

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO**



**CARACTERÍSTICAS DEL USO DEL VERBO EN UN GRUPO DE PACIENTES
AFÁSICOS NO FLUENTES DE UN CENTRO HOSPITALARIO DEL CALLAO**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN FONOAUDIOLÓGÍA.

HILDA JULIANE ACERO MARTÍNEZ

ALBERTA ZENAIDA CUSTODIO VEGA

ASESORES:

JAIME RAMIRO ALIAGA TOVAR

JULIA ESTHER RADO TRIVEÑO

MIEMBROS DEL JURADO:

MARTHA BRIGIDA MARTINA CHÁVEZ

LILIA IVONNE VELA QUICHIZ

LIMA – PERÚ

2012

DEDICATORIA

A mis padres María Micaela Martínez Maraza, Ignacio Alberto Acero Gómez, a todos aquellos que dedican su tiempo a la investigación en el área de la fonoaudiología y de manera especial a todos los pacientes afásicos que motivan la creación de nuevas propuestas y estudios.

Hilda Juliane Acero Martínez



DEDICATORIA

En memoria a mis padres Sr. Alejandro Custodio Lara, Sra. Benedicta Vega, por haber sido ellos los pioneros en la formación de mi carrera profesional.

Alberta Zenaida Custodio vega

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por el don de la sabiduría, a todos los maestros que durante este tiempo nos han acompañado en el proceso de esta investigación en especial a la Dra. Julia Rado Triveño y el Dr. Jaime Aliaga Tovar.

A la institución CPAL por la oportunidad que nos brindan en la formación de profesionales en el área de Fonoaudiología.

A todos los pacientes que han sido parte de nuestro estudio y facilitarnos la información necesaria para llevar a cabo esta investigación.

A mis amigos y amigas que directa e indirectamente han recorrido este camino y han facilitado la culminación exitosa de este estudio.

A mis padres María Martínez Maraza e Ignacio Acero Gómez, a mi hermano José Acero Martínez por toda su comprensión, paciencia y apoyo, durante el desarrollo de esta maestría.

Hilda Juliane Acero Martínez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser mi guía y mi fortaleza y a los Señores asesores Dr. Jaime Aliaga Tovar y a la Dra. Julia E. Rado Triveño por su paciencia, dedicación, enseñanza y conocimiento brindados, haciendo posible la realización de esta investigación

A mis familiares, hermana Gina con sus oraciones, a mi esposo Ángel Bautista, hijos Ángel de Dios, Paul Christian, y Zandrita que me ayudaron en todo momento con mucho cariño y amor a lo largo de mi maestría.

Alberta Zenaida Custodio Vega

RESUMEN

En esta investigación se presenta un trabajo descriptivo sobre las características del uso del verbo en pacientes afásicos no fluentes, en una muestra de 6 pacientes, con diagnósticos de afasia de broca y transcortical motora. Se aplicó el test de Boston para recaudar información sobre el habla espontánea, respuestas de denominación, repetición de oraciones y frases.

La información sobre el habla espontánea fue extraída de la descripción de una lámina. La repetición de oraciones y frases se realizó con 12 items, las respuestas de denominación con 7 items, también se recaudó información adicional a través de la repetición de 8 oraciones y 12 verbos, haciendo un total de 39 items.

Los datos fueron analizados con las características propias de la estadística descriptiva en tablas de frecuencia.

Se realizó un análisis sobre las producciones verbales y errores en relación al modo verbal, aspecto, tiempo, persona y número. Los resultados muestran con claridad que las tareas verbales son las de mayor alteración en pacientes afásicos no fluentes en estudio, en la mayoría de casos, los pacientes sustituyen al verbo propiamente dicho, por verbos

impersonales como el infinitivo y el gerundio, en otros casos, se ve alterada la estructura del verbo en relación a los fones o las vocales. El presente estudio, confirma los resultados de las investigaciones que se tomaron como antecedentes.

Palabras claves: Afasia no fluente, verbo, test de Boston



ABSTRACT

This research presents a descriptive work on the characteristics of the use of the verb in aphasic patients not fluent in a sample of 6 patients diagnosed with aphasia and transcortical motor drill. Test was applied to Boston to collect information on spontaneous speech, naming responses, repetition of sentences and phrases.

Information was extracted spontaneous speech from the description of a sheet. The repetition of sentences and phrases are made with 12 items, naming responses with 7 items, additional information is also collected through the repetition of sentences 8 and 12 verbs, making a total of 39 items.

Data were analyzed with the characteristics of descriptive statistics in frequency tables.

Analysis was performed on oral production and errors in relation to the verbal mode, aspect, tense, person and number. The results clearly show that the verbal tasks are the most change in comparison with the production of nouns and not fluent aphasic patients, in most cases, patients replaced the verb itself, by verbs impersonal as the infinitive and the gerund, in some cases altered the structure of the verb in relation to

the fones or vowels, the study in question, confirm the results of the research were taken as background.

Keywords: non-fluent aphasia, verbs, test the Boston.



INTRODUCCIÓN

El lenguaje es un proceso complejo que requiere de un mensaje para comunicarse con los demás, según Benedet (2006) la comunicación es un código que nos permite transmitir o recibir pensamientos y sentimientos expresados, cuyo signos son las palabras, el significante, las secuencias de sonidos o letras y el significado del concepto; cualquier lesión que se produzca en el cerebro perjudica la emisión de la palabra. El verbo siendo el sintagma verbal de la oración, permite variaciones morfológicas diferentes en función al número, persona, tiempo, aspecto, modo verbal que se utilice.

Según otras investigaciones como las realizadas por Peña Casnova y Pérez (1990) el 75% de los casos investigados presentan accidente cerebrovascular (ACV), normalmente son los derrames y oclusiones de la arteria cerebral media del hemisferio izquierdo causando una afasia y trastornos en las zonas sub corticales, otra de las causas más comunes son los traumatismos encéfalo craneanos (TEC) causando incapacidad o quedando con secuelas, que les imposibilita retornar a sus labores, medio académico y familiar.

La presente investigación cuenta con una muestra de pacientes afásicos no fluentes perteneciente a los siguientes grupos: afasia de broca y afasia transcortical motora. El objetivo general del estudio precisa determinar las características del uso del verbo en un grupo de pacientes afásicos no fluentes de un Centro Hospitalario del Callao en tareas en repetición de oraciones, tareas de denominación y habla espontánea.

Este estudio comprende cuatro capítulos; el primero de los cuales fundamenta el problema de la investigación, plantea los objetivos, describe la importancia y las limitaciones del estudio, en el segundo capítulo se considera los antecedentes del estudio, las bases científicas y la definición de términos, el tercer capítulo contiene la metodología de la investigación, en el cuarto capítulo se desarrolla los resultados de la investigación, la discusión de resultados y finalmente se presentan las conclusiones, sugerencias y bibliografía.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

| | | |
|--------|---|----|
| 1.1. | Fundamentación del problema | 15 |
| 1.1.1. | Formulación del problema específico | 16 |
| 1.2. | Formulación de Objetivos | 16 |
| 1.2.1. | Objetivo general | 16 |
| 1.2.2. | Objetivos específicos | 16 |
| 1.3. | Importancia y justificación del estudio | 17 |
| 1.4. | Limitaciones de la investigación | 17 |

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

| | | |
|----------|--|----|
| 2.1. | Antecedentes de estudio | 18 |
| 2.2.1. | Antecedentes internacionales | 18 |
| 2.2. | Bases científicas | 21 |
| 2.2.1. | La comunicación verbal | 21 |
| 2.2.1.2. | Funciones de la comunicación verbal | 22 |
| 2.2.3. | El lenguaje | 23 |
| 2.2.3. | Bases neurológicas del lenguaje | 24 |
| 2.2.3.1. | Localización cerebral del lenguaje | 24 |
| 2.2.3.2. | Estructuras cerebrales y funciones lingüísticas | 25 |
| 2.2.4. | Bases neuronales de la afasia | 26 |
| 2.2.4.1. | Etiología de los trastornos afásicos | 26 |
| 2.2.4.2. | Clasificación de la Semiología afásica | 28 |
| 2.2.4.3. | Lenguaje expresivo en la afasia | 29 |
| 2.2.4.4. | Tipos de afasia de Broca | 31 |
| 2.2.5. | Alteraciones de la producción del lenguaje oral en | |

| | |
|--|----|
| pacientes afásicos no fluentes | 37 |
| 2.2.6. Aspectos lingüísticos involucrados en afasias no fluentes | 39 |
| 2.2.6.1. El verbo | 39 |
| 2.2.6.2. Características del uso del verbo en los pacientes con agramatismo | 43 |
| 2.3. Definición de términos | 46 |

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 3.1. Método de investigación | 48 |
| 3.2. Tipo y diseño de investigación | 49 |
| 3.3. Sujetos de investigación | 49 |
| 3.4. Instrumentos | 49 |
| 3.5. Variables de estudio | 52 |
| 3.6. Procedimientos de recolección de datos | 52 |
| 3.7. Análisis de los datos | 53 |

CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 4.1. Presentación de resultados | 54 |
| 4.1.1. Accidentes gramaticales | 54 |
| 4.1.2. Estructura del verbo – emisiones y sustituciones | 73 |
| 4.1.3. Frecuencia verbal | 78 |
| 4.2. Discusión de resultados | 88 |

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|----------------------------|----|
| 5.1. Conclusiones | 71 |
| 5.2. Recomendaciones | 72 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 73 |

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1 Historia Clínica de los pacientes afásicos no fluentes | 55 |
| Tabla 1. Características de los Accidentes Gramaticales en los verbos en pacientes afásicos no fluentes | 57 |
| Tabla 2. Características de los Accidentes Gramaticales en los verbos en pacientes afásicos no fluentes II | 59 |
| Tabla 3 Estructura del verbo - Repetición de frases y oraciones en pacientes afásicos no fluentes | 62 |
| Tabla 4 Estructura del verbo - Respuestas de denominación | 62 |
| Tabla 5 Estructura del verbo - Producción de Verbos adicionales | 63 |
| Tabla 6 Estructura del verbo - Producción de Oraciones adicionales | 63 |
| Tabla 7 Frecuencia verbal en función a la repetición de frases y oraciones | 65 |
| Tabla 8 Frecuencia verbal en función a las respuestas de denominación | 65 |
| Tabla 9 Frecuencia de verbos adicionales | 66 |
| Tabla 10 Frecuencia verbal de oraciones adicionales | 66 |
| Tabla 11 Frecuencia verbal de verbos en el Lenguaje espontáneo | 67 |

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

El lenguaje es una de las funciones primarias complejas que nos permite comunicarnos con los demás y con nosotros mismos.

Según el reporte Estadístico de la Discapacidad en el Perú 1999-2000 que reporta el total de enfermedades o trastornos que ocasionan deficiencias de la comunicación según la gravedad de la discapacidad, el trastorno que produce mayor índice de discapacidad es la afasia con 41% de grado severo, seguido por la disartria con el 19%.

Estas alteraciones graves del lenguaje van a afectar la vida cotidiana del paciente y las relaciones interpersonales; pues estas personas pasan a ser de personas independientes a personas sociológica y económicamente dependientes, situación que es

más frecuente en los pacientes afásicos, pues en muchos casos, las lesiones cerebrales afectan a la memoria, atención, percepción y el razonamiento conjuntamente con las capacidades verbales o comunicativas. En este caso, se tiene en cuenta estas últimas capacidades tal como se manifiestan en los pacientes afásicos no fluentes.

1.2. Formulación del problema

La comunicación humana utiliza oraciones en las que el verbo tiene un rol básico pues invita a la acción o actividad que se vaya a realizar. En los afásicos de Broca se ha observado que no pueden expresar la acción, situación que ha sido poco estudiada, sobre todo en nuestro medio. Es por ello que, aspirando a aportar con conocimientos sólidamente obtenidos se emprende este estudio con el fin de contribuir a determinar el uso del verbo en pacientes no fluentes, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características del uso del verbo en un grupo de pacientes afásicos no fluentes de un Centro Hospitalario del Callao?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir las características del uso del verbo en pacientes afásicos no fluentes de un Centro Hospitalario del Callao

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los accidentes gramaticales del verbo en las tareas de repetición de oraciones y frases y en las respuestas de denominación.
- Identificar en la estructura del verbo las omisiones y sustituciones, en las tareas de repetición de oraciones y frases y en las respuestas de denominación.
- Identificar la frecuencia verbal de los pacientes afásicos en las tareas de repetición de oraciones y frases, las respuestas de denominación y habla espontánea.

1.4. Importancia y justificación del estudio

La investigación tendrá trascendencia social ya que los beneficiarios directos serán los pacientes afásicos, neurólogos y fonoaudiólogos. Los resultados permitirán realizar nuevas propuestas de tratamientos a nivel neurológico y neurolingüística y plantear nuevas propuestas de terapia de lenguaje, en relación al verbo. Por otro lado, es importante el nivel teórico de esta investigación, ya que se fundamenta en dos niveles: el neurolingüístico y el fonoaudiológico.

A nivel práctico, se podrán sustentar nuevos proyectos de intervención terapéutica para afásicos no fluentes, a través del desarrollo verbal de los pacientes. De esta manera la institución y las investigadoras serán beneficiadas con los resultados de la investigación.

1.5. Limitaciones de la investigación

Durante el desarrollo de la investigación se han encontrado las siguientes limitaciones:

- Poca población de pacientes afásicos no fluentes
- Dificultad para generalizar los resultados a nivel nacional.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de estudio

Son pocos los estudios acerca del uso del verbo en pacientes afásicos, entre ellos tenemos los siguientes:

2.1.1. Antecedentes internacionales

Rosell (2005) realizó en la ciudad de Valencia, España un estudio acerca del uso del verbo en pacientes afásicos motores, teniendo por objetivos determinar si la tendencia a la omisión de morfemas, frente a la sustitución, observada en los sujetos agramáticos en inglés, también se da en idiomas con una morfología más rica como el catalán y el castellano. También era objetivo el comprobar si en catalán y en castellano también se observa una disociación clara en las dificultades morfológicas verbales que

presentan los sujetos agramáticos en cuanto a la morfología verbal de concordancia y la morfología verbal de tiempo.

La muestra analizada fue de 10 pacientes afásicos de Broca: Empleó los siguientes instrumentos: Los Test de Minnesota, Índice Porch, Western Aphasia Battery, Test de Boston, Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica.

Finalmente, concluyó: respecto a la severidad de la afasia, los sujetos de este estudio presentan la tendencia significativa a producir menos verbos y por tanto mayor número de errores a medida que aumenta la severidad de la afasia. Esta tendencia también se observa en la tarea de habla espontánea. Sin embargo, al igual que la variable Tarea, los efectos de la severidad no son meramente lineales cuando se analizan las interacciones con las variables: Aspecto, Tiempo, Persona, Número y Regularidad. Ambos resultados contradicen los esperados a partir de hipótesis lineales y el aspecto verbal más utilizado en habla espontánea es el presente y es, además el aspecto en donde se realizan significativamente menos errores en las dos tareas controladas. El aspecto verbal menos utilizado en habla espontánea es el futuro, siendo también el aspecto futuro en donde algunos resultados muestran que se realizan más errores, aunque desde un punto de vista global, en las tareas controladas se realizan más errores en el pasado que en el futuro. Este resultado refleja el hecho de que en las tareas controladas se utilizan el doble de ítems en el aspecto pasado que en los otros aspectos verbales.

Geromini (2008) realizó un estudio de análisis sobre los agramatismos en niños y adultos comparando los resultados obtenidos en ambas poblaciones, pacientes de habla hispana, portadores de patología afásica pura. El objetivo fue conocer las mayores frecuencias de distorsión que se concentran en las categorías gramaticales y, dentro de ellas, en verbo, pronombre y preposición. Interpretando y comparando los resultados, partiendo del análisis de: 1) la participación de estas categorías gramaticales en construcciones lógico-semánticas en dependencia de la sintaxis; 2) la repetición de las alteraciones semánticas respecto, a) la relación entre categorías lógicas y gramaticales; b) la sintaxis y c) la correspondencia entre la información semántica y la morfológica. La muestra analizada fue de 33 pacientes niños y los 33 adultos con alteraciones lingüísticas de patogenia afásica pura. Todos los pacientes fueron

diagnosticados mediante la aplicación de un protocolo uniforme que incluye pruebas que investigan la comprensión verbal (código semántico) y la elocución (código fonológico).

En relación a la producción de verbos llegó a las siguientes conclusiones:

Tipo de distorsión. En las distorsiones del verbo, los errores de la selección morfológica (errores en la selección de modo, tiempo, persona y número) fueron más frecuentes que las omisiones, los agregados y las regularizaciones de verbos irregulares.

Criterio semántico Los verbos de existencia, estado y permanencia: SER, ESTAR y HABER, concentraron el más alto porcentaje de distorsión general. Les siguieron los de acción; luego se ubicaron los de capacidad, voluntad y posibilidad.

Criterio sintáctico Las distorsiones sobre los verbos auxiliares y auxiliares modales resultaron levemente superiores a las de los verbos sustantivos. Las omisiones fueron mayoritarias en los verbos auxiliares y auxiliares modales. La mayor frecuencia de error en la selección morfológica se observó en los verbos sustantivos. Los agregados fueron más frecuentes en los verbos auxiliares y auxiliares modales al tiempo que las regularizaciones de verbos irregulares tuvieron baja frecuencia de aparición en ambos tipos de verbos. Casi la totalidad de los verbos (43/45) resultaron distorsionados en la función de núcleo verbal.

Almagro (2002) realizó un estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano, cuyo objetivo fue estudiar los distintos tipos de alteraciones que presentan los pacientes y encontrar disociaciones que contribuyan a estructurar un modelo de procesamiento del lenguaje en personas sin daño cerebral.

La muestra estaba formada por cinco pacientes (tres de ellos bilingües del catalán y del castellano y dos monolingües castellanos), y cinco sujetos control que coincidían en características como edad, sexo, nivel cultural y primera lengua. La muestra experimental la componían cuatro hombres y una mujer de edades que oscilaban entre los 53 y los 79 años de edad, siendo la edad media de 69.4 años, todos diestros. La etiología en todos los casos fue por accidente cerebro vascular. A todos los

sujetos se les administraron tareas tanto de producción como de comprensión oral. Dentro de las primeras, se incluyeron tareas de producción oral espontánea, tareas de denominación tareas de repetición y construcción de oraciones. Dentro de las segundas, se utilizaron tareas de identificación, de decisión léxica, de juicios de gramaticalidad, y tareas de relacionar una oración con un dibujo. Los resultados obtenidos mostraron la existencia de la siguiente sintomatología:

a. Se comprobó que todos los pacientes, monolingües y bilingües, mostraron en mayor o menor medida sintomatología propia del agramatismo.

b. Se observó una mayor alteración de la producción que de la comprensión, aunque esta fue asintáctica en todos los pacientes.

c. Todos los pacientes presentaron dificultades generales en el uso de los morfemas gramaticales libres y ligados. Los pacientes cometieron tanto omisiones (típicas de los Broca) como sustituciones de morfemas libres (típicas de los Wernicke).

d. Se comprobó que todos los pacientes manifestaron problemas a la hora de recuperar los verbos principalmente en contexto oracional, como es característico de los agramáticos. Estos problemas se concretaron en dificultades para recuperar la información de la estructura argumental de los verbos.

e. Los pacientes presentaron en mayor o menor medida dificultades para encontrar palabras (anomia), tanto en tareas que presentaron el material de forma aislada, como en el habla conectada. Estas dificultades anómicas pudieron ser en parte responsables de la tasa de habla tan reducida que presentaron todos ellos. Uno de los pacientes, tuvo mayores problemas para recuperar los nombres que los verbos (disociación nombre-verbo).

2.2. Bases científicas

2.2.1. La comunicación verbal

Según Benedet (2006), la comunicación es un conjunto de conductas que nos permiten relacionarnos con otros seres humanos, la conducta verbal es importante para

el logro de nuestras metas. Ya que la comunicación es un código que nos permite transmitir o recibir pensamientos, deseos y sentimientos expresados verbalmente.

En el caso del código verbal, los signos son las palabras, el significante del signo verbal es la secuencia de sonido o de letras, el significado es el concepto asociado a esa secuencia, es decir, su contenido semántico. El referente es el objeto de la realidad.

En toda comunicación hay un emisor y uno o más receptores, en la comunicación estos roles se intercambian. Entre el emisor y el receptor existe una distancia espacial y temporal. Esto implica que el código verbal viaje a través de un canal.

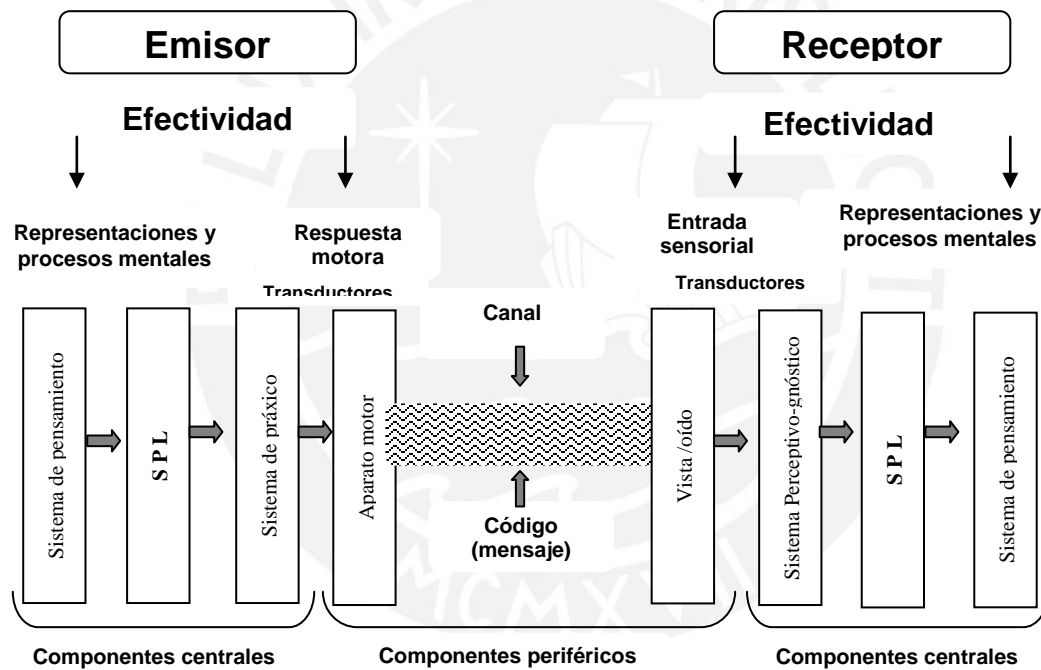


Figura 1. Componentes del sistema cognitivo que participan en la comunicación verbal (Benedet, 2006)

2.2.1.1. Funciones de la comunicación verbal

Para Benedet (2006), la comunicación verbal tienen las siguientes funciones:

- Función referencial o representativa: está centrada en el contexto, es decir, en el tema o asunto del que se está haciendo referencia. Se utilizan oraciones declarativas o enunciativas, pudiendo ser afirmativas o negativas.

- Función expresiva o emotiva: hace referencia a lo que siente el emisor a sus estados de ánimo.

- Función conativa: es la reacción que el emisor pretende generar en el receptor, mediante su mensaje. Las formas lingüísticas en las que se realiza preferentemente la función conativa corresponden al vocativo y a las oraciones imperativas e interrogativas.

- Función fática: Consiste en iniciar, interrumpir, continuar o finalizar la comunicación y tiene el objetivo de mantener el contacto entre emisor y receptor

- Función metalingüística: Se centra en el código mismo del lenguaje

- Función poética: crea en el receptor una impresión de belleza al transmitir el mensaje. Entre los recursos expresivos utilizados están la rima, la aliteración, etc.

2.2.2. El lenguaje

En la fig. 1 se observa, el código verbal periférico llega a nuestro oído o a nuestra vista y nuestras vías auditivas o visuales lo van a conducir hasta nuestro sistema cognitivo, donde se transformará en un código mental, que será sometido a un complejo procesamiento cognitivo, proceso que recibe el nombre de decodificación.

Por otro lado, para transmitir un mensaje, es necesario que el sistema cognitivo lleve a cabo un complejo procesamiento que tiene como fin elaborar un código mental que transmita ese mensaje hasta el código periférico que lo conducirá hasta nuestro interlocutor, a este conjunto de procesos se le llama codificación.

Una vez que las señales verbales auditivas o visuales son identificadas y convertidas en representaciones mentales, inmediatamente y de modo automático, se inicia en el Sistema de procesamiento de lenguaje (SPL) una serie de procesos que consisten en transformar las primeras representaciones en otras hasta lograr una representación capaz de contactar con el sistema del pensamiento para que el mensaje contenido en el código mental verbal sea comprendido y expresado en una serie de sonidos o de imágenes visuales.

2.2.3. Bases neurológicas del lenguaje

2.2.3.1. Localización cerebral del lenguaje

Bouillaud (1830 y 1848) en artículos publicados, argumentó que el lenguaje estaba localizado en los lóbulos frontales del cerebro situado encima del globo ocular es decir en la zona supraorbital.

Grodzinsky (2000) afirmó que Broca realizó una autopsia a su paciente y descubre que la lesión de Leborgne se encontraba en el lóbulo frontal izquierdo al pie de la circunvolución frontal inferior, confirmando la teoría de Bouilland y Aubertin.

Broca analizó el caso en 3 estadíos:

- El primero, el paciente tenía un quiste al pie de la tercera circunvolución frontal y sufría un déficit del lenguaje aislado por espacio de diez años.
- El segundo, la lesión afectó a la fibra motora adyacente, por lo cual el paciente desarrolló una parálisis en el brazo y rostro derecho.
- El tercero, la lesión se extendió y penetró más en dirección posterior, por lo cual desarrolló una parálisis de la pierna izquierda.

De acuerdo a este análisis el déficit del lenguaje aislado fue durante el primer estadio, ocupando la lesión al pie de la tercera circunvolución frontal.

Según estas investigaciones existen tres áreas principales para el lenguaje, situadas en el hemisferio cerebral izquierdo en la mayoría de personas. Dos centros son receptivos y uno productivo. Las dos áreas receptoras están relacionadas y forman la zona central del lenguaje. Uno de estos centros supervisa la recepción del lenguaje hablado y ocupa el área posterior superior temporal (el giro de Heschl), el área de Wernicke y la unión temporo-parietal. Una segunda área supervisa la recepción del lenguaje escrito y ocupa la circunvolución angular en el lóbulo parietal inferior, anterior a las áreas receptoras visuales. El giro supramarginal situado entre ambos centros receptivos y la región temporal inferior, anterior a la corteza de asociación visual, probablemente también formen parte de la zona central del lenguaje. En esta área se localizan los centros integradores de las funciones visuales y auditivas transmodales. La

tercera área situada en el extremo posterior de la circunvolución frontal inferior, área de Broca, está relacionada con los aspectos motores del lenguaje. El lenguaje entero se localiza alrededor de la zona perisilviana, en la cisura de Silvio.

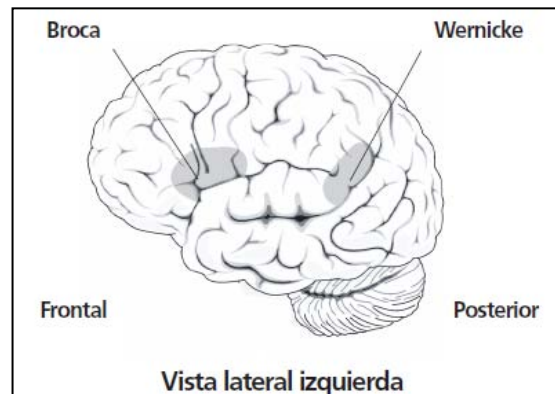


Figura 2. La afasia NIDCD (2009)

2.2.3.2. Estructuras cerebrales y funciones lingüísticas.

Grodzinsky (2000) anota desde el punto de vista lingüístico, que el lenguaje se divide en tres niveles abstractos distintos de procesamiento:

- a. El nivel fonológico en donde se verifican las diferentes sucesiones de los sonidos propios de una lengua.
- b. El nivel sintáctico en donde se combinan las palabras formando las estructuras jerárquicas apropiadas.
- c. El nivel semántico en donde el significado de la frase se fundamenta en base al significado de cada elemento léxico.

Numerosos estudios han tratado de delimitar si estos tres niveles de representación lingüística se correlacionan con áreas cerebrales distintas.

Según Grodzinsky, (2000) en los años 80 se hizo un esfuerzo por determinar las funciones de los centros cerebrales implicados en el lenguaje. Se realizaron estudios que defendieron la posición de que el área de Broca estaba implicada en la sintaxis, tanto comprensiva como productiva, y que la semántica residía posteriormente, en el área de Wernicke. Paralelamente se propuso que el área implicada en la afasia de Broca

era mayor, abarcando el opérculo, la ínsula y la sustancia blanca subyacente. Sin embargo, un análisis más cuidadoso de la evidencia experimental lleva a conclusiones mucho menos definidas, utilizando las tareas de juicios de gramaticalidad y facilitación semántica, manifiesta que los afásicos de Wernicke también tienen perturbaciones en la comprensión sintáctica, y que estos afásicos con lesiones perisilvianas posteriores realizan normalmente, en multitud de ocasiones, la tarea de facilitación semántica. En el mismo sentido, los afásicos de Broca mostraron habilidades lingüísticas cercanas a la normalidad en la comprensión y juicios de gramaticalidad en muchas construcciones sintácticas. Después de realizar un análisis de los estudios neurológicos de los últimos años se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La localización cerebral de la sintaxis se restringe al hemisferio izquierdo.
- Los aspectos combinatorios del lenguaje son distintos a la cognición general y a los aspectos combinatorios matemáticos.
- Los afásicos no fluentes sufren importantes, aunque limitados, déficits sintácticos. La comprensión sintáctica está preservada exceptuando las estructuras de frase que implican un movimiento sintáctico transformacional de los elementos de la frase. El déficit sintáctico de producción de los afásicos no fluentes es muy fuerte aunque se restringe a ciertos elementos alrededor de determinado nodo en el árbol sintáctico, en función de las variaciones gramaticales en la producción del lenguaje.

2.2.4. Bases neuronales de la afasia

Dentro de las bases neuronales de la afasia podemos considerar varios aspectos:

2.2.4.1. Etiología de los trastornos afásicos

Las causas más frecuentes de los trastornos afásicos según Peña-Casanova y Pérez Pamies (1990), son:

- a. Los accidentes cerebrovasculares (ACV), en la actualidad constituyen el 75% de los casos de afasia. Los accidentes vasculares cerebrales pueden tener dos orígenes, *un origen hemorrágico* o *un origen isquémico*. Los accidentes vasculares

cerebrales hemorrágicos son consecuencia de una rotura de un vaso sanguíneo. Normalmente, son los derrames y oclusiones de la arteria cerebral media del hemisferio izquierdo los que causan afasias y otros trastornos del lenguaje, afectando no sólo a las áreas neocorticales responsables del lenguaje, sino también zonas subcorticales. Algunas hemorragias pueden ser producidas por angiomas y aneurismas. Generalmente aparecen por defectos congénitos, hipertensión, embolias, infecciones y por causas tumorales. Otro tipo de hemorragias pueden producirse de forma espontánea por hipertensión arterial. Se suelen producir con mayor frecuencia durante periodos de estrés y en edades entre 40 a 80 años. El otro gran grupo de accidentes vasculares cerebrales tiene un origen isquémico y puede ser producido por trombosis, embolia o arteriosclerosis.

b. Los traumatismos craneoencefálicos son la causa más común de incapacidad neurológica, en la población de sujetos adolescentes y adultos jóvenes, menores de treinta años. Gran número de los supervivientes al traumatismo, quedan con importantes secuelas que impiden una adaptación y retorno a la actividad, al medio social, académico o familiar. Las causas más frecuentes en los traumatismos craneoencefálicos son los accidentes de tráfico, choques de coche, motos, bicicletas y atropellos, seguidos de los accidentes laborales, las caídas domésticas casuales, los traumatismos de origen deportivo y las agresiones.

Las manifestaciones clínicas en pacientes dependen de la localización del daño cerebral. Según se vean afectados los distintos lóbulos cerebrales, las alteraciones serán distintas. En afectaciones frontales, además de las manifestaciones motoras, tanto a nivel de producción del lenguaje como a nivel práxico, en muchas ocasiones, también aparecen déficits y cambios en la personalidad del sujeto, alteración del comportamiento social, desinhibición emocional y conductual, negligencia en el aseo personal, ausencia de autocrítica, ausencia de planificación, apatía, indiferencia al medio, afasia motora transcortical o afasia de Broca, alteraciones del cálculo mental, déficit de concentración, trastornos obsesivo-compulsivos, pseudodepresión y pseudo-psicopatía

c. Otro grupo etiológico que puede originar afasia son los tumores cerebrales. Existen muchos tipos de tumores cerebrales como los gliomas, meningiomas, los tumores metastásicos, las infecciones bacterianas, micóticas o parasitarias, y en función

de dónde y cómo surgen los tumores cerebrales habrá una afectación u otra a nivel de funciones cognitivas primarias.

d. Otras etiologías de los trastornos afásicos son las crisis epilépticas. Los efectos de estas, sobre las funciones cognitivas son evidentes aunque son alteraciones transitorias.

Dentro de los trastornos cognitivos la afectación del lenguaje como un aspecto particular de la cognición, es un hecho indiscutible en un cierto número de casos. En estos pacientes deben diferenciarse si la epilepsia es sintomática y, por tanto, el déficit en el lenguaje es un síntoma paralelo y no dependiente de la misma, o bien si la epilepsia es idiopática o criptogénica y condiciona en una persona previamente normal una alteración en el procesamiento del lenguaje.

2.2.4.2. Clasificación de la Semiología afásica

Según Vendrell (2001) la clasificación afásica, está determinada por la reducción del lenguaje, por lo cual el paciente no es capaz de emitir ningún sonido articulado o puede producir sonidos indiferenciados; en fases iniciales de la afasia se observa este fenómeno. Por lo general en las afasias más graves se conserva algunos elementos hablados, que suelen ser de carácter automatizado.

En los casos en el que existe gran reducción del lenguaje pueden observarse estereotipias o automatismo que consiste en repetir elementos silábicos, conjunto de fonemas sin significado o palabras que el paciente produce constantemente cada vez que intenta articular el lenguaje.

Por lo general la fijación permanente de una estereotipia indica una desestructuración profunda en los mecanismos psicolingüísticos correspondiente a una afasia grave provocada por una lesión extensa.

También se observa formulaciones automatizadas que están formadas por elementos de lenguaje automático o expresiones emocionales de uso común de la vida diaria.

En lo que respecta a la articulación aparecen distorsiones y déficit en la capacidad para emitir fonemas.

Algunas veces se puede observar disprosodia, alteración en la entonación afectiva y en las inflexiones de la voz, también se pueden presentar agramatismos, dificultad para las uniones gramaticales, la conjugación de verbos, el conjunto de elementos y palabras de función que aseguran que los elementos hablados se coordinen fluidamente unos con otros.

El paciente con agramatismo utiliza preferentemente frases construidas por yuxtaposición de elementos, en especial sustantivos, emplea verbos en forma infinitiva; el lenguaje se reduce a la frase denominado telegráfico esto puede producirse en repetición de frases, lectura en voz alta o escritura al dictado.

Otro fenómeno que se presenta son las anomias (trastorno en la denominación) cuya alteración se presenta en el componente léxico-semántico, también se pueden presentar las jergafasias que afectan a los componentes fonémicos y semánticos del nombre.

Según Vendrell (2001) las parafasias son otro trastorno que consiste en la utilización de fonemas, sílabas o nombres erróneos en lugar de los fonemas, sílabas o nombres adecuados. Igualmente se presentan perseveraciones y ecolalias.

2.2.4.3. Lenguaje expresivo en la afasia

Las alteraciones de las funciones del SPL, interfieren en el lenguaje expresivo de los pacientes con afasia tanto fluente como no fluente, es así que en esta última las alteraciones de articulación y producción verbal se deban a las alteraciones de los componentes neurológicos que aseguran el movimiento del aparato fonador.

Para diferenciar el lenguaje expresivo de pacientes con afasia en lenguaje fluente y no fluente observemos las características que se presentan en la tabla 1:

Tabla 1

Características principales del lenguaje expresivo en afasias no fluentes y fluentes

| LENGUAJE NO FLUENTE: predominio de trastornos reductivos sobre los deformantes. | LENGUAJE FLUENTE: predominio de los trastornos deformantes sobre los reductivos |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Disminución global de la expresión. Posibles mutismo y estereotipias en fases iniciales o en cuadros graves • Conciencia de la dificultad expresiva y presencia de reacciones catastróficas • Esfuerzo en la articulación y dificultad en el inicio de la comunicación • Disartria, anartria (desintegración fonética) • Aprosodia, disprosodia • Agramatismo (lenguaje telegráfico). Omisión de palabras de función. • A pesar de la reducción existe un alto contenido informativo • Parafasias fonéticas • Anomia. • Mejora, en general, con ayudas fonémicas (anomia de producción motora) • Frecuente presencia de hemiplejía • Esfuerzo en la producción verbal • Lentificación • Alteración de la melodía • Disminución de la extensión de las frases • Disprosodia: tonos altos, gritos, rugidos., monotonía y uniforme. • Predominio de sustantivos | <ul style="list-style-type: none"> • Normal volumen productivo o aumentado (logorrea). • Posible anosognosia en fases iniciales • Ausencia de esfuerzo articulatorio y de dificultad en el inicio de la comunicación. • Articulación normal • Prosodia normal, con normal melodía • Normal longitud de la frase. Posibles palabras de predilección • Paragramatismo (disintaxia) • Pobreza de contenido informativo a pesar de la fluencia • Parafasias fonémicas y verbales (formales o semánticas). Neologismos • Anomia. Puede expresarse en forma de “reducción cualitativa”: pausas, circunloquios o conductas de aproximación fonémica • Ausencia de hemiplejía • Sin esfuerzo expresivo • Articulación, extensión de frases y prosodia correctas. • Transformaciones afásicas como parafasias, neologismos, jerga anosognosica. • Simbolismo personal. |

Fuente: Peña Casanova, J 2007. http://www.neuro-cog.com/testbarcelona/perfiles_afasia.htm

Tabla 2
Manifestaciones clínicas neurológicas relacionadas con lesiones hemisféricas anteriores (frontales) y posteriores (temporoparietales) de los sistemas del lenguaje:

| Lesiones anteriores | Lesiones posteriores |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Afasia no fluente • Hemiparesia frecuente • Ausencia de trastorno sensitivo • Campos visuales normales • Depresión • Ansiedad • Reacciones catastróficas | <ul style="list-style-type: none"> • Afasia fluente • Hemiparesia infrecuente • Trastorno sensitivo • Hemianopsia homónima derecha (lesiones amplias, superiores e inferiores. • Cuadrantanopsia superior (lesiones inferiores, temporales) • Cuadrantanopsia inferior (lesiones superiores, parietales) • Negación, anosognosia • Ansiedad. Paranoia |

Fuente: Peña Casanova, J 2007 http://www.neuro-cog.com/testbarcelona/perfiles_afasia.htm

2.2.4.4. Tipos de Afasias no fluentes

2.2.4.4.1. Afasia de broca

La afasia de Broca denominada inicialmente como afemia o conocida como *afasia motora eferente o cinética* (Luria, 1966, 1970).

Tabla 3
Características de la afasia Broca

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Lenguaje conversacional | No fluente |
| Comprensión del lenguaje | Relativamente normal |
| Repetición | Anormal |
| Señalar | Relativamente normal |
| Denominar | Anormal |
| Lectura: | En voz alta Anormal |
| Comprensión | Relativamente normal |
| Escritura | Anormal |

Fuente: Benson & Ardila, 1996

Tabla 4
Signos neurológicos asociados a la afasia

| SIGNOS NEUROLÓGICOS | CARÁCTERÍSTICAS |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Sistema motor | Usualmente hemiparesia severa |
| Disartria | Usualmente severa |
| Pérdida de sensibilidad cortical | Frecuentemente presente |
| Apraxia | Simpática |
| Campo visual | Normal |
| Agnosia visual | Ausente |

Fuente: Benson & Ardila, 1996

La afasia no fluente se caracteriza por un lenguaje expresivo sin fluidez, pobremente articulado, que se compone por expresiones cortas, producidas con esfuerzo y con presencia de agramatismos. El lenguaje expresivo del paciente afásico no fluente está compuesto por sustantivos, con una marcada ausencia de estructura sintáctica.

La limitada articulación del paciente afásico también se ha denominado, apraxia del habla, desintegración fonémica, etc. Según Buckingham, (1981, 1989), en algunos pacientes se suele observar un ligero "acento extranjero". En la tabla 5 se puede apreciar algunos errores típicos encontrados en pacientes con afasia de Broca.

Tabla 5
Errores verbales articulatorios en pacientes con afasia de Broca

| ERROR VERBAL | EJEMPLO |
|--|-------------------------|
| Simplificación silábica | <i>cuatro por cuato</i> |
| Anticipación | <i>Vela por lela</i> |
| Perseveración | <i>Pito por pipo</i> |
| Substitución de fonemas fricativos (f, s, j) por oclusivos (p, t, k) | sapo por tapo |
| AGRAMATISMO | |
| <i>Los niños juegan en el patio</i> | <i>Niño patio</i> |

Fuente: Benson & Ardila, 1996

Según Ardila y Benson (1996) el nivel de comprensión del lenguaje es superior a la producción verbal, presentando algunas limitaciones, especialmente con relación a la comprensión gramatical. Se ha observado que la mayoría de los pacientes

con afasia de Broca identifican con más facilidad objetos o partes del cuerpo, pero si se les pide señalar varios objetos o partes del cuerpo en un orden establecido, sólo logran realizarlo hasta un determinado nivel haciendo uso de dos o tres palabras.

También, presentan limitaciones en la comprensión de las estructuras gramaticales del lenguaje. Sin embargo, la producción gramatical es más severa que la comprensión, ya que presenta ausencia verbal, simplificación silábica y constantes sustituciones y omisiones en la estructura oracional.

La repetición de las palabras es inadecuada, con presencia de desviaciones fonéticas y parafasias fonológicas, simplificaciones de los conjuntos silábicos e repeticiones. A pesar de esta dificultad, el lenguaje repetitivo puede ser superior al lenguaje espontáneo. También se ha observado que existe un defecto selectivo en la repetición de estructuras gramaticales y en el lenguaje espontáneo. Por ejemplo cuando se le pide al paciente repetir "la niña juega con la muñeca" puede repetir solamente "niña juega muñeca" omitiendo los elementos con la función gramatical. En ocasiones, sólo logra repetir los elementos nominativos ("niña, muñeca"), es decir omite el verbo (juega).

La producción de series automáticas (contar números, meses del año, días de la semana, notas musicales, etc.) es superior al lenguaje espontáneo. El canto mejora la producción verbal en los pacientes no fluentes; sin embargo, es poca la generalización entre el canto o el lenguaje automático y la producción espontánea.

Las acciones de señalar y denominar son deficientes. Sin embargo, señalar es superior a denominar. Si se exceptúa la comprensión sintáctica ("la niña juega con el niño", "el niño juega con la niña"), la comprensión lingüística en ocasiones puede aparecer como normal. Durante la denominación de las acciones y objetos, es común encontrar dificultades articulatorias, que pueden aparecer como parafasias literales (carne por cane/ loro por lodo), al igual que omisiones y simplificaciones fonológicas. Para la iniciación de la articulación se puede utilizar como ayuda claves fonológicas que pueden llevar a una producción correcta del nombre deseado.

La mayoría de los pacientes con afasia de Broca tienen dificultades para leer en voz alta, sin embargo, su nivel de comprensión es superior.

El examen neurológico muestra en la mayoría de los casos algún grado de hemiparesia derecha y en casos extremos una hemiplejía. La paresia es usualmente máxima en el miembro superior derecho y menor en el miembro inferior.

Frecuentemente se encuentra hiperreflexia y reflejos patológicos en al hemicuerpo derecho. Es frecuente encontrar apraxia ideomotora en el lado izquierdo no parético del paciente (apraxia simpática). Las anomalías sensoriales no son consistentes, pero pueden hallarse también en pacientes con afasia de Broca. Igualmente, en ocasiones se encuentra una desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda, o cierto grado de paresia ocular, que puede desaparecer en el curso de días o semanas.

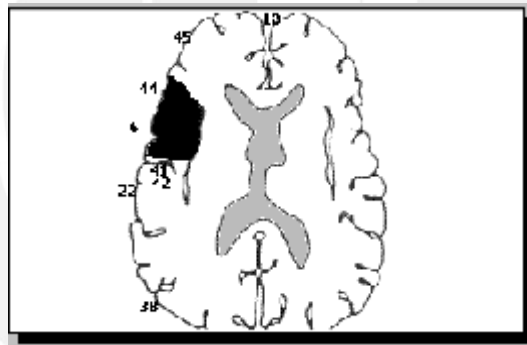


Figura 3 Afasia de broca

<http://www.neuropsicol.org/Np/Afasia.htm> (2000)

Correlación clinicopatológica

Los estudios actuales de neuroimagen confirman la relación de la afasia de Broca con lesiones extensas que afectan el pie de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y áreas *adyacentes*, entre ellas, las áreas rolándicas de la región parietal y en profundidad hasta los ganglios basales. Cuando la lesión se restringe al área de Broca, habitualmente la afectación del lenguaje es moderada y la recuperación bastante buena.

2.2.4.4.2. Afasia global

El término de afasia global se utiliza cuando están gravemente afectadas tanto las funciones expresivas como las receptoras del lenguaje. Al principio del cuadro el paciente suele presentar una abolición total de las emisiones lingüísticas. Pasados unos días o semanas, aparecen algunos elementos automatizados y en ocasiones producciones estereotipadas. Cuando se producen estereotipias, pueden utilizarse con una entonación adecuada a la intención comunicativa del paciente, aunque, en el caso de que la estereotipia consista en una palabra o conjunto de palabras, éstas carezcan de relación real con la situación o la intención comunicativa.

Por el contrario, las formulaciones automáticas pueden ayudar, en ocasiones, a iniciar conatos de comunicación, si bien ésta pronto se ve frustrada por la imposibilidad por parte del paciente de efectuar un lenguaje proposicional propiamente dicho. Otras veces, los propios automatismos distorsionan la comunicación al ser articulados con una intención comunicativa distinta u opuesta al significado real de las palabras emitidas. Por ejemplo, es habitual la utilización errónea de las palabras ‘sí’ y ‘no’, con la consiguiente confusión y a veces desesperación de la familia y del propio paciente. Los automatismos también pueden ser en forma de palabras malsonantes, en cuyo caso una susceptibilidad mal aplicada puede llevar a los familiares a tratar de reprimir las producciones espontáneas del paciente, con el consiguiente incremento de su frustración.

El estado emocional de los pacientes con afasia global suele tender a la depresión como reacción a su dificultad comunicativa y a la afectación motora (hemiplejía derecha), que suelen ser la regla en este tipo de afasia. El tratamiento de este estado depresivo pasa por una atención adecuada a la rehabilitación funcional motora y la reeducación del lenguaje, así como por un soporte global del entorno social del paciente. En este sentido, es importante una atención amoldada al entorno familiar más inmediato, que debe ayudar y puede colaborar de forma muy efectiva en la adaptación del paciente a su nueva situación personal, familiar y social.

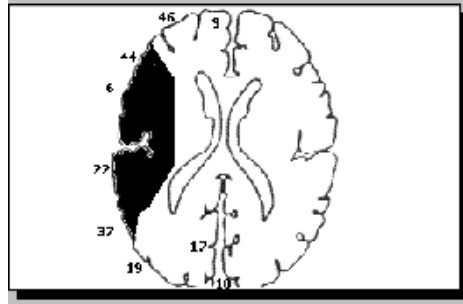


Figura 4 Afasia global

<http://www.neuropsicol.org/Np/Afasia.htm> (2000)

Correlación clinicotopográfica

En general, los pacientes con afasia global presentan lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales.

2.2.4.4.3. Afasia motora transcortical

Según Alexander (1997) la afasia transcortical motora (ATM) se caracteriza por un lenguaje espontáneo no fluente con buena comprensión y con buena repetición. El lenguaje espontáneo es hipofluído, el paciente no habla espontáneamente y no puede iniciar un lenguaje proposicional. En ocasiones el paciente intenta ayudarse con diversos gestos motores (palmear en la mesa). A veces, el único lenguaje que puede producir es la repetición de lo que se le dice (ecolalia). Se parece mucho a una afasia de Broca salvo por la buena repetición, que siempre es superior al lenguaje espontáneo. La comprensión auditiva suele ser buena y mejor que su capacidad de emisión del lenguaje. La denominación está alterada, se benefician de las ayudas con claves fonéticas o semánticas. La recitación de material muy aprendido puede ser muy buena (una oración religiosa).

La lectura suele estar preservada, con buena comprensión. La escritura está alterada prácticamente siempre.

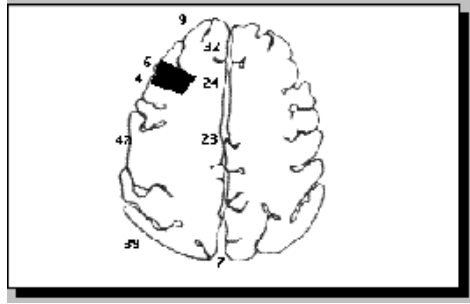


Figura 5 Afasia motora transcortical

<http://www.neuropsicol.org/Np/Afasia.htm> (2000)

Correlación clinicotopográfica

Se produce por lesiones que aíslan funcionalmente el área motora del lenguaje (área de Broca), a nivel frontal dorsolateral con extensión a la sustancia blanca frontal. La lesión está adyacente y por fuera del área de Broca, bien anterior o superior a ésta. Berthier (1991) realizó un cuidadoso estudio clínicoradiológico de pacientes con afasia transcortical motora, sensorial y mixta, encontrando una frecuencia similar entre localización perisilviana y extraperisilviana, así como un papel importante del hemisferio derecho en el mantenimiento de la repetición en algunos pacientes.

2.2.5. Alteraciones de la producción del lenguaje oral en pacientes afásicos no fluentes

La producción del lenguaje oral puede tener su origen en las afecciones de cualquiera de los componentes del SPL (sistema de procesamiento del lenguaje), que participan activamente en los niveles del procesamiento del lenguaje a nivel motor. Según Benedet (2006) estas alteraciones pueden tener un origen preverbal, es decir se pueden generar en el sistema conceptual (conocimiento sobre el uso de los objetos e instrumentos) o pueden tener un origen post verbal, si se originan en el nivel, de los programas motores articulatorios (memoria procedimental). Además puede originarse en otros sistemas que participan en el procesamiento del código del lenguaje, pero son ajenos a él como son el control atencional y ejecutivo o cualquiera de los otros componentes del sistema de memoria operativa.

Los procesos de producción de las palabras se desarrollan a través de cuatro niveles:

- Activación o generación de conceptos léxicos a cargo del sistema conceptual
- Activación de las lemmas a cargo del SPL
- Codificación fonológica a cargo del SPL
- Activación de los planes articulatorios en el sistema de memoria procedimental, este nivel establece el puente entre SPL y aparato motor, por lo tanto es responsable de la ejecución del aparato fonador.

En el lenguaje espontáneo, según Benedet (2006), para producir una palabra es preciso comenzar por activar el sistema conceptual la representación o representaciones correspondientes a la idea que se desea expresar.

La representación que prepara el sistema conceptual debe contactar con el SPL para generar un concepto léxico.

El concepto léxico activará en el SPL un procedimiento de selección de la representación abstracta que corresponde al significado de aquel, que activará la información sintáctica (lemma), por su parte el lemma activará la correspondiente forma de la palabra o lexema.

Acceder a la forma de la palabra significa activar tres tipos de información independientes unos de otros como son:

- Su estructura morfológica (de cuántos morfemas consta)
- Su estructura métrica (de cuántas sílabas consta y en cuál recae el acento)
- Su composición segmental (los fonemas que la integran)

Sólo entonces se recuperarán o activarán esos segmentos. Una vez recuperados, según Benedet (2006) los fonemas de la palabra han de ser correctamente secuenciados y distribuidos en sílabas a lo que se denomina planificación de la secuencia de fonemas.

La secuencia así preparada se mantiene en una memoria transitoria mientras se van activando y ejecutando los planes articulatorios.

Las alteraciones de la producción de palabras y en esencial el verbo pueden ser el resultado de un déficit en cualquiera de los 4 niveles de procesamiento anteriormente mencionados. El análisis de los errores de los pacientes nos ayuda a determinar cuál de los niveles señalados es el afectado por su déficit. Estas alteraciones se agrupan en dos tipos:

a. Alteraciones de procesamiento léxico. Se presentan en forma de anomia, que dan lugar a parafasias literales, caracterizadas por alteraciones del marco de la palabra o por la presencia de fonemas que no forman parte de la palabra intentada, esta dificultad para activar la palabra deseada puede dar lugar a parafasias semánticas, en consecuencia esta estrategia compensatoria lleva al paciente que no puede activar la palabra deseada a activar otra semánticamente relacionada con ella.

b. Alteraciones del procesamiento postléxico. Son las que afectan a la planificación de la secuencia de fonemas, es decir que entramos al campo de las alteraciones fonológicas donde existe dificultad para rellenar el marco fonológico de la palabra, dando lugar a la presencia de anticipaciones, perseveraciones e intercambio de fonemas.

2.2.6. Aspectos lingüísticos involucrados en afasias no fluentes

2.2.6.1. Verbo

Según Irizarry (2003) el verbo es la parte variable de la oración y es la que más accidentes o cambios sufre. Como todas las partes variables, el verbo está compuesto por una raíz o lexema, que es la parte de la palabra que contiene el significado, y los morfemas o terminaciones que son los que indican los cambios o accidentes. Ejemplos: am-**o**, estudi-**as**, viv-**imos**.

En toda comunicación verbal, se hace indispensable que las oraciones estén debidamente estructuradas para una buena comprensión de parte del oyente.

Por lo cual, el verbo siendo núcleo del sintagma verbal está formado por un lexema que aporta significado y por las desinencias, que son morfemas obligatorios y privativos del verbo que indican tiempo, aspecto, modo y voz; y comparten con otras partes de la oración, número y persona.

Tipos de verbos:

- Verbos Gramaticales: Estos aportan información gramatical, y entre ellos se consideran:

- Verbos copulativos, cuya función es de conector gramatical como ser, estar y parecer.

- Perífrasis verbales, estos aportan información modal, como venir, tener, deber. Ejemplo:

Esto viene a costar cien soles.

Te tengo dicho que no corras por la pista.

- Verbos Léxicos: Estos describen acciones o estados que morfológicamente tienen flexión de número, persona, tiempo, aspecto y modo, y que sintácticamente es el núcleo de la oración, actuando como predicado delimitando sus elementos. Los verbos léxicos pueden clasificarse semánticamente en:

- Estados: Describen hechos, situaciones en las que nadie hace nada o en las que no hay un sujeto que realice un actividad. Ejemplo: tener, saber, poseer, gustar.

- Acciones: Describen situaciones en las que un sujeto realiza una actividad voluntariamente. Ejemplo: comer, comprar, leer.

- Cambios de estado: Describen situaciones dinámicas, en las que se produce un cambio, pero no hay una intervención voluntaria por parte del sujeto. Ejemplo: hundirse, caerse.

2.2.6.1.1. Accidentes gramaticales o morfemas verbales

Según Irizarry (2003) se denominan accidentes gramaticales o morfemas verbales a las distintas variaciones o cambios que puede sufrir un verbo para indicar persona, número, tiempo, modo y voz. Por tanto, los accidentes gramaticales del verbo son:

a. Persona: Es el accidente verbal que señala el diferente papel que personas y cosas desempeñan en el acto de hablar. Es decir, la acción que el verbo expresa está siempre ejecutada por una “persona”, un sujeto que va a ocupar una de las tres posiciones posibles del discurso. Por tanto, las personas gramaticales son tres:

- **Primera persona** – Señala al que habla, ocupa la posición del hablante o del emisor. Es equivalente a **Yo**.
- **Segunda persona** – Señala al que escucha, ocupa la posición del oyente o destinatario. Es equivalente a **Tú**.
- **Tercera persona** – Ocupa la posición del referente o de lo mencionado. Se refiere a aquello de que se habla. Equivale a él o a ella.

b. Número: Es el accidente verbal que nos indica si el sujeto es uno (singular) o más de uno (plural). Y como el verbo tiene que concordar con el sujeto, también estará en singular o en plural: **escribo** (singular), **escribimos** (plural).

c. Tiempo.- Los tiempos del verbo son presente, pasado y futuro; su empleo es a partir del antes, ahora y después, cuya realidad temporal queda organizada lingüísticamente de acuerdo con las características propias de cada lengua.

d. El sistema temporal verbal castellano está constituido por dos tiempos, el absoluto y el relativo.

e. Aspecto: El aspecto indica el punto de desarrollo en que se encuentra la acción o proceso, expresada por el verbo, así tenemos:

- Perfectivo.- Indica una acción acabada sin tener en cuenta su extensión, sino considerada como un hecho concreto que ha tenido lugar.
- Imperfectivo.- Indica una acción inacabada sin término, el hablante lo considera como un valor durativo.
- Invocativo.- Indica el comienzo de la acción. Ejemplo: empezar a comer, comienza a jugar.
- Terminativo.- Señala el final de la acción.
- Ingresivo.- Expresa un comienzo inmediato de una acción. Ejemplo: en unos minutos llega el Presidente.
- Aspecto iterativo.- Muestra una acción repetitiva. Ejemplo: Todas las mañanas sale a caminar antes de ir a su trabajo.

f. Modo: El modo indica la forma como se concibe la acción verbal por parte del que habla según sea hipotética, real o probable, éstas pueden ser:

- Indicativo: presenta la acción como real y objetivo.
- Subjuntivo: expresa la acción desde el punto de vista subjetivo y probable e hipotético en su realización.

Morfemas no privativos del verbo: persona y número.

El morfema de persona se presenta como pronombres personales y posesivos.

El morfema de número es compartido por los pronombres, adjetivos y sustantivos.

La concordancia entre sujeto y verbo se realiza mediante estos morfemas.

En el lenguaje patológico esta concordancia no es respetada en muchos casos, o los morfemas son omitidos o se adopta la forma de infinitivo. Martínez Celdrán (1998). Formas no personales del verbo:

Las formas no personales del verbo son aquellos que carecen del morfema de persona, es decir, infinitivo, gerundio y participativo. Además, los verbos empleados en estas formas realizan dentro de la oración dos funciones sintácticas a la vez: la propia del verbo y la del nombre en el caso del infinitivo, adverbio en el caso del gerundio y adjetivo en el caso del participativo.

g. Voz: La voz expresa si el sujeto del verbo es agente o paciente. La voz pasiva se construye con el verbo ser conjugado en cualquiera de sus formas y el participio del verbo conceptual y concordando en género y número con el sujeto paciente, este tipo de graves del lenguaje no es usado.

2.2.6.2. Características del uso del verbo en los pacientes con Agramatismo

Según Kaplan (1986) basado en estudios realizados por Kean (1977) define al agramatismo como la omisión selectiva de morfemas gramaticales libres y ligados. En concreto, se ha comprobado que los pacientes agramáticos tienden a preservar los sufijos verbales indicativos de gerundio y de tercera persona del singular, mientras que tienden a omitir el sufijo verbal de pasado de los verbos regulares en pacientes de habla hispana una de las características del agramatismo es la omisión de morfemas gramaticales libres y la sustitución u omisión, según la lengua, de morfemas gramaticales ligados.

Uno de los síntomas que se observa en el agramatismo es una longitud de emisión oracional reducida. En las descripciones clásicas, los autores consideraban este síntoma como un requisito indispensable en las emisiones lingüísticas para caracterizar a un paciente como afásico no fluente. Sin embargo, en investigaciones más recientes se han aportado datos de pacientes considerados agramáticos que no muestran dicha limitación, por tanto la longitud de emisión reducida es un síntoma que correlaciona con el agramatismo, pero no es un rasgo que se da necesariamente en el mismo.

Según Miceli (1984) otro de los síntomas que se ha propuesto como indicativo del agramatismo es la omisión o nominalización de los verbos principales de las oraciones. Se ha demostrado que las dificultades que presentan los pacientes agramáticos con estas palabras se observan independientemente de las características de

la tarea. Es decir, se ha observado una dificultad para producir formas verbales tanto en tareas estructuradas (como la denominación) como en tareas de producción oral espontánea.

Hasta mediados de la década de los ochenta, las investigaciones acerca de la dificultad en la recuperación de la forma de las palabras en pacientes afásicos se habían centrado mayoritariamente en el estudio de los nombres. Aunque durante esos años la literatura clínica también había aportado algún caso de dificultad en la recuperación de los verbos, el número de estudios era muy reducido. Sin embargo, en los años posteriores el estudio de la dificultad en la recuperación de los verbos empezó a proliferar cuando hubo constancia de que los pacientes agramáticos no fluentes no preservaban totalmente la capacidad para recuperar estas palabras.

Según los estudios de Miceli los pacientes agramáticos, denominaron mejor los nombres que los verbos. En cambio, los afásicos anómicos obtuvieron mejores resultados en la tarea de denominación de acciones (verbos). Esta doble disociación se ha observado en pacientes de distintas lenguas.

A pesar de los datos disponibles que demuestran la existencia de una disociación nombre-verbo, la localización de la alteración funcional en pacientes con un déficit específico de categoría gramatical constituye todavía un problema no resuelto.

Almagro y otros autores (2005) realizaron un estudio del agramatismo y su sintomatología en él encontraron que los pacientes no fluidos que presentaban dificultades específicas con los verbos produjeron un número más reducido de oraciones y éstas eran de menor complejidad. Dichas oraciones contenían verbos ligeros (los verbos ligeros se caracterizan por tener poca carga semántica además de un significado bastante inespecífico (dar, hacer, etc); dado su escaso peso o contenido semántico, estos verbos pueden ir acompañados de un sintagma nominal que complete su significado, que suele considerarse, desde el punto de vista semántico, un elemento predicativo, por ejemplo, dar una patada). Estos verbos se asocian a menudo con complementos predicativos con los que forman un predicado complejo, en el que el verbo ligero aporta el valor categorial y el complemento predicativo suple el resto del significado.

Asimismo, otra característica de los verbos denominados ligeros es que acostumbran a funcionar más como palabras de clase cerrada que abierta.

En otro estudio, Marshall e investigadores (1998) examinaron a un paciente afásico que presentaba mayores dificultades con los verbos que con los nombres, con la finalidad de poner a prueba la hipótesis léxica. En la primera parte del trabajo se le administraron tareas de producción en las que las palabras se presentaron de una en una (por ejemplo, tareas de denominación de nombres y verbos en modalidad oral y escrita), donde mostró dificultades para acceder a la forma fonológica de los verbos.

En la segunda parte del estudio, analizó la relación existente entre la recuperación de los verbos y la construcción de oraciones mediante tareas de producción oral espontánea (por ejemplo, el cuento de *Cenicienta*). También se le administraron tareas de comprensión (de palabras y oraciones). Los autores observaron que el paciente en estudio mostraba una peor ejecución con los verbos en las tareas de producción, pero no en las de comprensión, lo que sugería que el paciente preservaba la información semántica de los verbos. Asimismo, encontraron que el habla espontánea del paciente era agramatical, es decir, con un uso reducido de marcadores gramaticales (libres y ligados) y verbos con una estructura argumental mínima (verbos intransitivos o transitivos con un solo argumento).

En una tarea adicional de construcción de oraciones a partir de una palabra dada (como un nombre o un verbo), Marshall (1998) y el equipo de investigadores también observaron que cuando la palabra ofrecida era un nombre, la ayuda no era tan efectiva como cuando era un verbo.

Los verbos eran más efectivos de cara a ayudar a la estructuración de una oración. A partir de estos resultados, los autores concluyeron que la dificultad para acceder a la información semántica del verbo y a su representación fonológica supone un verdadero problema para la producción de oraciones.

2.3. Definición de términos

2.3.1. Verbo

Es el núcleo de sintagma verbal, formado por un lexema que aporta significado y desinencias, que son morfemas obligatorios indicando tiempo, aspecto, modo y voz.

2.3.2. Verbos léxicos

Describen acciones o estados.

2.3.3. Verbos gramaticales

Aportan información puramente gramatical.

2.3.4. Verbos sustantivos

Son aquellos sustantivos que derivan de un verbo. Ejemplo: bailar /baile, escribir / escritura.

2.3.5. Verbos modales

Los verbos modales realizan una función similar a la de los verbos auxiliares. Dan información adicional sobre el verbo que los sigue y se utilizan para indicar posibilidad, probabilidad, certeza, deducción, capacidad, consejo, obligación, prohibición, permiso, hacer peticiones, ofrecimientos, sugerencias, etc.

2.3.6. SPL (Sistema de procesamiento del lenguaje)

El Sistema Cognitivo está formado por un conjunto de subsistemas y uno de ellos es el Sistema de Procesamiento del Lenguaje. Este Sistema lo constituye el código verbal que consta de un código central, formado por representaciones mentales cuyo procesamiento permite al emisor emitir un mensaje al Código Periférico (codificación), o al receptor recuperando un mensaje a partir de un código (decodificación). Los Códigos Periféricos oral o escrito está formado por patrones auditivos o visuales.

El SPL, sólo trata de representaciones específicas del lenguaje.

Codificación: Conjunto de procesos, encaminados a elaborar un código mental que transmita un mensaje al interlocutor.

Decodificación: Es un conjunto de procesos que permite que el sistema de pensamiento pueda extraer de él el mensaje.

Lo que diferencia del SPL del niño y del adulto es que, a medida que el niño va adquiriendo el lenguaje sus componentes se van haciendo funcionales

2.3.7. Afasia

Trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona, se caracteriza por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla, presentando déficit en la comprensión y denominación.

2.3.8. Afasia de Broca

Es un síndrome clínico caracterizado por trastornos en el proceso de secuenciación.

Se caracteriza por una expresión verbal muy afectada y cuya comprensión relativamente mejor.

2.3.9. Afasia Global

Es el término que se utiliza cuando están gravemente afectadas las funciones expresivas como la receptivas del lenguaje.

2.3.10. Afasia transcortical motora

Se caracteriza por un lenguaje espontáneo no fluente con buena comprensión y a veces repetición, su lenguaje espontáneo es hipofluido, es decir no puede hablar espontáneamente y no puede iniciar un lenguaje proposicional. En algunos casos el paciente intenta ayudarse con diversos gestos motores.

CAPÍTULO III

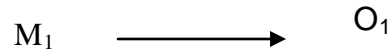
METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El presente estudio se ha realizado bajo los parámetros del método descriptivo a través de estudio de casos de los cuales se extrajo las características fundamentales de la producción verbal de las unidades de estudio. En esta investigación se utilizan dos tareas, la primera, de repetición de frases y oraciones, respuestas de denominación y repetición de oraciones y verbos adicionales y la segunda de habla espontánea. La primera de estas tareas aporta información sobre la emisión verbal de los pacientes afásicos no fluentes ante estímulos controlados y la otra, nos muestra cuál es el uso frecuente del verbo en pacientes afásicos no fluentes

3.2. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es descriptiva por que detalla el aspecto cualitativo del tema de investigación, cuyo diseño es transversal, representado en siguiente esquema:



Donde:

M_1 : Muestra conformada por las unidades de estudio.

O_1 : Test de Boston

3.3. Sujetos de investigación

El tipo de muestra es no probabilístico. Los sujetos de la investigación están conformados por 6 pacientes con afasia no fluente, 3 de los cuales son Afásicos de Broca y 3 con diagnóstico de Afasia transcortical motora de un Centro Hospitalario del Callao.

3.4. Instrumentos

Para la investigación se utilizó como instrumento el test de Boston adaptado para su uso en el país por la Dra. Julia Rado (2006)

Ficha Técnica:

- Denominación: Test de Boston (Boston Diagnostic Aphasia Examination).
- Autores: H. Goodglass y E Kaplan. (1972)
- Adaptación: Dra. Julia Rado.
- Año: 2006.
- Duración de la prueba: 2 horas.
- Significación: Características del uso de los verbos en el habla espontánea, repetición y frases completas en función del, aspecto, número, persona y tiempo.

- **Ámbito de aplicación:** Personas afásicas de 30 a 70 años que acuden de diversos distritos a un Centro Hospitalario del Callao, con un nivel socio económico medio bajo.
- **Tipificación:** Pacientes varones y mujeres.
- **Puntuación:** Cuantitativa y cualitativa de las características de los verbos.
- **Material:** Test hoja impresa , cuadernillo ,láminas lápiz, papel, ,hoja de registro protocolo de verbo, video y grabadora
- **Descripción:**

El test de Boston, fue creado por H. Goodglass y E. Kaplan, en 1972. Adaptado por los españoles García Albea et al (1986), fue elaborado en el hospital de Veteranos de Boston con un enfoque multidisciplinario, cuyos objetivos son diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro clínico que presentan los pacientes afásicos a través de las diferentes pruebas en el área del lenguaje, con el fin de elaborar estrategias terapéuticas. Este test abarca dos grandes áreas la de Producir Lenguaje y Comprensión., estas dos áreas se entrecruzan con dos modalidades, la oral y la escrita. Comprende cuatro secciones de evaluación: Producción Oral (habla), Comprensión Auditiva, Producción del lenguaje escrito (escritura) y Comprensión del lenguaje escrito (lectura)

En el área de producir Lenguaje admite subtests entre ellos “habla espontánea, en el que se recogen seis variables de la producción oral (entonación, longitud de la frase, agilidad articulatoria, forma gramatical, presencia de parafasias, dificultad para encontrar palabras), incluye también dos variables más (repetición y comprensión auditiva).

La evaluación de la expresión oral se lleva a cabo .a través de una serie de subtests: Se observa la agilidad de mover los labios y lengua, aspecto automático del habla, repetición de palabras, verbos y oraciones, bloques de denominación a través de diversos materiales como dibujos, preguntas, palabras escritas.

Con respecto a la comprensión debe seguir instrucciones de diversa dificultad, discriminar palabras que pertenecen a diferentes categorías (números, letras, objetos, colores, etc.), y comprender frases y textos cortos.

Con respecto a la lectura se evalúa desde lo más simple a lo más complejo como discriminar diferentes estilos de letras y palabras hasta la capacidad para leer oraciones y párrafos, lo que se refiere a la escritura abarca desde lo más automático como escribir su nombre o escribir palabras fáciles hasta escribir una pequeña narración

Administración

Para la administración del test se empleó un ambiente adecuado y sin ruido, el paciente se sentó frente al examinador en forma cómoda ante una mesa y silla de acuerdo a su estatura, la aplicación fue en forma individual dando instrucciones claras y precisas. Se usó prueba impresa, el tiempo requerido fue de acuerdo a la disponibilidad del paciente.

Calificación

La calificación fue de acuerdo a los ítems dados por los pacientes con 0 si no responde, con 1 si responde adecuado también se anotaba algunas observaciones en el caso que se requería. Al final se sumó los ítems de Lenguaje espontáneo, repetición de verbos, frases y oraciones para la investigación correspondiente.

3.5. Variables de estudio

| VARIABLES | SUBVARIABLES | INDICADORES |
|-----------|--------------------------------|---|
| VERBO | Accidentes gramaticales | <ul style="list-style-type: none"> - en función del modo - en función del aspecto - en función al número - en función de la persona - en función al tiempo |
| | Estructura del verbo | <ul style="list-style-type: none"> - Omisión - Sustitución |
| | Frecuencia verbal | <ul style="list-style-type: none"> - Emisión - Error verbal - No emisión |

3.6. Procedimientos de recolección de datos

- Se presentó una solicitud al director general del Centro Hospitalario del Callao con el fin de obtener el permiso de la aplicación de los instrumentos de investigación en pacientes del centro.
- Se presentó el cronograma con las diferentes fechas de aplicación de los instrumentos.
- Se coordinó el cronograma de las actividades con la asesora de contenido y el asesor metodológico.
- Se desarrolló el marco teórico de acuerdo a los casos de estudio.
- Se obtuvo el permiso del Centro Hospitalario del Callao para la aplicación del test de Boston.
- Se elaboró el consentimiento informado y los pacientes y familiares firmaron en conformidad.
- Se recolectó la información requerida a través de los instrumentos y videos que evidencien los casos.

- Se procedió a vaciar la información a través en cuadros estadísticos

3.7. Análisis de datos

Las técnicas de procesamiento de datos se realizaron a través de la estadística descriptiva en cuadros estadísticos donde se visualizará la frecuencia, en relación a las características del verbo como el uso de los accidentes gramaticales, descripción de omisiones y sustituciones y uso de verbos en tareas de repetición de frases y oraciones, respuestas de denominación y habla espontánea, haciendo uso del programa EXCEL. Seguida de una interpretación de los resultados considerando la historia clínica de cada paciente y de la producción del lenguaje en relación a los objetivos de la investigación.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación de resultados

Los resultados a los que se ha llegado en el estudio realizado se muestran a través de tablas y figuras según corresponda, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

4.1.1. Accidentes gramaticales del verbo

En el proceso de ejecución estadística, se realizó el análisis de los accidentes gramaticales según la emisión verbal de cada paciente considerando en primer momento la historia clínica de cada paciente y a nivel estadístico la frecuencia de verbos emitidos para luego pasar al análisis respectivo; confirmando el logro del primer objetivo: *“Identificar los accidentes gramaticales del verbo en las tareas de repetición de oraciones y frases y en las respuestas de denominación”*.

A continuación se presenta el cuadro cuyo contenido presenta la historia clínica de los pacientes en estudio dando a conocer los datos generales, datos médicos y el diagnóstico en relación al tipo de afasia de cada paciente.

Cuadro 1 Historia Clínica de los pacientes afásicos no fluentes

| Paciente | Datos generales | Datos médicos | Diagnóstico |
|-----------------|--|--|--|
| 1 | Mujer de 42 años de edad con dominancia derecha, cuyo oficio antes del accidente era la limpieza pública, en la actualidad no trabaja. Tiene un tiempo de enfermedad de 8 meses. | La paciente sufrió ACV Isquémico, hemiparesia espástica derecha por infarto cerebral. Según TAC (Tomografía Axial Computada) la paciente presenta, área hipodensa de bordes parcialmente definidos en el lóbulo ténporo parietal izquierdo con disminución de surcos adyacentes, calcificaciones en ganglios basales, signos de revascularización con la inyección de contraste. | Afasia transcortical motora. |
| 2 | Hombre de 29 años de edad con dominancia derecha, cuyo oficio antes del accidente era vendedor, en la actualidad no trabaja. Tiene un tiempo de enfermedad de 30 meses. | El paciente sufrió una lesión a causa de un disparo con arma de fuego produciéndose un traumatismo en el área frontoparietal izquierda. | Afasia transcortical motora. |
| 3 | Hombre de 41 años de edad con dominancia derecha, cuya ocupación antes del accidente era Administración, actualmente no trabaja. Tiempo de enfermedad de 4 meses. | El paciente sufrió ACV, se le detectó una malformación arterial venosa. Según TAC (Tomografía Axial Computada) craneal sin contraste: hiperintensidad serpentina y calcificación medial al asta occipital derecha del ventrículo lateral. | Transición de Afasia de Broca a Afasia transcortical motora. |

| | | | |
|----------|--|--|--|
| <p>4</p> | <p>Hombre de 58 años de edad con dominancia derecha, cuyo oficio antes del accidente era comerciante, en la actualidad no trabaja. Tiempo de enfermedad de 3 meses.</p> | <p>El paciente sufrió un accidente cerebro vascular a causa de la hipertensión arterial, presentando una hemiplejía derecha. Según el TAC (Tomografía Axial Computarizada) el paciente presenta un ACV Isquémico por infarto cerebral, cuya localización de la lesión es en la zona frontoparietal izquierda.</p> | <p>A.C.V Isquémico - Afasia de Broca</p> |
| <p>5</p> | <p>Mujer de 55 años de edad con dominancia derecha, cuyo oficio antes del accidente era de Secretaria, en la actualidad no trabaja. Tiempo de enfermedad de 3 meses.</p> | <p>La paciente, sufrió un traumatismo encéfalo craneano, además a causa de un accidente de tránsito presenta hemiplejía derecha.</p> | <p>TEC – Afasia de Broca</p> |
| <p>6</p> | <p>Hombre de 68 años de edad con dominancia izquierda, cuyo oficio antes del accidente era de mecánico, en la actualidad no trabaja. Tiempo de enfermedad 6 meses.</p> | <p>La paciente sufrió lesión cerebral a causa de hipertensión arterial, produciéndose un infarto cerebral con una hemiplejía derecha. Según el TAC (Tomografía Axial Computarizada) el paciente presenta un ACV producido por una lesión a causa de un infarto cerebral localizado en el lado izquierdo</p> | <p>A.C.V. -Afasia de Broca</p> |

Tabla 1. Características de los Accidentes Gramaticales en los verbos en pacientes afásicos no fluentes

| FUNCIONES | Repetición de frases y oraciones | | | | | | Respuestas de denominación | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|----|----|----|----|----|----------------------------|----|----|----|----|----|
| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
| Verbos emitidos | 4 | 6 | 5 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 4 | 0 | 6 |
| Total de Verbos | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| FUNCIÓN DE MODO | | | | | | | | | | | | |
| Modo indicativo | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Modo Subjuntivo | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Modo Imperativo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FUNCIÓN DEL ASPECTO | | | | | | | | | | | | |
| Aspecto perfectivo | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Aspecto imperfectivo | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aspecto invocativo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aspecto terminativo | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN DEL TIEMPO | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo Presente | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Tiempo Pasado | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tiempo Futuro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FUNCIÓN DE PERSONA | | | | | | | | | | | | |
| 1ra. Persona | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2da. Persona | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3ra. Persona | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| FUNCIÓN DE NÚMERO | | | | | | | | | | | | |
| Número singular | 4 | 6 | 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Número plural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FORMAS IMPERSONALES | | | | | | | | | | | | |
| Infinitivo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Participio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gerundio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 | 1 | 0 | 6 |

P1, P2, : Afasia transcortical Motora

P3: Transición de Afasia de Broca a Afasia Transcortical

P4: ACV Isquémico – Afasia de Broca

P5: TEC – Afasia de Broca

P6: ACV - Afasia de Broca

En la tabla 1 podemos observar que:

El Paciente 1 en relación a la repetición de frases y oraciones, ha emitido 4 verbos de los cuales 3 verbos han sido en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, primera y tercera persona y en singular, una emisión verbal en modo subjuntivo, aspecto imperfectivo, tiempo pasado, segunda persona y en singular. En las respuestas de denominación, el paciente ha emitido 3 verbos en las respuestas de denominación, de los cuales 2 verbos han sido emitidos en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en tercera persona y en singular, mientras que 1 ha sido emitido en infinitivo.

El paciente 2, en relación a la tarea, repetición de frases y oraciones, ha emitido 6 verbos de los cuales 4 han sido en modo indicativo, aspecto imperfectivo, tiempo presente, y 3 verbos en primera y segunda persona respectivamente, y 6 verbos han sido emitidos en singular. En las respuestas de denominación, ha emitido 5 de 6 verbos en formas impersonales 2 verbos en infinitivo y 3 verbos en gerundio.

El paciente 3, en relación a la tarea, repetición de frases y oraciones, ha emitido 5 verbos de los cuales, 3 verbos han sido en modo indicativo, aspecto imperfectivo, tiempo presente, en primera persona, y en singular. En las respuestas de denominación, ha emitido la totalidad de los verbos en gerundio.

El paciente 4, en relación a la tarea, repetición de frases y oraciones, ha emitido 1 verbo de los 12 en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en primera persona y en singular. En las respuestas de denominación, el paciente ha emitido 4 verbos, dos en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en tercera persona y en singular y los otros 2 en infinitivo y gerundio respectivamente.

El paciente 5, en relación a la tarea, repetición de frases y oraciones, ha emitido 1 verbo en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en primera persona y en singular. En las respuestas de denominación, no emitió verbos.

El paciente 6, en relación a la tarea, repetición de frases y oraciones, ha emitido 2 verbos en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en primera y tercera persona respectivamente y en singular. En las respuestas de denominación, ha emitido todos los verbos en gerundio.

En general, en la repetición de frases y oraciones, los pacientes afásicos no fluentes tienden a emitir los verbos en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en primera persona y en singular y en algunos casos emiten el verbo en infinitivo o gerundio, también se puede observar que los pacientes con afasia Transcortical Motora (1, 2, 3) emiten mayor cantidad de verbos, en relación a los pacientes con afasia de Broca (4, 5, 6).

Tabla 2. Características de los Accidentes Gramaticales en los verbos en pacientes afásicos no fluentes II

| FUNCIONES | Repetición de verbos adicionales | | | | | | Repetición de oraciones adicionales | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|----|----|----|----|----|-------------------------------------|----|----|----|----|----|
| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 |
| Verbos emitidos | 8 | 7 | 8 | 2 | 7 | 12 | 6 | 1 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| Total de Verbos | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| FUNCIÓN DE MODO | | | | | | | | | | | | |
| Modo indicativo | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| Modo Subjuntivo | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Modo Imperativo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FUNCIÓN DEL ASPECTO | | | | | | | | | | | | |
| Aspecto perfectivo | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| Aspecto imperfectivo | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Aspecto invocativo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aspecto terminativo | | | | | | | | | | | | |
| FUNCIÓN DEL TIEMPO | | | | | | | | | | | | |
| Tiempo Presente | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Tiempo Pasado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tiempo Futuro | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| FUNCIÓN DE PERSONA | | | | | | | | | | | | |
| 1ra. Persona | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| 2da. Persona | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 3ra. Persona | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| FUNCIÓN DE NÚMERO | | | | | | | | | | | | |
| Número singular | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 5 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| Número plural | 1 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| FORMAS IMPERSONALES | | | | | | | | | | | | |
| Infinitivo | 7 | 7 | 7 | 0 | 7 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Participio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gerundio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

P1, P2, : Afasia transcortical Motora

P3: Transición de Afasia de Broca a Afasia Transcortical

P4: ACV Isquémico – Afasia de Broca

P5: TEC – Afasia de Broca

P6: ACV - Afasia de Broca

En la tabla 2 podemos observar que:

El paciente 1, en la tercera tarea, repetición de verbos adicionales, emitió 8 de doce verbos, 7 de ellos en forma infinitiva y 1 en modo subjuntivo, aspecto imperfectivo, tiempo futuro, tercera persona y en plural. En relación a la repetición de oraciones adicionales ha emitido 6 verbos en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente y futuro, en primera y tercera persona, en singular y 1 verbo en plural.

El paciente 2, en la tercera tarea, repetición de verbos adicionales, emitió 7 de doce verbos, todos en infinitivo. En relación a la repetición de oraciones adicionales ha

emitido 1 verbo en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en segunda persona y en singular.

El paciente 3, en la tercera tarea, repetición de verbos adicionales, emitió 8 de doce verbos, de los cuales 7 fueron en infinitivo, 1 en aspecto perfectivo, presente y singular. En relación a la repetición de oraciones adicionales ha emitido 3 verbos en modo indicativo, aspecto perfectivo, dos en tiempo futuro y uno en tiempo presente, en primera persona y en singular.

El paciente 4, en la tercera tarea, repetición de verbos adicionales, emitió 2 de doce verbos, en modo indicativo, aspecto perfectivo, tiempo presente, en tercera persona y en singular. En relación a la repetición de oraciones adicionales no emitió verbos.

El paciente 5, en la tercera tarea, repetición de verbos adicionales, emitió 7 de doce verbos, en infinitivo. En relación a la repetición de oraciones adicionales el paciente no emitió verbos.

El paciente 6, en la tercera tarea, repetición de verbos adicionales, emitió los doce verbos propuestos en infinitivo. En relación a la repetición de oraciones adicionales emitió 5 verbos, donde 4 verbos se realizaron en modo indicativo, aspecto perfectivo y 1 en imperfectivo, 3 en tiempo presente, 2 en futuro, 1 en primera, 2 en segunda y 2 en tercera persona respectivamente, 4 en singular y 1 en plural.

En general según los resultados expuestos en las tablas 1 y 2 podemos comprobar que:

El paciente 1 presenta afasia con pérdida de fluidez del lenguaje, tiene facilidad de comprensión pero existe limitación en la fluidez de palabras y frases con tendencia a la simplificación, omisión y sustitución. La inducción del lenguaje está alterada, presenta dificultades en la producción de verbos en relación a las tareas de repetición de frases y oraciones y respuestas de denominación.

El paciente 2 presenta afasia, con pérdida de fluidez en el lenguaje, no hay buena producción de verbos al repetir frases y oraciones, emite la acción verbal en

infinitivo y gerundio. Su comprensión auditiva es mejor que la producción de verbos, sus emisiones verbales presentan omisiones y sustituciones.

El paciente 3 presenta afasia con pérdida de fluidez en el lenguaje, la producción de verbos en las diferentes tareas se ve limitada por la presencia de omisiones de verbos, en las tareas de denominación sustituye los verbos por gerundios.

El paciente 4 presenta afasia con pérdida de fluidez en el lenguaje, limitación en la repetición de frases y oraciones con tendencia a la simplificación y la omisión total del verbo en la última tarea. En lo que respecta a la denominación de acciones verbales, la realiza en forma impersonal con omisiones, distorsión y cambio de verbos por sinónimos.

El paciente 5 presenta afasia con pérdida de fluidez del lenguaje, presentando ciertas dificultades en la producción de verbos, también tiene limitación en la repetición de frases y oraciones omitiendo en éstas el verbo en la mayoría de los ítems.

El paciente 6 presenta afasia con pérdida de fluidez de lenguaje, tiene facilidad de comprensión pero cierta dificultad en la repetición de frases y oraciones con algunas omisiones. En lo que respecta a la producción de verbos los repite en modo infinitivo y con omisiones. Al denominar acciones verbales los pronuncia mayormente en modo indicativo y aspecto perfectivo.

4.1.2. Estructura del verbo – omisiones y sustituciones

A continuación se presenta el análisis estadístico de la estructura verbal de los verbos emitidos por los pacientes, identificando las omisiones y sustituciones de fonos y vocales que se encontraron en el interior de la palabra verbal, corroborando el logro del segundo objetivo: *“Identificar en la estructura del verbo las omisiones y sustituciones, en las tareas de repetición de oraciones y frases y en las respuestas de denominación”*.

En algunos casos la ausencia de omisiones y sustituciones implica la buena emisión de los verbos y en otros casos la falta de emisión por lo que dependerá de las respuestas de los pacientes para determinar de qué caso se trata.

Tabla 3
Estructura del verbo - Repetición de frases y oraciones en pacientes afásicos no fluentes

| PACIENTES | OMISIONES | | SUSTITUCIONES | | TOTAL Omisiones y Sustituciones | |
|-----------|-----------|-------|---------------|-------|---------------------------------------|-------|
| | F | % | F | % | F | % |
| P1 | 0 | 0,00 | 1 | 8,33 | 1 | 8,33 |
| P2 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| P3 | 3 | 25,00 | 2 | 16,67 | 5 | 41,00 |
| P4 | 1 | 8,33 | 1 | 8,33 | 2 | 16,67 |
| P5 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| P6 | 1 | 8,33 | 0 | 0,00 | 1 | 8,33 |

Fuente: Anexo 3

En la tabla N° 3 observamos que la mayoría de los pacientes presenta omisiones y sustituciones de fonos o vocales, en relación a la estructura del verbo, en las tareas de repetición de frases y oraciones. El porcentaje 0% en caso del paciente 5 corresponde a la ausencia de la emisión de verbos.

Tabla 4
Estructura del verbo - Respuestas de denominación

| PACIENTES | OMISIONES | | SUSTITUCIONES | | TOTAL Omisiones y sustituciones | |
|-----------|-----------|-------|---------------|-------|---------------------------------------|--------|
| | F | % | F | % | F | % |
| P1 | 2 | 33,33 | 3 | 50,00 | 5 | 83,33 |
| P2 | 2 | 33,33 | 2 | 33,33 | 4 | 66,66 |
| P3 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| P4 | 4 | 66,67 | 2 | 33,33 | 6 | 100,00 |
| P5 | 1 | 16,67 | 0 | 0,00 | 1 | 16,67 |
| P6 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

Fuente: Anexo 3

Se observa en la tabla N° 4 que en general los pacientes han omitido y sustituido en la estructura del verbo fonos y vocales, en el caso los casos de los pacientes 3 y 6 emitieron correctamente todos los verbos de denominación por tanto no presentan omisiones ni sustituciones.

Tabla 5

Estructura del verbo - Producción de Verbos adicionales

| PACIENTES | OMISIONES | | SUSTITUCIONES | | TOTAL Omisiones y Sustituciones | |
|-----------|-----------|-------|---------------|-------|---------------------------------|-------|
| | F | % | F | % | F | % |
| P1 | 4 | 33,33 | 1 | 8,33 | 5 | 41,66 |
| P2 | 1 | 8,33 | 2 | 16,67 | 3 | 25,00 |
| P3 | 4 | 33,33 | 2 | 16,67 | 6 | 50,00 |
| P4 | 8 | 66,67 | 3 | 25,00 | 11 | 91,66 |
| P5 | 1 | 8,33 | 0 | 0,00 | 1 | 8,33 |
| P6 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |

Fuente: Anexo 3

Según los datos de la tabla N° 5 podemos observar que la mayoría de los pacientes presentan omisiones y sustituciones en las estructuras de los verbos en fones y vocales. El porcentaje 0% correspondiente al paciente 5 denota que este no ha realizado sustituciones en la estructura al emitir el verbo pero ha realizado una omisión, mientras que el porcentaje 0% en el paciente 6 corresponde a la emisión correcta de los verbos adicionales.

Tabla 6

Estructura del verbo - Producción de Oraciones adicionales

| PACIENTES | OMISIONES | | SUSTITUCIONES | | TOTAL Omisiones y Sustituciones | |
|-----------|-----------|-------|---------------|-------|---------------------------------|-------|
| | F | % | F | % | F | % |
| P1 | 2 | 25,00 | 1 | 12,50 | 3 | 37,50 |
| P2 | 3 | 37,50 | 2 | 25,00 | 5 | 75,00 |
| P3 | 5 | 62,50 | 2 | 25,00 | 7 | 87,50 |
| P4 | 4 | 50,00 | 1 | 12,50 | 5 | 62,50 |
| P5 | 2 | 25,00 | 0 | 0,00 | 2 | 25,00 |
| P6 | 0 | 0,00 | 1 | 12,50 | 1 | 12,50 |

Fuente: Anexo 3

Se observa en los datos de la tabla N° 6 que en todos los pacientes persisten las omisiones y sustituciones en relación a la estructura verbal.

De los datos obtenidos en las tablas 3, 4, 5 y 6 adicionamos la siguiente información en relación a cada paciente:

- El paciente 1 sustituyó el fon /b/ por /m/; el fon /v/ por /m/, el fon /c/ por /t/. Realizó omisiones de la vocal /e/ y de los fones /v/, /l/, /n/.
- El paciente 2 sustituyó el fon /c/ por /m/; el fon /d/ por /s/; el fon /v/ por /m/, esta última sustitución fue una constante. Realizó omisiones en la sílaba final del verbo, omitió las vocales /u/ y /i/ y los fones /r/, /s/.
- El paciente 3 sustituyó el sinfón licuante /cr/ por /qu/; el fon /n/ por /ñ/, también sustituyó el verbo “oyeron” por “escucharon” y los gerundios por el tiempo presente. Realizó omisiones en la sílaba inicial y final del verbo, omitió la vocal /u/ y los fones /v/, /l/, /r/, /s/, /n/.
- El paciente 4 sustituyó el fon /m/ por /n/, el fon /y/ por /d/. Realizó omisiones de la vocal /o/ y de los fones /y/, /j/, /c/, /t/, /s/, /n/, /d/, /r/, los tres últimos fones fueron omitidos constantemente. También sustituye el gerundio /durmiendo/ por la acción verbal /dormir/.
- El paciente 5 no tuvo sustituciones porque su producción verbal fue muy reducida, sólo hay presencia de distorsión verbal y omisión en los fones /f y /r/, este último fon fue una omisión constante.
- El paciente 6 sustituyó el fon /d/ por el /n/ y omitió el fon /s/.

4.1.3. Frecuencia verbal

El análisis de la producción o emisión de verbos en las diferentes tareas se realizaron a través de tablas de frecuencia que se desarrollarán a continuación, para establecer el logro del tercer objetivo: *“Identificar la frecuencia verbal de los pacientes afásicos en las tareas de repetición de oraciones y frases, las respuestas de denominación y habla espontánea”*.

Tabla 7
Frecuencia verbal en función a la repetición de frases y oraciones

| PACIENTES | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5 | | P6 | |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Verbos Emitidos | 4 | 33,33 | 6 | 50 | 5 | 41,66 | 1 | 8,33 | 1 | 8,33 | 2 | 16,66 |
| Errores verbales | 1 | 8,33 | 0 | 00 | 3 | 25 | 0 | 00 | 1 | 8,33 | 1 | 8,33 |
| No emitidos | 7 | 58,33 | 6 | 50 | 4 | 33,33 | 11 | 91,66 | 10 | 83,33 | 9 | 75,00 |
| Total de verbos | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 |

Podemos observar en la presente tabla N° 7 que los pacientes 1, 2, 3, presentan mayores emisiones de verbos en la tarea de repetición de frases y oraciones, mientras que los pacientes 4, 5, 6 superan el límite de los verbos no emitidos, confirmando las diferencias y características de los pacientes con afasia transcortical motora (pacientes 1, 2, 3) y afasia de Broca (pacientes 4, 5, 6) correspondiente a cada grupo respectivamente.

Tabla 8
Frecuencia verbal en función a las respuestas de denominación

| PACIENTES | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5 | | P6 | |
|-------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Verbos Emitidos | 3 | 50,00 | 5 | 83,33 | 6 | 100 | 4 | 66,67 | 0 | 0 | 6 | 100 |
| Errores verbales | 2 | 33,33 | 1 | 16,67 | - | - | 1 | 16,67 | 1 | 16,67 | 0 | 0 |
| No emitidos | 1 | 16,67 | - | -- | - | - | 1 | 16,67 | 5 | 83,33 | 0 | 0 |
| Total de verbos | 6 | 100 | 6 | 100 | 6 | 100 | 6 | 100 | 6 | 100 | 6 | 100 |

Se observa en la presente tabla n° 8 que los pacientes 3 y 6 han producido en un 100% respuestas de denominación en relación al verbo, mientras que el paciente 5 no emite verbos de denominación y el paciente 1 presenta mayores errores verbales.

Tabla 9
Frecuencia de verbos adicionales

| PACIENTES | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5 | | P6 | |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|----|-------|----|-------|----|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Emitidos | 8 | 66,66 | 7 | 58,33 | 8 | 66,67 | 2 | 16,67 | 7 | 58,34 | 12 | 100 |
| Errores verbales | 4 | 33,33 | 3 | 25,00 | 4 | 33,33 | 10 | 83,33 | 4 | 33,33 | 0 | 00 |
| No emitidos | 0 | 00 | 2 | 16,66 | 0 | 00 | 0 | 00 | 1 | 8,33 | 0 | 00 |
| Total de verbos | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 | 12 | 100 |

En la tabla N° 9, se observa que el paciente 6 ha emitido en un 100% los verbos propuestos, mientras que el paciente 4 tuvo mayores errores verbales y por consecuencia menos producción de verbos, los pacientes 1, 2, 3 y 5 han logrado emitir más del 50% de los verbos adicionales.

Tabla 10
Frecuencia verbal de oraciones adicionales

| PACIENTES | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5 | | P6 | |
|-------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Emitidos | 6 | 87,5 | 1 | 12,5 | 3 | 37,5 | 0 | 0 | 0 | 00 | 5 | 62,5 |
| Errores verbales | 1 | 12,5 | 5 | 62,5 | 0 | 00 | 4 | 50,00 | 5 | 62,5 | 1 | 12,5 |
| No emitidos | 1 | 12,5 | 2 | 25 | 5 | 62,5 | 4 | 50,00 | 3 | 37,5 | 2 | 25,00 |
| Total de verbos | 8 | 100 | 8 | 100 | 8 | 100 | 8 | 100 | 8 | 100 | 8 | 100 |

En la presente tabla N° 10, se puede observar que los pacientes 1 y 6 han producido mayores verbos al repetir las oraciones adicionales y por tanto menos errores verbales, mientras que los pacientes 2, 4 y 5 presentan en más del 50% de errores verbales en la tarea propuesta.

Tabla 11
Frecuencia verbal de verbos en el Lenguaje espontáneo

| PACIENTES | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5 | | P6 | |
|-------------------------|----------|------------|----|-----|----------|------------|----------|----------|----------|------------|----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Emitidos | 2 | 100 | 1 | 100 | 3 | 100 | 0 | 00 | 4 | 100 | 4 | 100 |
| Errores verbales | 0 | 00 | 0 | 00 | 0 | 00 | 0 | 00 | 0 | 00 | 0 | 00 |
| Total de verbos | 2 | 100 | 1 | 100 | 3 | 100 | 0 | 0 | 4 | 100 | 4 | 100 |

Podemos observar en la presente tabla n° 11, que el paciente 6 ha producido mayor cantidad de verbos, repitiendo el verbo “estar” 3 veces, mientras que el paciente 3 ha emitido 3 verbos en la estructuración de oraciones simples, en el caso del paciente 4 no ha emitido verbos.

4.2. Discusión de resultados

En la presente investigación se ha llegado a los objetivos previstos, el objetivo general “Determinar las características del uso del verbo en pacientes afásicos no fluentes de un Centro Hospitalario del Callao”, ha sido alcanzado por que se ha logrado identificar a través de los datos obtenidos las características del uso del verbo en pacientes con afasia de Broca y con afasia transcortical motora denominados en la semiótica médica afásicos no fluentes, así mismo los objetivos específicos: 1. Identificar los accidentes gramaticales del verbo en las tareas de repetición de oraciones y frases y en las respuestas de denominación; 2. Identificar en la estructura del verbo las omisiones y sustituciones en las tareas de repetición de oraciones y frases y en las respuestas de denominación; 3. Identificar la frecuencia verbal de los pacientes afásicos en las tareas de repetición de oraciones y frases, las respuestas de denominación y habla espontánea, en los pacientes afásicos no fluentes.

Además según los resultados de la presente investigación y los antecedentes revisados se ha llegado a la siguiente discusión de resultados:

- En el estudio de Rosell (2005) al igual que en el presente estudio los pacientes afásicos no fluentes presentan: 1. Tendencia a producir menos verbos y mayor número de errores verbales según la afasia no fluente diagnosticada, tal es el caso de los pacientes afásicos de Broca que producen menos verbos que los pacientes con afasia transcortical motora. 2. También se observa en la tarea de habla espontánea la producción verbal es casi mínima. 3. En relación a los accidentes gramaticales los pacientes tienden a utilizar el modo subjuntivo e indicativo, en el aspecto el perfectivo e imperfectivo. 4. La emisión verbal la realizan en tiempo presente y generalmente en primera persona; siendo el tiempo futuro el menos usado en sus emisiones.

- En el presente estudio se confirma los resultados del estudio de Geromini (2008) ya que los pacientes presentan: 1. Omisiones frecuentes en la estructura verbal y en la selección morfológica tendiendo a cambiar los verbos a formas impersonales como a gerundios e infinitivos. 2. Permanencia del verbo “estar” en la tarea de habla espontánea. 3. Y dos pacientes del estudio sustantivan los verbos.

- Al igual que el estudio de Almagro (2002) en el presente estudio se confirma que los pacientes afásicos presentan: 1. Dificultades en la emisión verbal omitiendo y sustituyendo los morfemas gramaticales. 2. Así mismo los pacientes del estudio presentan dificultades en la recuperación de verbos al igual que en su estructura.

- Otro aspecto a resaltar es la alteración de la producción del lenguaje oral en pacientes afásicos no fluentes según el estudio que realizó Benedet (2006) analizando los errores verbales de los pacientes en estudio, según los resultados podemos afirmar que existe una alteración en los niveles de producción de palabra siendo el más afectado el tercer y cuarto nivel codificación fonológica y activación de los planes articulatorios en el sistema de memoria procedimental respectivamente. En cuanto a la codificación fonológica los pacientes presentan dificultades en el agramatismo, ya que su lenguaje es telegráfico y afecta a la producción verbal en género, número, tiempo, modo y aspecto, existe lentificación en el flujo de la elocución verbal, también presentan omisiones de fonemas en posiciones intermedia, complejos consonánticos y fonemas fricativos y vibrantes y sustituciones que en ocasiones se acercan al significado del verbo que desea expresar. La activación de los planes articulatorios se ve afectada ya que los pacientes

no fluentes presentan dificultades en los procesos de la activación del marco de la palabra y la activación de los fonemas correspondientes presentando en todos los casos del estudio limitaciones en la activación del sistema motor.





CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIA

En el presente capítulo se expone las conclusiones y sugerencias a las que se
llegado la investigación, en relación a los objetivos planteados.

5.1. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en la investigación podemos concluir que:

5.1.1. Los resultados corroboran que en su mayoría los pacientes no fluentes presentan limitaciones en relación a los accidentes gramaticales generalmente emiten el verbo en modo indicativo, en aspecto perfectivo, en tiempo presente, en primera o segunda persona y en singular, en la mayoría de los casos sustituyen el verbo a formas impersonales como el infinitivo y el gerundio.

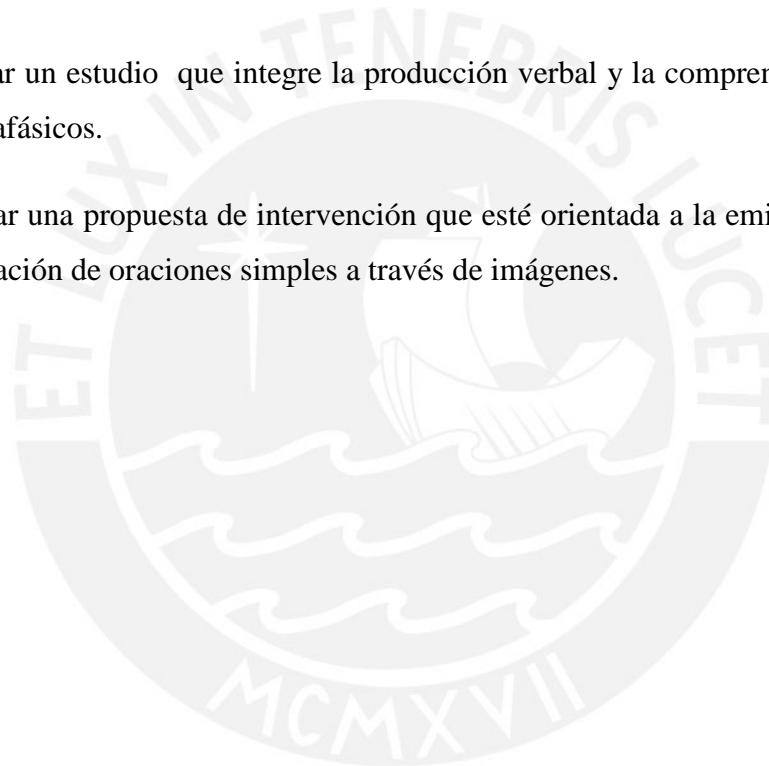
5.1.2. La estructura del verbo en los pacientes afásicos no fluentes presentan omisiones y sustituciones en fones y vocales y en algunos casos distorsión del verbo en su emisión, por tanto el proceso de producción de la palabra está alterado en los niveles de codificación fonológica y la activación de los planes articulatorios.

5.1.3. La frecuencia verbal de los pacientes afásicos, al realizar las tareas de repetición de oraciones y frases, respuestas de denominación es limitada y precisa en ocasiones de un apoyo inicial para poder rescatar la palabra verbal de su lenguaje, en el habla espontánea el 100% de los pacientes no emite verbos.

5.1.4. La estructuración de oraciones, está caracterizada por la emisión aislada de palabras y omisión del verbo, alejándose de una estructura coherente.

5.2. RECOMENDACIONES

- 5.2.1. Crear un test específico para evaluar el uso del verbo en afásicos.
- 5.2.2. Aplicar el test en mayor cantidad de pacientes y mayor número de hospitales para poder generalizar los resultados a nivel nacional.
- 5.2.3. Realizar un estudio comparativo en pacientes fluentes y no fluentes en relación al uso del verbo.
- 5.2.4. Realizar un estudio que integre la producción verbal y la comprensión del verbo en pacientes afásicos.
- 5.2.5. Elaborar una propuesta de intervención que esté orientada a la emisión de verbos y la estructuración de oraciones simples a través de imágenes.



BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDER MP. En: FEINBERG TE y FARAH MJ, (1997) *Afasia: Aspectos clínicos y anatómicos - Comportamiento Neurología y Neuropsicología*. McGraw Hill, Nueva York, 133-149.
- ALMAGRO Cardenete, Yolanda (2001) *Estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Rovira i Vergili. Tarragona, España
- ALMAGRO Y., Sánchez-Casas R.M., García-Albea J.E. (2005) *El agramatismo y su sintomatología Revista Neurololía* . Departamento de Psicología. Tarragona, España. Pág. 369-380
- ARDILA Alfredo (2006) *Afasiás Department of Communication Sciences and Disorders*. Florida International University Miami, Florida, EE.UU
- A.R. LURIA (1978) *Cerebro y lenguaje*. Barcelona. Ed. Fontanella
- BENSON DF, Ardila A. (1996) *Clasificaciones de la afasia*. En: Benson DF, Ardila A. *Afasia. Una perspectiva clínica*. Oxford University Press, Nueva York, 111-120.
- BENETET, María Jesús (2006) *Acercamiento Neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje, Fundamento Teórico de la Neurolingüística. Procesamiento Normal del Lenguaje*. Vol. I España. Editorial EOS Sevilla
- BERTHIER ML, Starkstein SE, Leiguarda R, Ruiz A, Mayberg SA, Wagner H (1991) *Transcortical afasia. Importancia del hemisferio dominante no verbales en la repetición del lenguaje*. *Cerebro*, 114: 1409-1427.

BOUILLAUD, Jean Baptiste (1830) *Recherches sur les fonctions du cerveau Experimentales (lóbulos cerebraux) en general, et celles-sur de sa parte Antérieure en particulier. J Med Hebdo. París, 6, 527-570.*

CRYSTAL, David; (1994) *Enciclopedia del lenguaje de la Universidad de Cambridge, Madrid, Taurus.*

FUSTINONI Osvaldo (2002) *Semiología del Sistema Nervioso. 14a edición. España Ed. El Ateneo.*

GEROMINI DE NANNINI N. Graciela ANUARIO FUNDACIÓN Dr. J. R. VILLAVICENCIO, (2008) N° XVI Asociación de Docencia e Investigaciones en Neuropsicología y Afasiología (ADINA) Rosario, Argentina.

<http://www.villavicencio.org.ar/pdf08/118.pdf>

GRODZINSKY, Y. (2000). *La neurología de la sintaxis: el uso del lenguaje sin el área de Broca. Comportamiento y Ciencias del Cerebro, 23 (1), 1-71.* Boston EE.UU.

HELM-ESTABROOKS Nancy y ALBERT Martin L (1994) *Manual de Terapia de la Afasia, 5ta edición, España Editorial Médica Panamericana*

INSTITUTO NACIONAL DE LA SORDERA Y OTROS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN NIDCD (2009) “La afasia” Hoja de información de Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU. EE.UU, 2009, Publicación N° 08 -4257-abril,. p.1

<<http://www.nidcd.nih.gov/staticresources/health/voice/FactSheetAphasiaSpanish.pdf>>

IRIZARRY Josefina (2003). *Módulo # 10: Accidentes Gramaticales del Verbo* Universidad Inter Americana de Puerto Rico Guayama PPT

- KAPLAN E, Goodglass H, Weintraub S. (1986) *Test de vocabulario de Boston*.
Madrid: Médica Panamericana
- KEAN ML. (1977). *The linguistic interpretation of aphasic syndrome: Agrammatism in Broca's aphasia*. *Cognition*; 5: 9-46.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0010027777900154>
- MARSHALL, John Pring T, Chiat S. (1998) *Verbo de recuperación y producción de frases en la afasia*. *Cerebro Lang*, 63: 159-83.
- MARTÍNEZ CELDRÁN, Eugenio (1998) *Lingüística: Teoría y aplicaciones*.
Barcelona. Ed. Masson
- MICELI G, C Silveri, Villa G, Caramazza A. (1984) *Sobre la base de la agramáticos la dificultad de producir los verbos principales*. 20: 207-20.
- MORENOTORRES SANCHEZ, Ignacio (2004) *Lingüística para Logopedas*,
Málaga, Ed. Aljibe.
- PEÑA-CASANOVA, Jordi (2004) *Programa integrado de exploración neuropsicológica*
http://www.neuro-cog.com/testbarcelona/perfiles_afasia.htm
- PEÑA-CASANOVA, Jordi & Pérez Pamies, M (1990) *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. Ed. Masson. Barcelona.
- RODAL Jean A. y SERÓN Xavier (1995) *Trastornos del Lenguaje 1*, Editorial Paidós, España
- RADO Triveño, Julia Esther (2006) *Adaptación del Test De Boston a la población afásica que acude al INR*. Tesis de grado magister. Lima, Perú Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de postgrado.

ROSELL Vicente Clari (2005) *Uso del Verbo en Pacientes Afásicos Motores en Lengua Castellana*. Tesis de doctorado. Valencia Universidad de Valencia.

SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA STA. CREU I SANT PAU Y EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT AUTÓNOMA DE BARCELONA. (2000) “Afasia: localización en RM”
Basado en Damasio, H., y A. R. Damasio (1989), "Lesion Analysis in Neuropsychology", Oxford University Press, *MASTER en NEUROPSICOLOGÍA: Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica*
Nueva York, 18 de agosto del 2011
<<http://www.neuropsicol.org/Np/Afasia.htm>>

VENDRELL, J.M. (2001) *Las afasias: semiología y tipos clínicos* Revista neurológica, 32(10). Barcelona , España

