Volví del trabajo de la casa*; en vez de *No se lo digas a ella*, dijo *No se lo digas hija*.

Tabla 11

Respuesta de denominación (objeto ausente)

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
47-50	P1, P2, P3, P4	04	0,8
51-53	-	00	00
54-57	-	00	00
58-61	P5	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En lo referente a la Tabla 11, cuando se les preguntó a los pacientes por un objeto que no estaba presente, todos obtuvieron un puntaje bajo salvo P5. P3 al comienzo repitió la pregunta, y luego no respondió. P2 y P4 señalaron el reloj; el segundo dijo *Acá* cuando se les preguntó dónde miramos la hora. P1 no respondió a ninguna pregunta, salvo a *¿Para qué se usa un lápiz?*: *Niñitos todos*, contestó; es decir, asoció el lápiz a un contexto, quizás la escuela.

Tabla 12

Respuesta de denominación (representación presente)

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
39-48	P1, P2	02	0,4
49-58	P4	01	0,2
59-68	P3	01	0,2
69-78	P5	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

Cuando se les preguntó a los pacientes por un objeto que estaba presente, los puntajes variaron un poco, como se observa en la Tabla 12. Ante la imagen de una persona fumando, P1 respondió con una generalidad (como *haciendo*). P2 respondió a más preguntas, pero de forma incorrecta: señaló la silla y dijo *cama*, o sea, otro mueble; al color rojo le dijo *ojo*, una palabra que muestra una aproximación fonética; al color rosado le dijo *rojo*, otro color; ante la imagen de alguien bebiendo, dijo *Come agua*, y, ante el caño goteando, *agua*. P3 se refirió a la silla con la palabra *llave*, sin relación aparente (salvo la imagen de la llave que se encontraba al lado); pero ante la imagen del caño goteando dijo *Llave, cerrado bien* y ante el guante dijo *Se pone*, es decir, se refirió a la acción relacionada con el objeto. P4 generalizó y llamó a todos los colores *celeste*; al triángulo, *cuadrángulo* (neologismo fonéticamente parecido); a la llave, *medalla* (forma parecida). P5 llamó al guante *media* (otra prenda de vestir); a la pluma, *hoja de planta* (lo que le sugiere la forma); al caño goteando, *trigo de agua* (;metáfora?).

Tabla 13

Denominación de partes del cuerpo

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
2-13	P1	01	0,2
14-25	P2, P4	02	0,4
26-37	-	00	00
38-49	P3, P5	02	0,4
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En este ítem, P3 y P5 obtuvieron el puntaje más alto. P5 usó algunos neologismos, como *cadeque* para muñeca y *condo* para codo, y acciones relacionadas a partes del cuerpo (señalando las uñas, dijo *Me corto*). P3 cometió algunas confusiones, como *hombro* en lugar de *brazo* y *tobillo* en lugar de *boca*. P4 empleó palabras ajenas a las partes

del cuerpo, como *azúcar* y *caña*. P2 contestó con generalidades: *dedo* en vez de *pulgar*, *brazo* en vez de *codo*. P1, quien obtuvo el puntaje más bajo, no respondió.

Tabla 14

Nombrar animales

Intervalo	Paciente	N _i	N _i
35-47	P1	01	0,2
48-60	P2, P4	02	0,4
61-73	P3	01	0,2
74-86	P5	01	0,2
Total		05	1,0

Nota. N_i = frecuencia absoluta; N_i = frecuencia relativa.

En este ítem, los pacientes debían nombrar animales sin ningún material de apoyo o alguna representación que les ayudase a identificarlos (es decir, con objeto ausente, como se procedió para obtener los datos de la Tabla 11). P5 obtuvo el puntaje más alto, pues mencionó una larga lista, y P1 obtuvo el más bajo, ya que no respondió.

4.2. Semiología afásica

A continuación, se presenta una recopilación de las alteraciones lingüísticas halladas en las subpruebas referentes a la denominación, de acuerdo con la clasificación de Leiva Madueño y Vázquez de Sebastián (2017).

Tabla 15

Alteraciones en la producción oral del lenguaje durante el test de Boston

Paciente		Alteraciones		
	Alteraciones fonéticas	Alteraciones léxico-semánticas		Anomia
	Parafasias fonémicas	Parafasias léxicas y semánticas	Neologismos	
P1		Niñitos (lápiz) Haciendo (fumando)		
P2	Ojo (rojo)	Cama (silla) Amarillo (marrón)		
P3	El castillo se le va a caer (silla)	El castillo se le va a caer (silla) Se pone (guante)		
P4	Goterrando (goteando)	Está lloviendo (derramando agua) Veo escaleras debajo de la corriente zafados (inexplicable) Un cinturón tapado con las mangas abajo (inexplicable) Celeste (para todos los colores) Medalla (llave)	Cuadrángulo	Azúcar, caña (partes del cuerpo)
P5		Trigo de agua (gotas de agua)	Cadeque Congo	

4.3. Conversación espontánea

La presente sección contiene el análisis de los actos de habla del diálogo que tuvo lugar sin un formato preestablecido, a diferencia de la interacción generada al aplicar el test de Boston.

4.3.1. Actos locutivos

En la siguiente tabla, se muestran los resultados que distinguen los actos fátricos de los réticos. Los fátricos cumplen simplemente la función de mantener la comunicación; los réticos son los que *dicen algo* con sentido y tienen un referente en la interacción.

Tabla 16
Porcentaje de actos fátricos y réticos

Acto de habla	Wernicke		Transcortical sensorial		
	P1	P2	P3	P4	P5
Fático	18.8	24.6	2.9	18.2	18
Rético	81.2	75.4	97.1	81.8	82
Total	100	100	100	100	100

Se aprecia con claridad que, a excepción de P3, los pacientes producen con frecuencia la función fátrica de los actos locutivos, pues representa aproximadamente un quinto de los enunciados. Y cabe señalar que ello también demuestra la preocupación de los pacientes por mantener vigente un diálogo.

Por otro lado, se observa que todos tienen una motivación para transmitir contenido, si bien en ocasiones lo hacen de forma poco coherente. Por ejemplo, mucho de lo que expresa P2 resulta incomprensible, dado que presenta afasia de Wernicke, con ciertas dificultades de articulación. Quien menos porcentaje de actos fátricos presenta es P3; en otras palabras, es quien más contenido transmite cuando se comunica.

Véase, a modo de ejemplo, un extracto de diálogo con P1:

Tabla 17

Actos de habla presentes en el diálogo con P1

Intelocutores	Diálogo	Acto de habla
Ev	¿Qué está pasando? (mostrando la lámina [ver Figura 1])	Rético
P1	Qué está pasando	Fático
	está pasando para él (señala al niño) Dios.	Rético
	¿No?	Fático
	¿No?	Fático
Ev	¿Dónde están?	Rético
P1	Ya en este (la mujer) y Dios (¿?) es otro (con énfasis).	Rético
Ev	Ajá.	Fático

Nota. Ev = evaluadora.

Como se evidencia, P1 retoma la pregunta de la evaluadora y usa de forma insistente el marcador metadiscursivo *¿no?* Se trata de enunciados fáticos «vacíos».

4.3.2. Actos ilocutivos

Los actos ilocutivos son aquellos que revelan la intención del emisor. Se han considerado una lista abierta, pues existe una infinitud de intenciones comunicativas y posibles enunciados. Además, si se analiza la Tabla 8, se observa que no se trata de actos autónomos: están vinculados al interlocutor o a su discurso (alentar, halagar, replicar, entre otros). Sin embargo, es posible clasificar los diferentes propósitos tal como lo planteó Gallardo (2005): actos de habla expresivos; representativos, y directivos e interactivos.

Tabla 18

Tipos de actos ilocutivos de los pacientes estudiados

Actos de habla (Gallardo, 2005)	Tipos de actos de habla registrados	Wernicke		Transcortical sensorial		
		P1	P2	P3	P4	P5
Expresivos	1. Anunciar	0	0	0	0	1
	2. Alentar	1	0	0	0	0
	3. Cerrar conversación	1	1	1	4	0
	4. Comentar	1	0	0	0	3
	5. Despedirse	0	0	0	0	3
	6. Enfatizar	3	0	0	0	0
	7. Halagar	0	0	0	0	2
	8. Invocar	1	0	0	0	0
	9. Llamar atención	2	0	0	0	0
Representativos	10. Confirmar información	0	10	4	9	0
	11. Contar algo	55	33	38	11	0
	12. Corregirse	0	0	1	0	0
	13. Explicar	26	0	0	0	0
	14. Responder (dar información)	92	63	25	19	52
Directivos / Interactivos	15. Preguntar	1	1	0	0	0
	16. Replicar	1	0	0	0	0
	17. Solicitar	0	2	0	0	2

Se evidencia un número elevado del acto de responder (dar información) en todos los pacientes. Dado que en la estructura de una evaluación se espera que el evaluado responda preguntas, esto demuestra que poseen intención comunicativa. Además, se aprecia que tienen una necesidad de contar, de narrar hechos. A partir de una pregunta de la evaluadora, fue frecuente que el paciente tuviera el afán de

compartirle alguna experiencia. Se presenta un ejemplo de la conversación con P3:

(1) Ev: ¿Qué te pasó?

P3: Ah... hum... Después que me operaron (se señala el cuello) acá y por acá (el pecho) me **firmaron** el el 2007.

Ev: Aha.

P3: Y esa vez hastaa marzo me enfermé. Est... norma yoo estaba **suñando** en las **uñas** yo estaba **entera** y y después de ahí ya no recuerdo más. Me **esmayé** con esto de acá (señala brazo derecho como si lo cortara con el izquierdo): mi mano, mi segunda **mano** (señala el pie derecho), mi **labio** también (señala mejilla derecha). No dormía. Mejor, hoy día me está comiendo mejor (señala mejilla derecha), poco pero...

De otro lado, es interesante notar que P1, con bajos resultados en el test de Boston, fue quien realizó una mayor diversidad de actos ilocutivos. Para sus respuestas, tomó la iniciativa e invocó a Dios; reprodujo el discurso del médico; le hizo preguntas y comentarios a la evaluadora, y también la alentó. Asimismo, fue la única que elaboró explicaciones, dando además razones de por qué no podía hablar: buscó justificar su imposibilidad de responder algunas preguntas. Estos aspectos también revelan la comprensión del contexto y de la situación comunicativa, como se observa en el ejemplo (2):

(2) P1: Todo, todo para ahí, ya tengo todo todo; pero no este, pues (señala garganta). Único este, único (señala garganta).

Ev: Uhu.

P1: Sino que eso no más todo. Únicamente esto no más. Ahí todos ya tienen, todos tienen, para ti, para decir todo, para él también. Pero cómo vuelve. Hay veces, hay veces digo el doctor, arriba, me dice: hey, por qué no vienes a ver usted, por qué no

vienes, me dice. Ay, no sé, no puedo. Me dice el... (a su hijo)
¿Cómo se llama el doctor, arriba? El doctor, el doctor...
Hijo: Méndez.

Por su parte, P5 presentó particularidades como no dar por terminada la conversación en ningún momento. Solo se despidió cuando la evaluadora lo requirió. Tomó la iniciativa en la conversación cuando, espontáneamente, halagó en quechua a su interlocutora diciéndole que era bonita: «Sumallana muqanki allillanmi, allillanmi, allillanmi munashqa munashqa kashkanki warmi sumallana kashkanki musankipis munanallan kashkanki» ('Hermosa amas está bien, está bien, está bien querida querida, eres una mujer eres hermosa y eres encantadora'). Asimismo, anunció que le traería un regalo a ella y a su médico tratante. En su intención de responder a la evaluadora, se presentaron diversos actos ilocutivos, como contar y dar información:

(3) Ev: ¿Qué sabe de Huancayo?

P5: ¿Huancayo? Tan las cositas para que ustedes **viten** Abancay puedan ver tantas cosas de la naturaleza de las personas. Pueden ver las cosas de comida de alimentos de probar en diferentes cosas para encontrar las diferencias que hay en en Huancayo.

Ev: Hmm.

P5: Sí, hay bonitas cosas para comer las bo las **botoacas** y las personas son muy muy muy **lavables** muy muy, eh, **pedigosos** y muy atentos, ¿no?

En el ejemplo (3), el paciente intenta contar lo que hay en Huancayo. Resulta interesante constatar el uso de algunos términos que esbozan otros (*viten* parece relacionado con *ver*, *lavables* con *amables*, *pedigosos* con *peligrosos*). Le cuesta encontrar las palabras, pero se expresa con fluidez.

4.3.3. Encadenamientos

Con el objetivo de evaluar la coherencia discursiva, se puntualiza el análisis en la continuidad, la no continuidad y la ruptura del discurso de los pacientes respecto de la pregunta o el comentario de la evaluadora. En el primer caso, la continuidad, se consideran, por ejemplo, respuestas a las preguntas planteadas.

- (4) Ev: ¿Y cuánto pesas ahora?
P3: Eh, 65. He bajado hasta ahorita.

En el segundo caso, si bien los enunciados mantienen cierta continuidad, no responden directamente lo preguntado. A veces, parecía que el paciente se quedaba pensando en la pregunta anterior. También ocurría que narraba experiencias o realizaba comentarios poco relacionados con la conversación, como en el ejemplo (5):

- (5) Ev: ¿Tiene nietos?
P5: Sí. Bastante.
Ev: ¿Bastantes?
P5: A mí mucho. Para mí mucho. Para mí mucho.
P: ¿Chiquitos?
P5: Sí, bastante.

En el caso de la ruptura, el interlocutor cambia el tema o dice algo para cerrar la conversación o parte de esta. En este caso, solo ocurrió con P1.

- (6) Ev: Imaynalla imaynalla kachkanki? (‘¿Cómo está?’)
P1: Está bien, cuídese. Todo, todo, todo. El Señor...

En el ejemplo (6), la evaluadora sabía que la paciente era quechua-hablante, por lo cual le formuló la pregunta en su lengua materna; sin embargo, la paciente le respondió en castellano. Esto constituyó la

primera ruptura. La expresión *cuidese* parece la repetición de un discurso dirigido a P1. *Todo* resulta oscuro, aunque puede tener relación con su invocación al Señor (se entiende que es Dios, pues en otras partes de la conversación también lo menciona).

En la Tabla 19 han sido resumidos los encadenamientos:

Tabla 19

Encadenamientos de los pacientes estudiados

Tipo de enunciado	Wernicke		Transcortical sensorial		
	P1	P2	P3	P4	P5
Continuidad	23	31	23	18	13
No continuidad	17	20	7	4	6
Ruptura	5	0	0	0	0

Se podría establecer una correlación entre la continuidad con el *otro* y una mayor comprensión. Se observa que P1 y P2, quienes realizaron una mayor diversidad de actos ilocutivos (ver Tabla 8), mostraron menos continuidad en el diálogo con la evaluadora (ver Tabla 19). Al transgredir el formato conversacional propuesto, construyeron su propio discurso, lo que generó un discurso menos dialógico y más monológico, a diferencia de los demás pacientes.

4.3.4. Repetidores y marcadores metadiscursivos

Los *marcadores metadiscursivos*, a diferencia de los marcadores discursivos, son expresiones que tienen la función de realizar un comentario sobre lo que se dice, ya sea para realiza una afirmación o para asegurar la aprobación del interlocutor (por ejemplo, «¿no, cierto?»). En el análisis del discurso de los pacientes, se contabilizó el típico *¿no?*

En el caso de las repeticiones, se diferenció la repetición de lo que decía el interlocutor de la repetición del propio discurso.

Tabla 20

Número de repeticiones y marcadores metadiscursivos

Tipo de expresión	Wernicke		Transcortical sensorial		
	P1	P2	P3	P4	P5
Repeticiones propias	20	12	3	3	2
Repeticiones del otro	1	0	0	0	3
Marcadores metadiscursivos	3	6	0	7	2

Es interesante notar que solo P5 y P1 llegaron a repetir lo que decía la evaluadora. Podría asociarse a la conciencia que tienen de este discurso, al carácter dialógico de la narración andina, descrito por Mannheim y Van Vleet (2000), pues justamente se trata de los dos pacientes quechuahablantes. Para los autores mencionados, narrar, contar un cuento en la cultura andina es un evento social. No se trata de un monólogo, sino de un diálogo.

En el ejemplo (7), P5 describe la lámina del test de Boston:

- (7) Ev: ¿Y el agua?
P5: Ella está en la casa, ¿perdón?
Ev: ¿Y el agua?
P5: **El agua... ah, el agua. Sí, el agua el agua** tiene acá un...
tiene **lista**. Está **lista** para sacar el agua.

En este intercambio, el marcador *¿perdón?* refleja plena conciencia de lo que dice el otro y pide que realice una repetición.

De otro lado, P1 y P2 realizaron un número elevado de repeticiones del propio discurso. Fueron quienes más monologaron. En su afán de hablar, llevaron a cabo más actos de tipo borrador (Gallardo, 2005) para aproximarse a lo que querían finalmente decir.

(8) Ev: ¿La persona que ha venido con usted quién es?

P2: Sí, ha salido.

Ev: ¿Quién es?

P2: (Incomprensible) mío mío, mi hija mi hija.

Finalmente, P2 y P4 emplearon en mayor medida el marcador *¿no?* Un uso de este marcador evidencia que el interlocutor busca confirmar lo que dice, pero otro funciona también como acto fático o un acto borrador.

(9) Ev: ¿Tiene tiene hijos?

P4: Sí.

Ev: ¿Cuántos hijos tiene?

P4: Tengo uno no más. Y mi hijo tengo en Estados Unidos, ¿no? (se dirige a su esposa).

Esposa: No, mi amor, está acá.

P4: Tá trabajando, pues...

En el ejemplo (9) se ve con claridad que P4 busca la aprobación de su esposa, pero en (10) es diferente: no usa el marcador dirigiéndose a ella, sino simplemente para mantener el diálogo.

(10) Ev: ¿Todavía no tiene nietos?

P4: Sí, tengo nieto, tengo un nieto y... con la chiquita que está ahora. Tá chiquita la hermana, ¿no?

Ev: Hum.

P4: Esa, vamos a ver.

Por último, a partir de la conversación espontánea, durante la cual el único estímulo inicial fue la imagen del test de Boston, se generó una tabla de semiología de expresiones afásicas según la clasificación de Leiva Madueño y Vázquez de Sebastián (2017). Entre paréntesis ha sido anotada la interpretación que se tuvo del análisis, con la salvedad de que

no necesariamente hay un soporte visual que evidencie a lo que se quiere referir el paciente.

Tabla 21

Alteraciones en la producción oral del lenguaje durante la conversación espontánea

Paciente	Alteraciones fonéticas	Alteraciones léxico-semánticas		Alteraciones sintácticas (agramatismo)
	Parafasias fonémicas	Parafasias léxicas	Neologismos	
Wernicke				
P1	Commiento (comiendo)	Arxenofasia: Una vez mamá yo, hay veces yo estoy con el Señor, ripuni (tr. me voy)		- Por ejemplo, mi hijo también siempre contigo con mi... - Por ejemplo, mi hijos, el otro tiene otro, ya está grande y un poqui otro un poquito. - Ahora otro, claro, ellos otro. Cada uno tiene, pero junto contigo. - Ni para ti ni para ella (señala a su hijo) ni nada también, no más ni ellos también, nosotros todo contigo. Gracias, señor. - Yo veas que yo puede decir. - Hay veces, hay veces digo el doctor, arriba, me dice: hey, por qué no vienes a ver usted.
P2	Fruía (fruta) Acuero (acuerdo)	Pan de lechuga		- Hoy día hemos ido el día de ayer. - Señor que me veo de nosotros. - Mi hija se fue ha sido buena. - Ha cayó. - La parte de mi es grande y el otro chico. - Los dos vengo todo.
Transcortical sensorial				
P3	Esmayé (desmayé)	He bajado ocho años (kilos) Estoy posando (cortando)	Suñando en las uñas El niño se cuegueman	- Ella está vestido.

Paciente	Alteraciones fonéticas	Alteraciones léxico-semánticas		Alteraciones sintácticas (agramatismo)
	Parafasias fonémicas	Parafasias léxicas	Neologismos	
P4				- No me gusta el cebiche. Me gustaría más, ¿no? - Y mi hijo tengo en Estados Unidos. - Tengo un nieto. Y con la chiquita que está ahora. Tá chiquita la hermana, ¿no?
P5	Cuirar (cuidar) Viten (visten)	Personas lavables	Para comer botoacas Ropa muy diproprao Personas muy pedigosos Milba del robo	- Ya estoy, gracias (a la pregunta «¿Cómo está?»)

5. Conclusiones

Respecto de los resultados del test de Boston, es interesante notar cómo los pacientes evaluados con afasia de Wernicke (P1-P2) pueden comprender relaciones lógico-semánticas en instrucciones simples, pero no cuando están contenidas y representadas en breves historias. Ocurre a la inversa con los pacientes con afasia transcortical sensorial evaluados (P3-P5): se les dificulta seguir instrucciones simples, pero sí comprenden la lógica de las cortas narraciones. Esto contradice lo señalado por Gallardo (2005), quien sostiene que los hablantes afásicos mantienen las superestructuras discursivas de narración y argumentación (supuestamente universales), por lo cual logran identificar sus diferentes partes, su estructura. En este estudio, solo sucede en el caso de P1 y P2. Sin embargo, el resultado obtenido se puede respaldar con lo hallado por Espinoza Peña *et al.* (2007), quienes aplicaron el test de Boston a hablantes afásicos fluentes.

En lo concerniente a recitar secuencias automatizadas, como los días de la semana, y a completar refranes, a los pacientes con afasia de

Wernicke no les fue posible. En contraste, los pacientes con afasia transcortical sensorial buscaron completar la secuencia o el refrán, aunque fuera de forma incorrecta.

Asimismo, se constataron los planteamientos de dos estudiosos: Jakobson (1980) y Ardila (2006). El primero sostiene que los pacientes con trastorno de la semejanza —es decir, con afasia fluente, que han perdido su capacidad de denominar y de sustituir elementos semejantes— son contextuales y padecen una alteración en su capacidad metalingüística, lo cual se observó en su dificultad para denominar objetos, principalmente si estaban ausentes. Cuando los objetos estaban presentes —o sea, en el contexto inmediato—, el resultado de los puntajes del test de Boston mejoró. Respecto a la investigación del segundo, se halló que los pacientes con afasia de Wernicke presentaban dificultades en su capacidad para repetir, a diferencia de los pacientes con afasia transcortical sensorial.

En cuanto a las alteraciones lingüísticas identificadas durante la aplicación del test y durante la conversación espontánea, se observó que los pacientes con afasia transcortical sensorial realizaron más neologismos y tuvieron más dificultades para nombrar que los pacientes con afasia de Wernicke. De otro lado, en los pacientes con afasia de Wernicke abundaron las alteraciones sintácticas, lo cual no se observó en los pacientes con afasia transcortical sensorial.

En lo relacionado a la conversación espontánea, aunque los pacientes con afasia de Wernicke obtuvieron bajos puntajes en fluidez en el test de Boston, produjeron diversidad de actos de habla, lo que les permitió desenvolverse más fluidamente que los pacientes con afasia transcortical sensorial. Sin embargo, fueron más monológicos, mantenían menor continuidad en el diálogo con el interlocutor y presentaban menor comprensión a lo que este les decía. Los pacientes con afasia

transcortical sensorial, en cambio, siguieron con mayor proximidad el intercambio propuesto por la evaluadora.

Pietrosemoli *et al.* (2005) realizaron una comparación entre un grupo de pacientes con afasia y un grupo control de personas sin afasia para analizar el uso de marcadores discursivos y la manera de organizar el discurso. Notaron que los pacientes afásicos los usaban en menor medida, lo cual coincide en cierta forma con que los pacientes del presente estudio emplearon marcadores metadiscursivos de forma mínima, principalmente recurriendo a ellos cuando debían describir la imagen proporcionada por la evaluadora. No obstante, llama la atención que cuatro pacientes emplearon ¿no? como marcador metadiscursivo, en contraste con el estudio de Pietrosemoli *et al.*, donde ¿no? fue usado como marcador discursivo —aunque el más frecuente en su análisis fue y—. A partir de la investigación actual, junto con otras manifestaciones (como las repeticiones del discurso del interlocutor y los pedidos de repetición), se observó que los pacientes mantenían su capacidad metadiscursiva (conciencia del propio discurso y del discurso del *otro*). Pero, por otro lado, a través del análisis de los encadenamientos —principalmente en P1 y P2—, se evidenciaron rupturas en la continuidad con el discurso de la evaluadora, de lo cual se concluye que no existe la coherencia esperada.

Gallardo (2005) sostiene que los pacientes con afasia no presentan daño cognitivo. En este estudio, se ha podido evidenciar la voluntad de cada paciente de comunicarse, cada uno de manera diferente, haciendo uso de su particularidad y de sus propias estrategias verbales. Sin embargo, en la medida en que el trastorno se hace evidente en su interacción con el *otro*, sea evaluador o no, cabe reflexionar sobre qué tanto sí pueden disminuir algunas de sus habilidades cognitivas. El aprendizaje y la reflexión son dialógicos y se desarrollan principalmente en la relación con el *otro* por medio del diálogo.

Se deben resaltar algunas particularidades de P1 y P5, pacientes bilingües quechua-castellano (P1 con afasia de Wernicke, P5 con afasia transcortical sensorial). Ambos realizaron alternancias de código de manera espontánea: P1 con una palabra en quechua —aunque no pareció ser de manera consciente— y P5 con una secuencia completa en dicha lengua. Asimismo, produjeron mayor diversidad de actos ilocutivos que los otros tres pacientes. En aspectos más individuales, P5 asoció los actos de habla más expresivos con la lengua quechua, como el halago a su evaluadora y el anuncio de que traería un regalo para ella y su médico tratante. De otro lado, si bien Gallardo (2005) afirma que el paciente no fluente, por su dificultad, presenta un discurso más directo (reproduce palabras de otro) que un paciente fluente, esto es relativo: P1 usó el estilo directo, lo que es frecuente en los formatos discursivos de su primera lengua, el quechua (cuya narración se caracteriza por ser dinámica y dialógica; Mannheim y Van Vleet, 2000).

Finalmente, el hallazgo más relevante fue que, en el análisis de la conversación, se encontraron aspectos del habla de los pacientes con afasia fluente que el test de Boston no permite analizar. Chantraine *et al.* (1998) ya habían mencionado la necesidad de investigar modelos discursivos de pacientes con afasia, por lo que definitivamente se deberían tener en cuenta en una evaluación. En nuestro país, como ocurre en otros países pluriculturales y multilingües donde las personas bilingües (por ejemplo, quechuahablantes) iletradas son discriminadas, el servicio de salud debe implementar un sistema de evaluación *ad hoc* para que estos pacientes no sean doblemente excluidos y se les pueda brindar un tratamiento de acuerdo con sus características y con sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila, A. (2006). *Las afasias*. Department of Communication Sciences and Disorder; Florida International University.
- Austin, J. (1962). *Palabras y acciones*. Paidós.
- Bajtín, M. (1985). *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI.
- Chantraine, Y., Joannette, Y., y Cardebat, D. (1998). Impairment of Discours-Level Representations and Processes. En B. Stemmer y H. Whitaker (Eds.), *Handbook of Neurolinguistics*, (pp. 261-274). Academic Press.
- Córdova Gastiaburu, P. (2012). *Análisis del discurso de cinco pacientes con afasia fluente: Wernicke y transcortical sensorial* [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Espinoza Peña, S., Parraguez Carrasco, A., Torres Morales, C., Torres Morales, F., y Zúñiga Cambor, P. (2007). *Comprensión del discurso narrativo en sujetos afásicos* [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110676>
- Gallardo, B. (2005). *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. Tirant lo Banch.
- González, P. (2023). *Intervención logopédica en el momento agudo del ictus* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental de la UVA. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/61109>
- Jakobson, R. (1988). *Lingüística poética*. Cátedra.

- Jakobson, R., y Halle, M. (1980). *Fundamentos del lenguaje*. Ayuso y Pluma.
- Leiva Madueño, I., y Vázquez de Sebastián, J. (2017). *Manual práctico de patología del lenguaje. Evaluación e intervención en adultos y niños*. Editorial UOC.
- Mannheim, B., y Van Vleet, K. (2000). Surtout, ne vous endormez jamais dans un bus... Le dialogisme dans la narration quechua méridionale. En A. Monod-Becquelin y P. Erikson (Eds.), *Les rituels du dialogue* (pp. 29-78). Société d'ethnologie.
- Mayco Chamorro, J. G., Uriol Saldarriaga, R. E., y Zapata Miranda, G. G. (2010). *Análisis y descripción del componente léxico en pacientes con afasias atípicas* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7128>
- Pietrosemoli, L., Vera, M., Gonzalez, S., y Coutin, P. (2005). Marcadores discursivos en hablantes sanos y afásicos: el caso especial de y. *Boletín de Lingüística*, 17(24), 25-30.
- Pilleux, M. (1996). Hacia una caracterización de los actos de habla en una entrevista. *Boletín de la Academia Peruana de la Lengua*, 27(27), 63-78. <https://revistas.apl.org.pe/index.php/boletinapl/article/view/442>
- Rado, J. (2006). *Adaptación del test de Boston a la población afásica que acude al INR*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/98>
- Searle, J. (1980). *Los actos de habla*. Cátedra.

- Sinacay, E. (2013). *Descripción de marcadores del discurso de hablantes con afasia afluyente: anómica, de conducción y de Wernicke* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5034>
- Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 26(2), 222-231. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>
- Vernant, D. (2017). Texte et contexte en dialogue. *Revue interdisciplinaire d'Humanités*, (12), 33-50. <https://doi.org/10.4000/essais.2673>