



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



DESCRIPCIÓN DE MARCADORES DEL DISCURSO DE HABLANTES CON  
AFASIA FLUENTE: ANÓMICA, DE CONDUCCIÓN Y DE WERNICKE

Tesis para optar el grado de Magíster en Fonoaudiología

Enrique Manuel Sinacay Caldas

Asesoras

Dra. Esperanza Bernaola Coria

Mg. Julia Rado Triveño

Jurados

Mg. Lilia Vela Quichiz

Mg. Jacqueline Villena Mayorca

LIMA, PERÚ

2013

*A mi querida Ulica, quien, desde su  
eterno lugar, aún sigue confiando en mí.*



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo agradecer el diligente asesoramiento de la Dra. Julia Rado, quien posibilitó y alentó mi incipiente incursión en el campo de las patologías del lenguaje, en concreto, en el de la afasiología.

En segundo lugar, también deseo manifestar mi eterno agradecimiento a la directora de la Escuela de Posgrado del CPAL, Marcela Sandoval, sin cuya constante motivación e incalculable apoyo habría sido imposible culminar satisfactoriamente este trabajo.

Por último, e igual de importante, quiero agradecer el apoyo absoluto de mi familia: Rosario Caldas, Milagros Lozano, Fernando Sinacay, y, en especial, la ayuda de mi apreciado hermano Óscar Sinacay, cuya generosidad y confianza, permitieron que esta investigación pueda terminarse, y finalmente, deseo agradecer el incondicional apoyo de mi entrañable compañera Susan Soto, quien es testigo del inagotable esfuerzo y las infinitas disquisiciones por las que atravesó el que esto escribe para culminar aceptablemente este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Formulación del problema	19
1.2.1 Formulación general	19
1.2.2 Formulaciones específicas	19
1.3 Formulación de objetivos	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 Importancia y justificación de la investigación	20
1.5 Limitaciones de la investigación	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	23
2.1 Antecedentes de la investigación	23
2.1.1 Nacionales	23
2.1.2 Internacionales	24
2.2 Bases teórico-científicas	27
2.2.1 Bases lingüísticas	27

2.2.1.1 Sobre coherencia y cohesión	29
2.2.1.2 Sobre marcadores del discurso	31
2.2.1.3 Características de marcadores del discurso	35
2.2.1.4 Clasificación de marcadores del discurso	37
A. Marcadores textuales	38
A.1 Estructuradores de la información (EI)	39
A.2 Conectores (C)	39
A.3 Reformuladores (R)	40
A.4 Operadores argumentativos (OA)	41
B. Marcadores conversacionales o interactivos [MC]	41
2.2.2 Bases neurológicas	44
2.2.2.1 Afasia	44
2.2.2.2 Clasificación de afasia	48
A. Afasia anómica	49
B. Afasia de conducción	50
C. Afasia de Wernicke	52
2.3 Definición de categorías de análisis	53
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	56
3.1 Metodología	56
3.2 Tipo de investigación	56
3.3 Diseño de investigación	57
3.4 Procedimiento de recolección de datos	59
3.5 Sujetos de investigación	60

3.6 Variables	61
3.7 Instrumentos	61
3.7.1 Ficha técnica	61
3.7.2 Descripción de la prueba	62
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	64
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	65
4.1 Presentación y análisis de transcripciones	65
4.1.1 Caso n.º 1: POC	66
4.1.2 Caso n.º 2: SHD	74
4.1.3 Caso n.º 3: RVS	83
4.1.4 Caso n.º 4: MTC	89
4.2 Discusión de resultados	98
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
5.1 Conclusiones	102
5.2 Recomendaciones	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXO 1	111
ANEXO 2	114

## ÍNDICE DE TABLAS

N.º	Tabla	Pág.
1	Marcadores del discurso	43
2	Fases de la investigación	58
3	Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 1: POC	71
4	Cuadro resumen de los marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 1: POC	74
5	Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 2: SHD	79
6	Cuadro resumen de los marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 2: SHD	82
7	Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 3: RVS	87
8	Cuadro resumen de los marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 3: RVS	89
9	Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 4: MTC	92
10	Cuadro resumen de los marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 4: MTC	94
11	Cuadro comparativo de los marcadores textuales utilizados por los 4 pacientes	94
12	Cuadro comparativo de los marcadores conversacionales utilizados por los 4 pacientes	97



## RESUMEN

El trabajo presentado a continuación es un estudio cualitativo, en el cual se pretende describir, en primer lugar, las características de los marcadores del discurso utilizados durante el habla espontánea de 4 pacientes con afasia; además, en segundo lugar, se procura determinar las diferencias y similitudes respecto del uso de aquellos elementos lingüísticos entre los tipos de afasia estudiados (anómica, de conducción y de Wernicke) de un centro hospitalario del Callao.

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación del Test de Boston mediante las pruebas que evalúan el habla espontánea. Luego, se efectuaron las transcripciones de las entrevistas, el vaciado y análisis de datos, pero brindando especial énfasis a los marcadores del discurso. Para dicho análisis, se utilizó la clasificación de Martín Zorraquino y Portolés (1999).

Posteriormente al análisis de cada paciente, se concluyó que el tipo de afasia es un factor primordial y determinante para la utilización de los marcadores del discurso durante el habla espontánea. Asimismo, se evidenció que existen diferencias en el uso de marcadores, incluso, en pacientes con el mismo tipo de afasia. Además, aunque no se puede generalizar, se observó que en la afasia de Wernicke estos elementos lingüísticos casi no son insertados durante el intercambio conversacional, respecto de los otros tipos de afasia investigados.

Palabras clave: afasia, marcadores del discurso

## ABSTRACT

The following study presented is a qualitative research which is intended to describe, first of all, the characteristics of discourse markers utilized during the spontaneous speech of four patients with aphasia, and second of all, to determine the differences and similarities regarding the use of those linguistic elements among the types of aphasia in the case study (anomic, of conduction and Wernicke's) at a health center in Callao.

The compilation of data was done based on the application of the Boston diagnostic aphasia examination, through the tests that evaluate the spontaneous speech. Then, there was a transcript of the interviews, the emptying and analysis of data, providing special emphasis on the discourse markers. For such analysis was used the classification of Martin Zorraquino and Portolés (1999).

After that analysis of each patient, it was concluded that the type of aphasia is an essential and determinant factor for the utilization of the discourse markers during the spontaneous speech. Additionally, it was evident that there are differences in the use of markers, even in patients with the same type of aphasia. Also, even although one cannot generalize, it was observed that the Wernicke aphasia these linguistic elements are hardly inserted during conversational interaction, respect to the other investigated types of aphasia.

Key words: aphasia, discourse markers

## INTRODUCCIÓN

Los estudios acerca las alteraciones de la comunicación desde una perspectiva interdisciplinaria, como la afasia, son casi inexistentes en el Perú. La necesidad social del ser humano lo obliga a comunicarse, no se pretende aludir aquí únicamente a la mera transmisión de información, ni a una condición sustitutiva del lenguaje, sino también, y principalmente, a expresar ideas, añadir matices a los enunciados, establecer relaciones de cordialidad, manifestar desacuerdos, exponer un juicio, etc. Uno de los mecanismos más plenos que posee el hombre –aunque inefable en muchos aspectos– para ejecutar aquella necesidad es el lenguaje y los componentes que lo constituyen. Además, el lenguaje, unido a la capacidad cinestésica<sup>1</sup>, se convierten en la herramienta fundamental para ejecutar tales fines comunicativos. De ahí que, al encontrarse afectada esta capacidad para interrelacionarse, se limite también la competencia social.

---

<sup>1</sup> Denegri (2010) refiere lo siguiente: [...] No parece que con la sola palabra hablada podamos decir todo lo que queremos. Necesitamos, pues, para completar nuestro decir, de gestos y ademanes, de movimientos y actitudes [...].» (p. 16)

Ahora bien, se sabe que el padecer un trastorno afásico condiciona substancialmente esta capacidad de expresión (y comprensión); por ello, la afasia se define como un trastorno del componente lingüístico ya adquirido, debido a un accidente cerebro-vascular o a un traumatismo en las zonas centrales del cerebro. (Vendrell, 2001). Por tal motivo, la afasialogía<sup>2</sup> ha de emplear la ciencia del lenguaje para conocer y profundizar acerca de los componentes afectados que el trastorno afásico produce, pues, luego de su descripción, se podría elaborar un plan de rehabilitación sobre la base de aquellas unidades o formas lingüísticas que aún se conservan.

Sin duda y debido a que la información y estudios acerca de las consecuencias de la afasia, en el Perú, aún son exiguos, esta investigación pretende incrementar la documentación sobre la afasia desde una perspectiva pragmático-discursiva, centralmente en lo que concierne a los *marcadores del discurso*. Asimismo, procura emplear la ciencia del lenguaje como base de análisis para explicar patrones lingüísticos respecto de dichas unidades que se manifiestan en los intercambios comunicativos, ya que « [...] el conocimiento lingüístico en la arquitectura del lenguaje permite realizar un análisis más minucioso y preciso de éste (sic) proceso cognoscitivo y entender el mecanismo de recuperación después de una alteración en el mismo.» (López, 2006, p.1)

---

<sup>2</sup> Jakobson (1973) argumenta que en algunas investigaciones, las aportaciones de la lingüística se desconocen « [...] como si las perturbaciones de la percepción de la palabra no tuvieran nada que ver con el lenguaje [...]». (p. 21)

Finalmente, en cuanto al contenido, se ha optado por distribuir la investigación de la siguiente manera: en el primer capítulo, se explican el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y las limitaciones del estudio; en el segundo capítulo, se exponen los antecedentes de la investigación, las bases científicas y el marco teórico que sirve de fundamento para la explicación del problema; el tercer capítulo contiene la metodología de la investigación y una descripción precisa acerca del Test de Boston –el cual fue empleado para recabar los datos que sirvieron de análisis–; en el penúltimo capítulo, el cuarto, se presenta el análisis de las transcripciones de cada uno de los pacientes; así como también la discusión de los resultados en comparación con otros estudios acerca del tema tratado; por último, en el quinto capítulo, se brindan algunas conclusiones y recomendaciones que se coligen de los resultados de la investigación.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Planteamiento del problema

La satisfacción que produce una conversación exitosa traspasa el placer de que se comprenda el mensaje; es ante todo una ratificación de la forma de ser humanos, y una prueba de empatía con otras personas (Tannen, 1996). De aquí que el lenguaje sea considerado como el instrumento que utilizan los individuos para conseguir sus propios fines, sean comunicativos o meramente emocionales, y con relevancia solo ilocutiva<sup>3</sup> (Herrero, 2006); sobre este último punto Martín Zorraquino (1999) señala que « [...] los hablantes nos comunicamos presentando lo dicho como un estímulo que permite al oyente obtener por medio de inferencias lo que pretendemos comunicar [...]». (p. 4058)

---

<sup>3</sup> Se ha elegido como referencia la teoría de los *actos de habla* de Austin (1962), en la que la dimensión textual ilocutiva se refiere a la capacidad que poseen los hablantes de poder intuir, mediante deducciones lógico-lingüísticas, el propósito de un enunciado.

Los hablantes poseen en su memoria ciertos contenidos acerca de las regularidades del mundo que conforman su cosmovisión. Todos estos están organizados y engarzados de tal manera que son actualizables y aplicables a cualquier realidad discursiva y extradiscursiva. Más aún, aunque los hablantes no sean conscientes de su capacidad metalingüística<sup>4</sup>, tienen suficiente aptitud para añadir estética a los discursos, dudar, hacer pausas entre elementos conversacionales, cambiar de registro y formas lingüísticas, dejar ideas sin finalizar, tratar de imponerse a través de la argumentación, atenuar enunciados mediante la ironía, entre otros. (Cortés, 2005)

En el uso del lenguaje, esto es, en la conversación<sup>5</sup>, son necesarias unas construcciones o unidades lingüísticas que permitan concatenar enunciados emitidos con anterioridad, para garantizar la cohesión y coherencia (gramatical y pragmática) de un texto. Estas unidades se denominan marcadores del discurso<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> « [...] [los hablantes] adquieren la lengua de su entorno sobre la base de datos incompletos y desorganizados y alcanzan una representación de dicha lengua que va mucho más allá de la repetición de lo que han oído [...] manifiestan capacidad de abstraer un sistema subyacente de conocimiento de su lengua a partir de las muestras lingüísticas particulares a las que están expuestos y muestran una destreza para explicar este conocimiento de manera inédita y variada». (Caplan, 1987, p. 26)

<sup>5</sup> « [...] It is not hard to see why one should look to conversation for insight into pragmatic phenomena, for conversation is clearly the prototypical kind of language usage, the form in which we are all first exposed to language [...]». (Levinson, 1983, p. 284)

<sup>6</sup> Otros autores, como Van Dijk (1980), las denomina *conectivos*, y las define conjunto de expresiones de varias categorías sintácticas que establecen las relaciones entre proposiciones o hechos.

La investigación acerca de estas unidades revela que tales marcadores recrean la interpretación e interacción contextual en el discurso. Asimismo, « [...] el uso de los marcadores del discurso no es solo una parte de lo que hace que una forma de hablar parezca natural y apropiada para un contexto, sino también, una parte de lo que hace que el lenguaje parezca claramente humano». (Schiffrin, 1987, p. 362)<sup>7</sup>

Sobre la definición de marcadores del discurso, Martín Zorraquino (1999, p. 4057) señala lo siguiente: « [...] Los marcadores del discurso son unidades lingüísticas invariables, no ejercen una función sintáctica en el marco de la predicación oracional y poseen un cometido coincidente en el discurso [...]»

La interacción social es la principal dificultad que presentan los pacientes con alguna lesión en las zonas corticales del lenguaje (en este caso, la afasia). Así pues, la afasia es una alteración neurolingüística del lenguaje adquirido, que puede presentarse debido a un traumatismo o un accidente cerebro-vascular, e impide el uso normal de las habilidades lingüísticas, con lo cual se perjudica de forma radical la capacidad para la interrelación social. (Vendrell, 2001)

Para esta investigación, se han seleccionado 5 pacientes (afásicos fluentes) de un centro hospitalario del Callao, los cuales fueron grabados en situaciones de interacción lingüística espontánea, mediante el Test de Boston; a pesar de lo que sugiere González (2006), quien argumenta que se ha de establecer una situación

---

<sup>7</sup> « [...] The use of discourse markers is not only a part of what makes a way of speaking seem natural and appropriate to its context, but also a part of what makes language seem distinctly human».



de habla estrictamente espontánea, por lo cual debería evitarse el uso de las pruebas estandarizadas, ya que estas no contribuyen con la consecución de tal fin. No obstante, en este estudio, se han generado varias intervenciones espontáneas por parte del entrevistado; si se considera, además, que este desconoce cuáles serán las preguntas que se le formularán y qué temas se tomarán en cuenta; de tal modo que, si bien el Test de Boston guía y dirige el contenido de la conversación, el paciente tiene total libertad (dependiendo de su capacidad discursiva) para expandir el tema de conversación que, por lo general, está condicionado por su afectación.

Ahora bien, estos pacientes, cuyos centros del lenguaje han sido afectados por diversas causas (traumatismos, accidentes cerebro-vasculares, entre otras), presentan alteraciones en casi todos los componentes lingüísticos. Sin embargo, en este estudio, se analizó solo el componente discursivo (pragmático), brindando mayor atención a los marcadores del discurso durante las manifestaciones y usos del lenguaje espontáneo.

Por otra parte, independientemente de la perspectiva teórica que se utilice, se puede definir la afasia como la pérdida total o parcial del lenguaje como consecuencia de lesiones en determinadas áreas cerebrales (Basso, 2010). Este tipo de lesión afecta a la herramienta cognitiva fundamental que posee el hombre para conseguir sus propios fines: el lenguaje y a las funciones comunicativas que él cumple. En los afásicos son evidentes las alteraciones en el aspecto

comprensivo, en consecuencia, se altera en gran medida también la interacción social.

Si bien la afasia es una alteración que afecta significativamente al hombre, debido a que impide y limita su relación con el medio en el cual se desenvuelve y limita su capacidad para elaborar un habla clara, consecuente y conexa, como sostiene Coseriu, son exiguos los trabajos que se pueden tomar como base para esta investigación, mucho menos en lo que respecta al ámbito estrictamente lingüístico. Por ello, resulta substancial plantear un tipo de estudio que permita describir, no solo los problemas que se presentan en los aspectos formales de la lengua como la fonología o morfosintaxis<sup>8</sup>, sino también, en algunas de las alteraciones que se manifiestan en el aspecto pragmático o uso del lenguaje.

Por todo ello, esta investigación describe qué características poseen los marcadores del discurso, qué diferencias y similitudes se establecen entre los tipos de afasia respecto del uso de marcadores del discurso durante interacción con pacientes con afasia fluente (anómica, de conducción y de Wernicke). Además, esta investigación pretende ser un aporte teórico-práctico, por cuanto se procura aumentar la documentación lingüística acerca de la afasia, y se pondrá de manifiesto, una vez más, que la Lingüística es primordial para la concepción, el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de las alteraciones del lenguaje.

---

<sup>8</sup> Dice bien Van Dijk (1980, p. 30): «Aparte de estas propiedades de ‘forma’ [gramaticalidad] se requiere también una gramática para especificar la estructura de significado relacionada con estas formas[...], es decir, cómo se relacionan las estructuras sintácticas con la intención y significación. de las expresiones emitidas por los hablantes».

Asimismo, Stubbs argumenta que «[...] la descripción lingüística sigue firmemente basada en las partes tradicionales del habla en la idea de que la oración o la frase son las unidades lingüísticas básicas». (1983, p. 75)

## 1.2 Formulación del problema específico

### 1.2.1 Formulación general

- ¿Qué características presentan los marcadores del discurso utilizados por los afásicos fluentes usuarios de un centro hospitalario del Callao?

### 1.2.2 Formulaciones específicas

- ¿Qué diferencias se establecen, según los tipos de afasia, respecto del uso de marcadores del discurso de un centro hospitalario del Callao?
- ¿Qué similitudes se establecen, según los tipos de afasia, respecto del uso de marcadores del discurso de un centro hospitalario del Callao?

## 1.3 Formulación de objetivos

### 1.3.1 Objetivo general

- Determinar y describir las características de los marcadores del discurso utilizados por afásicos fluentes durante un intercambio conversacional.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Establecer diferencias, según los tipos de afasia, respecto del uso de marcadores del discurso.

- Establecer similitudes, según los tipos de afasia, respecto del uso de marcadores del discurso.

#### 1.4 Importancia y justificación de la investigación

Actualmente, existe una tendencia hacia la investigación de los aspectos conversacionales del lenguaje; para ello, se opta por el análisis de la lengua desde una perspectiva discursiva, de ahí que se opte por el estudio del lenguaje en uso o de manera espontánea. Dice fundadamente Stubbs (1983):

La conversación es fundamental: es la forma más normal de utilizar el lenguaje, un fenómeno que impregna la vida cotidiana y que, simplemente por ello, merecería un estudio sistemático. [...] la conversación espontánea y natural tiene que servir de guía para la descripción del lenguaje en general. (p. 24)

Además, es necesario señalar que diversas investigaciones concluyen que se ha de incluir el análisis lingüístico en el proceso de diagnóstico de los distintos disturbios del lenguaje. Según Jakobson (1973, p. 19), « [...] para estudiar adecuadamente toda ruptura en las comunicaciones, debemos comenzar por comprender la naturaleza y la estructura del modo particular de comunicación que

ha dejado de funcionar [...]». De ahí que se busque un enfoque interdisciplinario para el diagnóstico de aquellas alteraciones<sup>9</sup>.

Asimismo, las personas con habilidades lingüísticas diferentes (o deficientes) manifiestan dificultades en sus intercambios conversacionales, lo cual podría ser detonante para otras alteraciones psicosociales.

La importancia de esta investigación radica en que se explorará el uso del lenguaje en personas afásicas empleando para ello un marco teórico lingüístico-pragmático. Además porque, como se expuso anteriormente, son escasos los estudios lingüísticos en el Perú referidos a los disturbios de la comunicación (TEL, disartria, afasia, etc.); por ello, si bien esta investigación no es exhaustiva respecto del componente pragmático, es un aporte a la documentación lingüística acerca de la afasia en el Perú; más concretamente, un aporte teórico sobre la funcionalidad de los marcadores del discurso en pacientes afásicos fluentes.

### 1.5 Limitaciones de la investigación

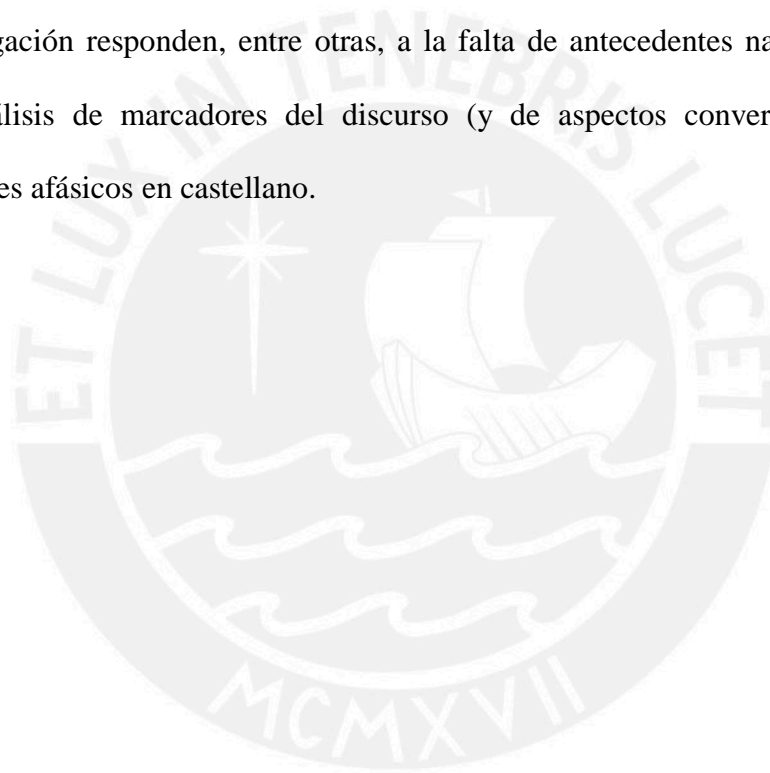
Esta investigación no pretende establecer una caracterización exhaustiva sobre las características entonacionales, prosódicas ni cinestésicas de la interacción afásica, pues ello requiere un análisis que demanda mayor cuantía teórica.

---

<sup>9</sup> Al respecto, argumenta Luria (1978): « [...] una buena comprensión de los trastornos afásicos requiere un buen conocimiento de al menos tres disciplinas diferentes [pero inmanentemente relacionadas]: la neurología, la psicología y la lingüística [...]». (p. 11)

Asimismo, debido a que se trata de un estudio cualitativo, en el que la cantidad de pacientes es reducida, las descripciones propuestas sobre la categoría analizada, esto es, marcadores del discurso, no se pueden generalizar a otros pacientes que no reúnan los criterios establecidos para la elección los sujetos estudiados.

Finalmente, es preciso referir que las limitaciones teóricas de esta investigación responden, entre otras, a la falta de antecedentes nacionales sobre los análisis de marcadores del discurso (y de aspectos conversacionales) en pacientes afásicos en castellano.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1 Nacionales

Los estudios que presentan un análisis del lenguaje para los casos de afasia en el Perú son casi inexistentes. Más aún, ya Cáceres, en 1973, refería lo siguiente: « [...]Esto no es por falta de interés, sino por lo excesivo y disperso del tema[...] En el Perú, la historia de la afasia no es muy rica los trabajos neurológicos son escasos; los psicológicos, raros y los lingüísticos en el ángulo neurolingüístico, nulos». (p. 34)

Si bien los estudios acerca de la afasia son actualmente escasos en el Perú, ha de mencionarse el trabajo de Córdova (2012), titulado *Análisis del discurso de cinco pacientes con afasia fluente: Wernicke y transcortical sensorial*, en el cual se hace referencia acerca del uso de unas partículas lingüísticas, por parte de los

pacientes afásicos, que la autora denomina marcadores metadiscursivos. Aunque, en rigor, no se trata de un trabajo exclusivo acerca de aquellas unidades, nos brinda información acerca de cómo se presentan en el discurso afásico. Según esta investigación, es recurrente el uso del comprobativo ‘¿no?’ entre todos los pacientes analizados. Mienta, además, que es elevado el número de marcadores en dos de los cinco casos: un paciente con afasia transcortical utiliza 7, y el otro con afasia de Wernicke, 6. Finalmente, la autora explica lo siguiente para el caso del marcador ‘y’: « [...] Es usado principalmente en el momento en que los pacientes deben describir la imagen proporcionada por la evaluadora». (p. 112 y 113)

En lo que se refiere a las pruebas para el diagnóstico y tratamiento de la afasia, se encuentra la adaptación del Test de Boston realizado por Rado (2006), en la cual los distintos subtest han sido adecuados a la realidad lingüística de los pacientes del INR en el Callao para su respectiva evaluación, lo cual « [...] permitirá establecer los perfiles clínicos de los pacientes para programar de manera más objetiva un programa de rehabilitación que permita la disminución importante del número y la gravedad de las discapacidades[...]». (p. 13)

### 2.1.2 Internacionales

En la investigación realizada por Pietrosemoli (2005), se explica, a través de un estudio comparativo con 55 hablantes, divididos entre 35 afásicos y 20 sanos, cómo el uso del marcador de adición ‘y’ se mantiene casi intacto en los pacientes con afasia. Explica, asimismo, que la permanencia del uso adecuado de



los otros marcadores permite que los pacientes participen normalmente en una conversación. Se concluye que la alta frecuencia del uso adecuado de los marcadores, se debe a que estos cumplen una gran cantidad de funciones (polivalentes) morfosintácticas y pragmáticas, por ende, hacen inteligible el discurso en distintos contextos.

La misma autora en el estudio “Análisis del discurso en poblaciones especiales: la conversación con afásico” del libro *Análisis del discurso. ¿Por qué y para qué?* (2007) propone diversos temas para la investigación conversacional en poblaciones especiales (afasia o enfermedad de Alzheimer): turnos conversacionales, pares adyacentes y marcadores del discurso. Sobre este punto refiere que « [...] aún en el caso de afectaciones severas, donde las habilidades lingüísticas puedan estar seriamente comprometidas, los hablantes hacen un esfuerzo para conectar fragmentos de habla que de otra manera serían tal vez menos inteligibles para un interlocutor[...]». (Pietrosemoli, 2007, p. 314)

Por otro lado, Gallardo y Marín (2005), abordan la problemática de los marcadores discursivos provenientes de verbos de percepción (‘mira’, ‘a ver’, ‘oye’) tomados de las grabaciones pertenecientes al corpus PerLA (Percepción, lenguaje y afasia)<sup>10</sup>. En este trabajo se destaca el hecho que los hablantes con mayores habilidades pragmáticas tienden a sobreexplotar la utilización de estos marcadores, los cuales a su vez constituyen una manifestación de cooperación

---

<sup>10</sup> La elección del acrónimo PerLA para denominar este corpus resulta de la base conceptual y teórica de aquellos investigadores, quienes, por lo general, han desarrollado estudios en el ámbito de la Lingüística perceptiva en España (Gallardo, 2005)

conversacional. Señalan, además, que otros análisis realizados desde esta misma perspectiva pragmático-discursiva pueden proporcionar detalles interesantes para la intervención fonoaudiológica.

González (2006) realizó una investigación acerca de los comprobativos en el lenguaje afásico. La autora incide en la importancia que tiene, para este tipo de estudios, la naturalidad de la situación; asimismo, aduce el uso necesario del corpus PerLA, pues, según ella, permite abordar diferentes aspectos de las alteraciones pragmáticas.

En cuanto a los diversos usos y funciones de marcadores comprobativos del discurso afásico, González señala que estos contribuyen para la obtención de un óptimo intercambio comunicativo, en especial las partículas ‘¿eh?’ y ‘¡eh!’ Concluye que « [...] la importancia de los marcadores en la interacción ha de estar presente tanto en la evaluación como en la rehabilitación, ya que con su uso se puede atenuar los déficit gramaticales y mejorar las habilidades comunicativas de las personas con afasia». (p. 42)

Pietrosemoli, en su investigación *Coherencia y cohesión en el discurso afásico* (1996), establece la interdependencia entre ambos aspectos para el entendimiento global del discurso. Según Schiffrin (1987), los marcadores del discurso, como ciertas secuencias lingüísticas interrogativas, aclaran situaciones en el discurso, y funcionan como señalizaciones que indican a los interlocutores cuál es la dirección que ha de seguirse; por ello, los marcadores discursivos y las

secuencias aclaratorias iniciadas por los hablantes u oyentes conducen el ‘barco’ del discurso al buen ‘puerto’ denominado coherencia.

## 2.2 Bases teórico-científicas

### 2.2.1 Bases lingüísticas

Los estudios sobre la capacidad conversacional de los hablantes para iniciar o terminar un tema; relacionar y conectar textos emitidos anteriormente; enunciar una digresión, añadir matices –por ejemplo, mediante la ironía–; introducir preámbulos o dar por terminada una discusión; imprimir énfasis o atenuación de la fuerza ilocutiva; entre otros, han ido aumentando en los últimos años. Estas posibilidades discursivas se manifiestan debido al rol fundamental que cumplen los marcadores del discurso<sup>11</sup> en los intercambios conversacionales, debido a que estos son constituyentes significativos del discurso oral:

[...] Desde hace ya treinta años, a partir del desarrollo de la lingüística del texto, de la gramática del discurso y, sobre todo, de los diversos enfoques de la pragmática [...] el estudio de estas unidades [marcadores] ha recibido una atención extraordinaria desde orientaciones teóricas muy distintas [...]. (Martín Zorraquino, 1999, p. 4056)

---

<sup>11</sup> Algunos autores sostienen que los marcadores del discurso no incluyen un significado susceptible de procesamiento, el cual se puede inferir solo a partir de un marco pragmático; en consecuencia, se hace referencia únicamente a un significado situacional. En este sentido, se entiende que los marcadores del discurso señalan cómo hay que interpretar la relación existente entre los enunciados que conecta. (Serrano, 2006)

Es así que partiendo del hecho de que el uso del lenguaje se asienta, en un primer momento, en procesos cognitivos y de motivación que no son específicos de la actividad lingüística –ya que no son lenguaje en sentido estricto– los marcadores proveen instrucciones al oyente (y al hablante) acerca de unas funciones que van más allá del contenido semántico de las palabras (Cortés, 2005); además, proporcionan coherencia y cohesión al enunciado y a la emisión, con lo cual se establecen los distintos valores y matices de cada uno de ellos. (Serrano, 2006)

Asimismo, es fundamental que hablantes y oyentes compartan un proceso de interacción adecuado; a saber, que posean los siguientes tipos de conocimiento: social (habilidad por la cual se utiliza el lenguaje para exponer una identidad social y personal), cognitivo (habilidad por la que los hablantes organizan la información conceptual y la representan a través del lenguaje), y textual (habilidad para entender y crear oraciones con estructuras que sean más largas que una oración simple). Estas habilidades pueden manifestarse organizadamente debido a la inserción de estructuras lingüísticas<sup>12</sup> (marcadores discursivos) en los actos de enunciación. (Schiffrin, 1987):

[...] Un conjunto de elementos lingüísticos que funcionan en los dominios cognitivos, sociales, expresivos y textuales que

---

<sup>12</sup> Según Trujillo (1988), el lenguaje se encarga de configurar la realidad y no al revés. Las palabras y sus significados son los «denotadores» y no lo denotado. Por lo cual, lo denotado no es causa, sino consecuencia de la construcción idiomática. Luria (1978), a este respecto, añade lo siguiente: «Mediante el proceso de nominación “clasificamos el mundo”». (p. 254)

comúnmente se conoce como marcadores del discurso: elemento secuencialmente dependientes, los cuales soportan las unidades de conversación. (Schiffrin, 1987, p. 361)<sup>13</sup>

Finalmente, son conocidas ya las dificultades que se presentan en individuos con alguna lesión en las áreas corticales del lenguaje; además, algunas investigaciones han evidenciado que, en ciertos casos, la capacidad para concatenar enunciados mediante los marcadores podría estar conservada, con lo cual, sería posible idear, sobre la base de esta capacidad discursiva, estrategias para la rehabilitación.

#### 2.2.1.1 Sobre coherencia y cohesión

Entiéndase por coherencia como la capacidad o competencia textual que permite que un texto adquiera sentido para los oyentes; por lo cual, ha de ser vista como un principio de interpretabilidad del texto, ligada a la inteligibilidad de este en una situación comunicativa que coadyuve con la capacidad que el receptor tiene para establecer e interpretar su sentido (Miranda, 2002)<sup>14</sup>. Tomando las palabras de de Beaugrande y Ulrich (1997), podemos añadir lo siguiente:

---

<sup>13</sup> « One set of linguistic items that function in the cognitive, social, expressive and textual domains is commonly referred to as discourse markers: sequentially dependent elements which bracket units of talk».

<sup>14</sup> « [...] a coerência é algo que se estabelece no interação, na interlocução, numa situação comunicativa entre dois usuários. Ela é o que faz como que o texto faça sentido para os usuários, devendo ser vista, pois, como um principio de interpretabilidade do texto. Assim, ela, pode ser vista também como ligada à inteligibilidade do texto numa situação de comunicação e à capacidade que o receptor do texto [...] tem para calcular seu sentido.» (Koch, 1997, pp. 11-12, en Miranda, 2002, pp. 212-213)

[...] Cuando los receptores detectan la ausencia de continuidad, el texto se convierte en un “sinsentido” [...] La continuidad del sentido está en la base de la COHERENCIA, entendida como la regulación de la posibilidad de que los CONCEPTOS y las RELACIONES que subyacen bajo la superficie textual sean accesibles entre sí e interactúen de un modo relevante. (p. 135)

Van Dijk (1980) refiere que la coherencia es una propiedad semántica de los discursos, la cual se basa fundamentalmente en la interpretación de cada frase individual en relación con la de otras frases. Ahora bien, esta relación entre enunciados se establece, debido a la inserción de marcadores del discurso, pues estos, como proceso de cohesión, contribuyen a reforzar la coherencia<sup>15</sup>.

La cohesión, por su parte, « [...] es la conexión que surge cuando la interpretación de un elemento del texto depende de otro elemento dentro de este [...]» (Renkema, 1999, p. 52). Entonces, se aviene que la cohesión está en relación con la conexión que existe entre las estructuras de un discurso; por ello, también se le denomina coherencia interna. Las relaciones de cohesión que se establecen entre oraciones es lo que diferencia a un texto de lo que no es. (Miranda, 2002)

---

<sup>15</sup> Sin embargo, ha de considerarse que la coherencia es una facultad apriorística de los textos, por lo cual, debe esclarecerse que los marcadores no crean coherencia, y esta no depende de tales marcadores: « [...] la frases o proposiciones en un discurso pueden formar un discurso coherente, sin embargo, incluso si no están conectadas con todas las otras frases o proposiciones [...]». (Van Dijk, 1980, p. 147)

En resumen, ambas facultades del discurso permitirán a hablantes y oyentes establecer situaciones de comunicación (dialogales) coherentes y cohesionadas que coadyuvarán a una interacción inteligible y adecuada, mediante el uso de marcadores del discurso que guían y concretan las relaciones entre las partes de un texto. (Briz, 1993)

#### 2.2.1.2 Sobre marcadores del discurso

La definición de marcadores del discurso puede establecerse desde diversas perspectivas. Ha de considerarse, sin embargo, que esta definición concuerde con una teoría pragmático-lingüística; por tal motivo, se hará énfasis en aquellas aproximaciones teóricas que permitan atribuirle a los marcadores discursivos una noción interactiva y metatextual. Es así que un marcador discursivo deberá expresarse como una forma lingüística capaz de orientar al hablante u oyente más allá de lo sintáctico oracional: « [...] El análisis del significado de cualquier forma lingüística perteneciente a un enunciado ha de ser pragmática puesto que parte de su significado es el resultado de un estímulo derivado de las inferencias de un proceso dinámico». (Cortés, 2005, p. 142)

Además, como ya se apuntó anteriormente, los marcadores no ejercen una función sintáctica en el marco de la predicación oracional, sino que se encargan de guiar las inferencias que se realizan en la comunicación, de acuerdo con sus distintas propiedades morfosintácticas, semánticas y pragmáticas. (Martín Zorraquino 1999)

Si bien se parte de la idea de que los marcadores del discurso indican, de modos ciertamente complejos, cómo el enunciado que los contiene se engarza con alguna parte del discurso anterior y, además, cómo estos se encargan de relacionar las unidades sintácticas y acomodarlas dentro de un marco textual, se brindará una explicación acerca de aquellos marcadores que no solo cumplen funciones referidas al texto, sino también en lo que respecta a la atribución de mente<sup>16</sup> al interlocutor durante los intercambios conversacionales; por ello, interesan también los marcadores interactivos que tienen como función principal guiar y ser soporte, de acuerdo con sus propiedades semánticas y pragmáticas, de la unidad de habla. (Schiffrin, 1987)

Asimismo, Stubbs (1983) argumenta que en el discurso existen partículas<sup>17</sup> que no podrían ser entendidas solo con explicaciones puramente sintácticas; es decir, que no solo se encargan de relacionar unidades oracionales; sino que además, estas partículas son fundamentales para conocer la intencionalidad del hablante y la carga subjetiva o modal que este añade a sus enunciados y que permite ser inferida por el interlocutor:

[...] La sintaxis no tiene mucho que decir acerca de ellos porque no hacen predicciones sintácticas. La mayoría, si no todos, se pueden usar en emisiones completas. Tampoco la semántica

---

<sup>16</sup> Es decir, la capacidad de atribuir creencias, pensamientos o imaginar el estado mental de otro individuo. (Alcantud, 2003)

<sup>17</sup> Considerar que los marcadores son partículas es, desde la perspectiva de algunos investigadores, imprecisa, pues los marcadores no solo contienen instrucciones de procesamiento, sino que, además, a pesar de que, en algunos casos son semánticamente vacíos, guían el sentido de un enunciado. De ahí que no se pueda prescindir de tales elementos para otorgarle coherencia y cohesión a los discursos.



tiene mucho que decir al respecto, puesto que cuando no se utilizan en sentido literal, no presentan ninguna tesis, es decir, no tienen contenido proposicional. (p. 76)

Ahora bien, los marcadores se caracterizan por su naturaleza polivalente; en otras palabras, los mismos marcadores tienen diversas funciones conectivas en el discurso; son ítems léxico-semánticos que contribuyen con la cohesión, y se encargan de orientar la información, las intenciones, las interrelaciones y las estructuras del discurso (Pietrosemoli, 2006). Los marcadores del discurso podrían ser considerados una macrocategoría, como resultado de una solidificación discursiva de significados (adverbios, preposiciones, interjecciones) más o menos plena. Además, organizan el texto y la conversación, y se identifican como señales de cooperación, de abstención o desacuerdo. Con todo, el marcador evitará la sobrecarga de procesamiento del discurso. (Cortés, 2005)

Para Levinson (1983)<sup>18</sup>, la función esencial de los marcadores se encuentra en indicar la relación de secuencia entre un acto discursivo subsiguiente con el discurso previo. Este mismo autor añade lo siguiente:

[...] Hay muchas palabras y frases en inglés [...] que indican la relación entre una locución y el discurso anterior. Son ejemplos de usos previos a la locución *pero, en conclusión, por el*

---

<sup>18</sup> Levinson resalta la importancia de estas estructuras lingüísticas para la comprensión del discurso. Argumenta, además, que no bastan las descripciones puramente formales para indicar su funcionalidad en un acto discursivo. (*Pragmatics*, 1983)

*contrario, aún, sin embargo, de cualquier modo, bueno, además de, después de todo [...]* Lo que parecen indicar a menudo de muy diversas formas, cómo la locución que los contiene es una respuesta a o una continuación de una parte del discurso anterior. (pp. 87-88)<sup>19</sup>

En consecuencia, los marcadores del discurso son fundamentales en contextos de enunciación –por ejemplo, durante una conversación–, pues, incluso un hablante cuya capacidad lingüística ha sido afectada (por una lesión, traumatismo, etc.), es capaz de crear o entender estas estructuras; debido a que, según Cortés, se ha comprobado que las operaciones mentales implicadas en la comprensión del sentido de un determinado marcador son automatizadas<sup>20</sup>. Además, aquellos hablantes que tienen mayores habilidades pragmáticas podrán recurrir a los marcadores discursivos como una estrategia de compensación de algún déficit gramatical. (Gallardo y Marín, 2005)

Para esta investigación son fundamentales, por un lado, aquellos elementos que proveen información acerca de la actitud del hablante con respecto a lo que

---

<sup>19</sup> There are many words and phrases in English [...], that indicate the relationship between an utterance and the prior discourse. Examples are utterance-initial usages of *but, therefore, in conclusion, to the contrary, still, however, anyway, well, besides, actually, all in all, so, after all, and so on* [...]. What they seem to do is indicate, often in very complex ways, just how the utterance that contains them is a response to, or a continuation of, some portion of the prior discourse.

<sup>20</sup> De acuerdo con Caplan (1987): «Algunos aspectos del lenguaje se mantienen después de que otros hayan sido dañados por una lesión [...] los elementos que se conservan son los mismos que se desarrollan en primer lugar en la infancia y los que se pierden son los últimos en desarrollarse». (p. 28)

dice, y que guían al oyente en la interacción<sup>21</sup>; en otras palabras, aquellos en los que predomina una función conversacional o interactiva, los cuales se designan aquí marcadores conversacionales. Por otro lado, interesan también aquellos que organizan el discurso y conducen al interlocutor hacia una adecuada interpretación de este, denominados marcadores textuales<sup>22</sup>.

### 2.2.1.3 Características de los marcadores del discurso<sup>23</sup>

Debido a la heterogeneidad en cuanto a las clasificaciones de los marcadores, se toma como base para la caracterización gramatical y discursiva de estas unidades lingüísticas lo siguiente:

- No forman parte del contenido proposicional del enunciado en el que se insertan, sino que representan comentarios adicionales o enfatizan el contenido de la estructura oracional. (Martín Zorraquino 1998)

---

<sup>21</sup> Esto significa que, en la comunicación, los procesos de inferencia dependen de la forma lingüística del discurso. (Martín Zorraquino, 1999)

<sup>22</sup> Cortés (2005) realiza una división de dos grandes grupos, marcadores interactivos y marcadores textuales que, no obstante, no son totalmente excluyentes; se ha tomado este último término para referirnos a aquellos que Martín Zorraquino y Portolés subclasifican en estructuradores, conectores, reformuladores y operadores argumentativos.

<sup>23</sup> Como se refirió en el acápite 1.5, no se han tomado en cuenta los rasgos suprasegmentales de los marcadores –a pesar de que determinan, en no pocas situaciones, la interpretación que ha de hacerse de ellos–, pues un estudio de este tipo, según ya se dijo, requiere de mayores referencias bibliográficas de estudios conversacionales en pacientes afásicos.

- Pueden preceder al enunciado o enlazar otros y marcar el término de estos, puesto que los marcadores actúan más allá de los límites de la oración. (Martín Zorraquino, 1999)

- Son elementos que no representan un contenido referencial, sino que muestran un significado procedimental. Es decir, orientan y ordenan las inferencias que es posible obtener de ellos. (Martín Zorraquino, 1999)<sup>24</sup>

- Aparecen en posición interenunciativa, ya sea en posición inicial, parentética o final de enunciado en el que se insertan. Además, pueden yuxtaponerse siempre y cuando beneficien la congruencia semántica. (Martín Zorraquino, 1998)

- Pese a que provienen de una diversidad categorial (nominal, adverbial, preposicional, entre otros), no poseen variación gramatical ni léxica, ni se coordinan entre sí. (Martín Zorraquino, 1999)<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> El significado de los marcadores contribuye con el procesamiento de lo que se comunica. No aporta significación sobre la realidad comunicada. (Martín Zorraquino, 1999)

<sup>25</sup> « [...] esta invariabilidad no tiene por qué plantearse en términos absolutos pues en buena parte de las ocasiones se trata de un proceso que discurre por fases definidas por un mayor o menor grado de gramaticalización. Por consiguiente, una cierta variabilidad no descarta la pertenencia de una unidad a la clase de los marcadores [...]». (Piñero, 2009, p. 170)

#### 2.2.1.4 Clasificación de marcadores del discurso

Para clasificar los marcadores del discurso, es fundamental considerar que la posibilidad de registrarlos en una categoría específica se aleja de los objetivos de esta investigación, por lo que cualquier intento de enmarcación corre el riesgo de ser insuficiente. Esto responde a que dichos elementos discursivos pueden presentar diversa estructura interna; ofrecer diferentes comportamientos de distribución, o implicar relaciones semánticas tan similares como contrarias. (Martín Zorraquino, 1998)<sup>26</sup>

Entre algunas funciones que son atribuibles a los marcadores del discurso tenemos, por ejemplo, una ruptura en el discurso, el marcar el inicio o un cambio de tema, el servir como preámbulo para cambiar ideas anteriores, el dar por concluido el tema de conversación, y la expresión de aspectos subjetivos (ironía, reproche, aprecio), todas estas entrañan, además de suponer una elección individual en su uso, una relación entre forma y función discursiva. (Cortés, 2005)

En este sentido, la clasificación de los marcadores del discurso ha de fundamentarse en los diferentes tipos de significación en que pueden ser utilizados como instrumentos expresivos; debido a que estas unidades establecen una relación –que puede manifestarse a través de conectores, adverbios y frases

---

<sup>26</sup> « La profusión terminológica en esta categoría es desmesurada [...] dicha profusión de nombres en nada conduce a clarificar ni su funcionamiento ni su clasificación, pues según nos adentramos en la lectura de la bibliografía existente podemos comprobar que cada estudioso persiste en utilizar su propia nomenclatura sin más justificación que la propia definición que le adjudica». (Serrano, 2006, p. 152)

lexicalizadas– entre algún aspecto del discurso del que forman parte con algún aspecto del discurso anterior. (Fraser, 1990)

Ahora bien, habida cuenta de que existen varios tipos de grupos de marcadores expuestos tanto en gramáticas con enfoque tradicional como en gramáticas funcionales, para los fines de esta investigación, y ante la nulidad de trabajos referidos a estos elementos en castellano peruano, se ha tomado como base la clasificación de Martín Zorraquino y Portolés (1999), debido a que ha aportado de forma crucial en cuanto a la sistematización y mejor comprensión de estas unidades; además, es la más comúnmente aceptada y difundida en la actualidad, de acuerdo con los antecedentes internacionales que sirvieron de base para realizar este estudio. Los autores antes mencionados diferencian cinco grupos de marcadores, los cuales, a su vez, en lo concerniente a esta investigación, se dividirán en dos grandes grupos:

#### A. Marcadores textuales

Son considerados como piezas de articulación lógico-lingüística entre fragmentos de discurso y que encauzan la comprensión referencial del oyente. Se encargan, además, de la aprehensión semántica del discurso (Cortés, 2005). Sin embargo, no se trata aquí de intentar establecer una categorización estricta entre las funciones discursivas y propiedades semánticas de los marcadores, sino de cómo el discurso oral se manifiesta como una sucesión progresiva de segmentos delimitados por este tipo de marcadores, los cuales pueden estructurar la

información, relacionarla, reformularla o argumentar el porqué de determinada secuencia discursiva.

A continuación, se presenta la clasificación de este tipo de marcadores sobre la base de la función textual que cumplen en el discurso, según expuesto por Martín Zorraquino y Portolés (1999):

#### A.1 Estructuradores de la información (EI)

Son marcadores cuya función principal es la organización informativa del discurso, pues cada una de sus partes comenta asuntos tratados en la conversación o el texto. Se trata de marcadores que carecen de significado argumentativo:

- ✓ Comentadores, (EIC), que introducen un nuevo comentario en el discurso, lo cual lo distingue del discurso previo.
- ✓ Ordenadores, (EIO), que reúnen varios miembros del discurso como porciones de un comentario global.
- ✓ Digresores, (EID), que introducen un comentario lateral respecto del tema tratado en el discurso anterior.

#### A.2 Conectores (C)

Este tipo de marcadores vinculan pragmática y semánticamente un miembro del discurso con otro ya expuesto; de suerte que el marcador guía las

inferencias que se deben o podrían realizar de acuerdo con los dos miembros discursivos conectados –el elemento engarzado puede no estar explícito y hallarse solo accesible a partir del contexto–; entre estos tenemos los siguientes:

- ✓ Aditivos, (CA), que unen a un miembro anterior con otro de su misma orientación.
- ✓ Causales, (CC), que muestran la existencia de un vínculo causal entre sucesos descritos entre dos enunciados adyacentes, de tal manera que el segundo suceso antecedente es causal del primero<sup>27</sup>.
- ✓ Consecutivos, (CCC), que conectan un consecuente con su antecedente.
- ✓ Contraargumentativos, (CCA), que relacionan dos miembros de un discurso; en dicha relación, el segundo se presenta como ‘debilitador’ de alguna inferencia o conclusión que se podría colegir del primero.

### A.3 Reformuladores (R)

Son aquellos que presentan, con una explicación más adecuada, lo mencionado en un discurso anterior. Entre estos podemos distinguir los siguientes:

- ✓ Explicativos, (RE), que presentan el nuevo miembro del discurso como una explicación y aclaración del anterior.

---

<sup>27</sup> Subclasificación añadida por el investigador, pues la que se toma como base no toma en cuenta este tipo de marcadores como conectores. Cortés los circunscribe dentro de marcadores de justificación (2005, p. 197).



- ✓ Rectificativos, (RRT), que corrigen o al menos mejoran un miembro del discurso anterior.
- ✓ De distanciamiento, (RD), que expresamente privan de pertinencia un miembro del discurso anterior.
- ✓ Recapitulativos, (RRP), que introducen una recapitulación o conclusión de un miembro discursivo anterior o de una serie de ellos. En estos se puede mantener la misma orientación argumentativa.

#### A.4 Operadores argumentativos (OA)

Son marcadores que condicionan las posibilidades de argumentación del miembro en el que se insertan, sin relacionarlo con otro anterior. Entre estos tenemos los siguientes:

- ✓ De refuerzo, (OAR), que refuerza como argumento el miembro del discurso en el que se encuentran frente a otros posibles argumentos.
- ✓ De concreción, (OAC), que muestran el miembro del discurso en el que se localiza como un ejemplo de una expresión más general.

#### B. Marcadores conversacionales o interactivos [MC]

Aquellos que se utilizan frecuentemente en la conversación, y que, además, se caracterizan por cierta autonomía, pues pueden aparecer solos en una intervención. (Martín Zorraquino, 1999)

Otros autores –como Cortés (2005), en su clasificación interactiva de los marcadores– señalan que cumplen la función de orientar al oyente sobre las inferencias que han hacerse a propósito de las relaciones afectivas entre hablantes.

El hablante transmite una idea al oyente y se completa cuando ambos tienen claro la temática de la conversación. Entran aquí la atenuación, el propósito de intercambios de información, franqueza, duda, imposición, inseguridad, etc. Los marcadores conversacionales (interactivos), por lo general, revelarán emociones que remiten a actitudes y sentimientos, según Cortés (2005), pues, podría clasificarse también desde una perspectiva socioafectiva.

El hablante utiliza los marcadores conversacionales, entonces, en contexto de habla espontánea, en los cuales pretenderá establecer una conexión empática con su interlocutor, llamar la atención sobre un aspecto del tema de conversación, o persuadirlo de que cambie su actitud frente a algún suceso. Martín Zorraquino (1999), al respecto, señala lo siguiente:

[...] Esta función interactiva favorece, por ejemplo, el cambio frecuente del tema de la comunicación y el uso de expresiones que indican que el hablante ha recibido el mensaje emitido por el oyente, o que ha comprendido dicho mensaje, o que desea mantener el contacto comunicativo. (p. 4143)

Tabla 1. Marcadores del discurso<sup>28</sup>

Tipo de marcadores del discurso	Función de marcadores del discurso	Ejemplos de marcadores del discurso
Estructuradores de la información	Comentadores Ordenadores Digresores	Pues, pues bien, así las cosas. En primer lugar/en segundo lugar, por una parte/por otra parte, de un lado/de otro lado. Por cierto, a todo esto, a propósito.
Conectores	Aditivos Consecutivos Causal Contraargumentativos	Además, encima, aparte, incluso. Por tanto, por consiguiente, por ende, en consecuencia, de ahí, entonces, pues, así, así pues. Porque, ya que, pues. En cambio, por el contrario, antes bien, sin embargo, no obstante, con todo.
Reformuladores	Explicativos Rectificativos De distanciamiento Recapitulativos	O sea, es decir, esto es, a saber. Mejor dicho, mejor aún, más bien. En cualquier caso, en todo caso, de todos modos. En suma, en conclusión en definitiva, en fin, al fin y al cabo.
Operadores argumentativos	De refuerzo argumentativo De concreción	En realidad, en el fondo, de hecho. Por ejemplo, en particular.
Marcadores conversacionales		Claro, desde luego, por lo visto, bueno, bien, hombre, mira, oye, eh, este.

<sup>28</sup> Nota: Adaptado de Martín Zorraquino y Portolés (1999). «Los marcadores del discurso», p. 4081-4082.

## 2.2.2 Bases neurológicas

### 2.2.2.1 Afasia<sup>29</sup>

La afasia es considerada un trastorno neurolingüístico ocasionado por una lesión cerebro-vascular; se constituye, pues, como un alteración del lenguaje originado por una lesión cerebral en una persona que usaba el lenguaje normalmente. (Vendrell, 2001)

En 1906, Marie –uno de los más importantes opositores de las teorías que argumentaban que las funciones del cerebro están estrictamente localizadas– expuso la idea que la afasia de Wernicke era una ‘verdadera afasia’, mientras que el síndrome de Broca debía considerarse como una afasia complicada con anartria. Además, este mismo autor argumenta que en la afasia existen alteraciones del lenguaje interior y que no es alteración de un centro, sino un trastorno intelectual global. Desarrolló también argumentos en contra respecto de la diferenciación entre afasia motora y sensorial, pues señalaba que toda persona con afasia presentaba cierto grado de afectación en la comprensión. Asimismo, propuso unas pruebas de dificultad progresiva (examen sistemático) para no pasar por alto síntomas leves de otra forma imperceptibles. (Ardila, 2006)

---

<sup>29</sup> Dice Luria (1978): «La teoría de los trastornos afásicos reviste un elevado interés para la clínica neurológica como para la lingüística y la psicología del lenguaje.» (p. 11).

Benton (1971) explica que Jackson<sup>30</sup> estableció que la facultad del lenguaje no es un inventario de palabras, sino que consiste en la utilización de estas para expresar el pensamiento a través de la formación de proposiciones. La afasia, entonces, sería la incapacidad para poder formar proposiciones.

Por otro lado, se considera que la afasia vendría a ser una reducción cualitativa del sistema lingüístico, que podría interpretarse como una regresión a un sistema más elemental en el adulto. Esto supone que la afasia altera la forma y, por ende, el contenido de las expresiones lingüísticas, lo que afectará de forma significativa la comunicación. (Jakobson, 1973)

Asimismo, es un hecho que la afasia es un trastorno general en el que se encuentra también implicada de forma resaltante la facultad del lenguaje; sin embargo, a pesar de los evidentes problemas lingüísticos implicados, una contribución irrefutable de los lingüistas a las investigaciones sobre la afasia se desconocen. (Jakobson, 1973)

De acuerdo con Luria, las afasias aparecen solo como consecuencia de la lesión de ciertas áreas del hemisferio izquierdo. El periodo inicial después de una herida, puede considerarse como un periodo de afectación cerebral general, explica Luria que, durante este periodo, « [...] el paciente no está en condiciones

---

<sup>30</sup> Hughlings Jackson, neurólogo inglés, fue uno de los principales oponentes del localizacionismo de mediados del siglo XIX, y menciona « [...] La hipótesis de que la organización cerebral de los procesos mentales complejos debe abordarse desde el punto de vista del nivel de su construcción, más que de su localización en áreas particulares del cerebro.» (Luria, 1988, p. 25)

de recordar las palabras que designan diversos objetos o de reconocer el significado de otras que se les dicen [...]» (Luria, 1978, p. 34); podemos decir, entonces, que en un inicio, una lesión cortical, en la que se comprometan los centros del lenguaje, la afasia será global.

Por otra parte, Head (1925, en Luria, 1978) definió la afasia como una alteración de la formulación y la expresión simbólicas. Y concordaba con otros autores al considerar que la palabra no era la unidad del lenguaje y que esta alteración es mucho más que la pérdida de las imágenes de las palabras. Luria (1978) añade lo siguiente:

[...] sería incorrecto pensar que siempre que una persona mira un objeto, la palabra que representa acude directamente a su conciencia. Es un hecho psicológico bien establecido que la primera cosa que aparece en la conciencia es una esfera general de significado en las que un gran complejo de nombres características se hallan entrelazados. (p. 338)

Según Vendrell (2001), en las afasias se conservan algunos elementos del habla; sin embargo, por tratarse de un trastorno neurolingüístico, se requiere considerar que están alterados todas las modalidades del lenguaje, sobre todo en las primeras etapas de la lesión.

Entonces, la afasia sería la pérdida de la capacidad de uso regular del lenguaje, debido a una lesión de las áreas cerebrales implicadas en la producción y recepción lingüísticas; asimismo, actualmente, en lugar de enmarcar con condiciones categóricas los tipos de afasia, se enfatiza en la descripción de las alteraciones del lenguaje notorias de los hablantes con aquel trastorno; desde esta perspectiva, se le otorga mayor relevancia al tratamiento caso por caso de la afasia. (Flores, 2002). Desde otro punto de vista, se define la afasia como un trastorno del lenguaje superior, es decir, haciendo una comparación con la perspectiva chomskiana, como una alteración del aspecto creativo del lenguaje<sup>31</sup>; mientras que el lenguaje inferior, denominado también emotivo o automático, se mantiene mejor preservado.

Con todo, luego de esta revisión de lo que es la afasia, destaca el hecho de que las distintas definiciones concuerdan en que es producto de una lesión cortical que ocasiona un deterioro significativo de la capacidad lingüística tanto hablada como escrita; no obstante, debido a la diversidad de las conceptualizaciones y clasificaciones, resulta mucho más complejo tratar de nominalizar los tipos de afasia que se hayan podido observar hasta el momento. Ha de considerarse, además, que, en sí mismo, el lenguaje resulta una facultad no totalmente aprehensible para quienes se interesan en este campo; en ese sentido, se espera, en el mejor de los casos, brindar algunas aproximaciones acerca de su funcionamiento en este tipo de trastorno.

---

<sup>31</sup> Al respecto Chomsky, en su obra *Lingüística cartesiana* (1972), aduce que esta capacidad es ilimitada en cuanto a su alcance, a pesar de no precisar de un estímulo abundante; un ‘órgano’ mental que nos permite, de forma natural y espontánea, adquirir una lengua específica.

A continuación, se presenta la clasificación de afasias en la que se considera como característica principal la fluencia según Ardila:

#### 2.2.2.2 Clasificación de afasia

La gran variedad de clasificaciones de afasias ha dado como resultado una creciente confusión para quienes se interesan en el campo; más aún, de acuerdo con Manning (1992), se han propuesto alrededor de 113 clasificaciones distintas de afasia. Al respecto Perea (2001) indica lo siguiente:

[...] El intento clasificador en el estudio de la afasia constituye actualmente un aspecto controvertido, ya que, así como la clasificación de cada afásico en una determinada forma clínica [...] tiene sus ventajas [...] los intentos de clasificar chocan con otros intereses del estudio neuropsicológico que pretenden profundizar en la actividad lingüística de cada caso concreto para un mejor entendimiento del procesamiento lingüístico. (p. 484)

Siguiendo las interpretaciones teóricas de Wernicke, Manning (1992) aduce que la clasificación de síndromes afásicos se realiza en función de cuatro dimensiones: lenguaje espontáneo, repetición, denominación y comprensión.

Por otro lado, tradicionalmente, las afasias se han clasificado en dos grandes grupos según el grado de producción oral, con lo cual pueden ser fluentes y no fluentes. Estos dos términos, más que ser excluyentes, pertenecen a dos



extremos de un continuo, ya que ninguna de las dos presenta características que son totalmente intrínsecas de cada una: « [...] un síndrome exacto es tan infrecuente en la afasia como en cualquier otro trastorno neuropsicológico o neurológico. De hecho, al menos la mitad de los trastorno afásicos hallados en la práctica clínica, deben considerarse como afasias mixtas [...]». (Ardila, 2005, p. 35)

Para esta investigación es fundamental la producción y uso del lenguaje, por ello, se describirán con detalle las características de aquellas afasias que, a pesar de la alteración, presenten una mejor fluencia al momento de un intercambio conversacional.

#### A. Afasia anómica

De acuerdo con Flores (2002), es un tipo de afasia que se caracteriza por una alteración en el aspecto semántico del lenguaje. Cuetos (1998), por su parte, describe el trastorno anómico de la siguiente forma:

[...] los pacientes tienen dificultades para denominar, pero también para acceder al significado en cualquiera de las modalidades lingüísticas [...] los problemas de denominación pueden ser específicos para algunas categorías determinadas. (p. 25)

La anomia es el síntoma más importante en esta forma de afasia, el cual consiste en una dificultad para recuperar o hallar las palabras en nuestro inventario léxico y que, en cierta medida, aparece en todos los casos de afasia. (Cuetos, 1998). «El trastorno de la capacidad para denominar (anomia) es el más común de los trastornos afásicos». (Vendrell, 2001, p. 984)

La posibilidad de que se presenten parafasias fonéticas y verbales es menor, en comparación con otros tipos de afasia. Los enunciados de los pacientes con este tipo de afasia tienen una gramaticalidad aceptable y fluente; aunque interrumpidos por anomias y compensadas con circunloquios. (Basso, 2010). El paciente puede saber ciertamente qué palabra desea emitir, puede señalar un objeto cuando se le solicita, puede saber a qué se refiere el emisor o el evaluador en un contexto de comunicación; no obstante, debido a su afectación, recurre a descripciones, muecas, circunloquios o, en algunos casos, a sinónimos para compensar su ‘olvido’ (Flores, 2002). De acuerdo con algunos autores no existen mayores dificultades en la comprensión, repetición o producción; aunque si se evalúa las capacidades lingüísticas en profundidad, podría notarse un grado de afectación mayor. (Basso, 2010)

## B. Afasia de conducción

Este tipo de afasia aparece por una aparente desconexión entre las áreas motoras y sensoriales del lenguaje, incluyendo las afasias transcorticales o afasias de las áreas limítrofes del lenguaje. La lesión puede estar ubicada en la zona

supramarginal y sustancia blanca subyacente, la corteza auditiva y de la ínsula.  
(Ardila, 2005)

Entre las características del habla, podemos notar una locución fluente y una disociación entre la comprensión y la repetición; en otras palabras, puede ser que el grave déficit de repetición contraste con la buena comprensión. La producción oral es fluente, y está frecuentemente interrumpida por anomias, y un error característico de la afasia de conducción: las sucesivas variaciones fonémicas de la palabra buscada producto del sujeto en el intento de autocorregirse. Es decir, el paciente puede presentar perseveraciones<sup>32</sup> en su producción, ya que no es capaz de encontrar el gesto articulatorio para la adecuada producción del habla. Asimismo, se argumenta que inusualmente la afasia de conducción aparece como cuadro inicial, representa más bien un momento de la recuperación de la afasia de Wernicke. (Basso, 2010)

Cazayus (1981) argumenta que toda afasia verdadera es un trastorno global que repercute en las conductas léxicas y gráficas. Las lesiones que ocurren en las fibras que recorren todo el territorio cortical y subcortical provocan formas de afasia denominadas de conducción y caracterizadas por trastornos del lenguaje interior y parafasia, pero con deterioro ligero de la comprensión verbal.

---

<sup>32</sup> La perseveración es uno de las alteraciones más comunes asociados a la afasia. Se refiere a la recurrencia y estancamiento de una respuesta previa, a pesar de que el requerimiento de la tarea es distinto del anterior.

Asimismo, en la afasia de conducción, se presentan frecuentemente trastornos motores apráxicos y cinestésicos; alteraciones en el análisis y síntesis de impresiones sonoras; desintegración fonética, por lo que se explica que no puedan pronunciar con exactitud: cuanto más consciente es la búsqueda, tanto más difícil será el hallazgo del fono adecuado. El hecho de que el paciente falle no por la producción o fluidez, sino por la correcta selección, hace que sea similar a la afasia de Wernicke (Borregón, 1997). Además, se presentan fallas en la articulación de sonidos semejantes (aquellos que comparten el mismo punto de articulación). Por último, la comprensión del lenguaje oral y escrito es menos grave que en la afasia de Wernicke.

### C. Afasia de Wernicke

Esta tipo de afasia es producto de una lesión en el tercio posterior de la circunvolución temporal. Es un síndrome caracterizado por presentar habla fluente, el cual llega a ser logorreica<sup>33</sup>; en algunos casos, está caracterizada por errores como las parafasias, los neologismos o la jerga fonémica. En este tipo de afasia la prosodia está conservada; no obstante, la comprensión es muy deficitaria.

Asimismo, la repetición de elementos aislados, la lectura en voz alta y el dictado están altamente comprometidos. Algunos autores sostienen que la mejora en la comprensión implica que se reduzcan los errores fonémicos, lo cual implica trabajar en la mejora de parafasias verbales, anomias y circunloquios. (Basso,

---

<sup>33</sup> La logorrea es una alteración de la producción verbal, la cual se manifiesta excesiva y desordenada, por lo que se limita la comprensión entre hablantes. (Ardila, 2006)

2010). Otros investigadores, como Borregón (1997), aducen que este tipo de afasia se puede definir como un trastorno de las imágenes sensoriales de las palabras, que implica una disminución en la capacidad para comprender y producir enunciados; aunque en cuanto a la producción, podría ser poco percibida por la aparente locuacidad, que se caracteriza por neologismos y jergafasias.

### 2.3 Definición de categorías de análisis

Marcador del discurso. Elementos pragmático-lingüísticos, cuyas funciones principales son relacionar el contenido de un enunciado con el anterior.

Marcadores textuales. Marcadores que resaltan el pensamiento discursivo del hablante, es decir, de qué modo aborda el contenido y lo organiza para lograr mayor coherencia.

Estructuradores de la información (EI). Marcadores que se utilizan para desarrollar la información contenida en el discurso.

Comentadores (EIC). Introducen un nuevo comentario en el discurso, lo cual lo distingue del discurso previo.

Ordenadores (EIO). Reúnen varios miembros del discurso como porciones de un comentario global

Digresores (EID). Introducen un comentario lateral respecto del tema tratado en el discurso anterior.

Conectores (C). Marcadores que engarzan pragmática y semánticamente un elemento del discurso con otro anterior.

Aditivos (CA). Unen a un miembro anterior con otro de su misma orientación.

Causales (CC). Muestran la existencia de un vínculo causal entre sucesos descritos entre dos enunciados adyacentes, de tal manera que el segundo suceso antecedente es causal del primero.

Consecutivos (CCC). Conectan un consecuente con su antecedente.

Contraargumentativos (CCA). Relacionan dos miembros de un discurso, en donde el segundo se presenta como ‘debilitador’ de alguna inferencia o conclusión que se podría colegir del primero.

Reformuladores (R). Marcadores que presentan el discurso al que anteceden con una nueva formulación de un miembro anterior.

Explicativos (RE). Presentan el nuevo miembro del discurso como una explicación y aclaración del anterior.

Rectificativos (RRT). Corrigen o mejoran un miembro del discurso anterior.

De distanciamiento (RD). Privan expresamente de pertinencia un miembro del discurso anterior.

Recapitulativos (RRP). Introducen una recapitulación o conclusión de un miembro discursivo anterior o de una serie de ellos. En estos se puede mantener la misma orientación argumentativa.

Operadores argumentativos (OA). Marcadores que condicionan las posibilidades del miembro del discurso en el cual se circunscriben.

De refuerzo (OAR). Refuerza como argumento el miembro del discurso en el que se encuentran frente a otros posibles argumentos.

De concreción (OAC). Muestran el miembro del discurso en el que se localiza como un ejemplo de una expresión más general.

Marcadores conversacionales o interactivos [MC]. Marcadores que revelan una actitud hacia cualquier elemento del circuito de la comunicación discursiva y manifiestan la relación que existe entre las emociones del hablante respecto de este intercambio

### CAPÍTULO III

#### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1 Metodología

Respecto de la metodología cualitativa, Rodríguez, et al. (1996) señalaron que « [...] los procesos, al igual que los diseños de investigación cualitativa, a menudo emergen de la reflexión del investigador tras sus primeras aproximaciones a la realidad objeto de estudio [...]» (p. 61). Debido a la complejidad para establecer un lineamiento fijo en este tipo de investigación, advertimos que durante el proceso de este estudio se han modificado algunos pasos según cómo fueron presentándose los fenómenos estudiados.

##### 3.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación que se ha llevado a cabo para abordar el objeto de estudio fue cualitativo (descriptivo), pues este tiene como característica



fundamental la flexibilidad, la cual permitió que el diseño se adapte al fenómeno que se ha estudiado. Este trabajo no tiene como fin relacionar o controlar determinadas variables, sino aportar un conocimiento sobre el comportamiento conversacional de los pacientes afásicos y brindar una descripción, desde un punto de vista pragmático-lingüístico, acerca de los usos de los marcadores de discurso en afásicos fluentes (anómicos, de conducción y de Wernicke). La investigación tuvo como primera etapa la revisión bibliográfica referente a la definición, clasificación y caracterización de la afasia; así como también la revisión de referencias sobre marcadores del discurso. Con esto se consiguió establecer una base teórica sólida para brindar una explicación adecuada sobre las unidades lingüísticas que son el fin de este estudio.

### 3.3 Diseño de investigación

Este estudio se funda sobre una base cualitativa por lo que se requiere un plan que se adapte a las circunstancias en función del posible cambio que se produzca en la realidad que es objeto de la investigación. En la primera fase, se realizó la búsqueda bibliográfica respecto del tema de investigación para la delimitación del tema de estudio. En la segunda fase, se seleccionaron los sujetos de estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Luego, durante la tercera fase, se efectuó el recojo de información, en lo que se refiere a la observación de los pacientes, registro de las entrevistas y la aplicación del Test de Boston. Posteriormente, en la cuarta fase, se procede con el análisis e

interpretación de los datos. Finalmente, se realizó la discusión de los resultados para brindar las conclusiones respectivas y proponer algunas recomendaciones.

Tabla 2. Fases de la investigación

1.ª FASE. DELIMITACIÓN DEL FOCO DE ESTUDIO		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consulta bibliográfica</li> <li>– Consulta con expertos (especialista en afasia)</li> </ul>
2.ª FASE. SELECCIÓN DEL CASO DE ESTUDIO		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Caso 1 (POC)</li> <li>– Caso 2 (SHD)</li> <li>– Caso 3 (MRM)</li> <li>– Caso 4 (MTC)</li> </ul>
3.ª FASE. RECOGIDA DE INFORMACIÓN	Observación no participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trámites de consentimiento</li> <li>– Notas de campo</li> <li>– Registro con videgrabadora</li> </ul>
	Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Casos seleccionados</li> <li>– Familiares del paciente</li> </ul>
	Psicométrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aplicación del Test de Boston (habla espontánea)</li> </ul>
4.ª FASE. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	Búsqueda de categorías de análisis de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Triangulación de métodos</li> <li>– Integración de las distintas fuentes</li> </ul>
	Ajuste de las categorías	
	Definición de las categorías	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaboración de tablas y análisis de datos</li> </ul>
	Análisis de las observaciones y entrevistas	
	Contraste de los resultados de las entrevistas y las observaciones	
5.ª FASE. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES		

### 3.4 Procedimiento de recolección de datos

En primer lugar, para la recolección de datos, se solicitaron los permisos correspondientes al centro hospitalario; en segundo lugar, y antes de efectuar la grabación, se le entregó a cada paciente –y familiar– el consentimiento informado. Este documento contiene los aspectos por estudiar y los objetivos que se desean conseguir de la investigación. Cada uno de ellos, luego de la lectura y conformidad correspondientes, procedieron a colocar su firma en el documento mentado. Seguidamente, al inicio de la entrevista, se realizó la observación del comportamiento lingüístico y físico de cada paciente; atendiendo, además, a la manera en la que pretendían establecer o seguir un intercambio conversacional.

Posteriormente, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en las que el evaluador consiguió, de forma dinámica, que el paciente demuestre su competencia comunicativa, cuya dimensión textual pertenece a una modalidad oral y un registro coloquial.

Se utilizó la técnica psicométrica establecida por la aplicación de la primera parte del Test de Boston: «Habla, conversación y exposición», adaptado por Rado (2006). Las entrevistas se grabaron, en audio o video, y se consideraron las reglas del género conversacional dialógico; es decir, toma de turnos y orden de intervención, debido a que se requiere un contexto lo más natural posible. Cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente, respecto de dos de las partes del Test de Boston, esto es, conversación y habla espontánea y

descripción de lámina. Huelga decir que todas las grabaciones contaron con la aprobación de cada paciente.

### 3.5 Sujetos de investigación

Para la realización del estudio, se han seleccionado 4 pacientes de un centro hospitalario del Callao mediante un muestreo no probabilístico; los pacientes asistieron a dicho centro durante 5 meses para su tratamiento. La selección de estos se realizó a través de criterios de inclusión y exclusión que a continuación se enlistan:

#### Criterios de inclusión

- ◆ Pacientes diagnosticados con afasia fluente.
- ◆ Pacientes que no presentan cualquier otra alteración cognitiva.
- ◆ Pacientes sin afectación motora ni sensorial severas.
- ◆ Personas mayores de 18 años.

#### Criterios de exclusión

- ◆ Pacientes diagnosticados con afasia no fluente.
- ◆ Pacientes con otro déficit cognitivo.
- ◆ Pacientes con afectación motora o sensorial severa.
- ◆ Personas menores de 18 años.

### 3.6 Variables

Las categorías (variables) que se analizaron en la investigación son los marcadores del discurso. Se describieron sus funciones discursivas en pacientes afásicos fluentes y las similitudes y diferencias en el uso de aquellos entre estos.

### 3.7 Instrumentos

Se aplicaron entrevistas semiestructuradas en las se priorizó que el paciente emplee un lenguaje espontáneo, es decir, un contexto en el cual pueda hablar, exponer y conversar. Para determinar el grado de afectación de la afasia en los pacientes, se dispuso solo de la primera parte del Test de Boston (Rado, 2006), pues esta investigación tiene por fin describir (no comparar) el uso de los marcadores del discurso. Luego, se observó y registró el comportamiento lingüístico de cada paciente de acuerdo con las consignas establecidas en la prueba.

#### 3.7.1 Ficha técnica

Nombre de la prueba: Test para el diagnóstico de afasia de Boston

Autores: García Albea, Sánchez Bernardo y Del Viso (1986)

Adaptación: Julia Rado Triveño (2006)

Tipo de administración: individual

Duración: variable

Margen de aplicación: mayores de 15 años

Significación: determinación del tipo de afasia

Materiales: protocolo, láminas, entre otros.

### 3.7.2 Descripción de la prueba

El BDAE (*Boston diagnostic aphasia examination*) es un aporte de la escuela de Boston para el diagnóstico de la afasia y los trastornos asociados, cuyos principales autores son H. Goodglass y E. Kaplan (1972). Es actualmente una de las baterías más utilizadas en todo el mundo para la evaluación de la afasia. En el Perú, Rado (2006) realizó la adaptación de la prueba de Boston en 40 pacientes (22 del sexo femenino y 18 del masculino) del Instituto Nacional de Rehabilitación del Callao, teniendo como base la versión española de los autores García Albea, Sánchez Bernardo y del Viso (1986); por ello, y con la finalidad de cumplir con los objetivos de esta investigación, se utilizó la versión de Rado para la recolección de los datos.

El Test de Boston es una prueba que se aplica de forma individual, a pacientes con lenguaje adquirido (adultos) y un tiempo variable; presenta, además, los siguientes objetivos:

- ◆ Diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro clínico.
- ◆ Determinar el nivel de actuación del paciente.
- ◆ Evaluar las capacidades del paciente en todas las formas del lenguaje.

- ◆ Contribuir al desarrollo de estrategias de rehabilitación.

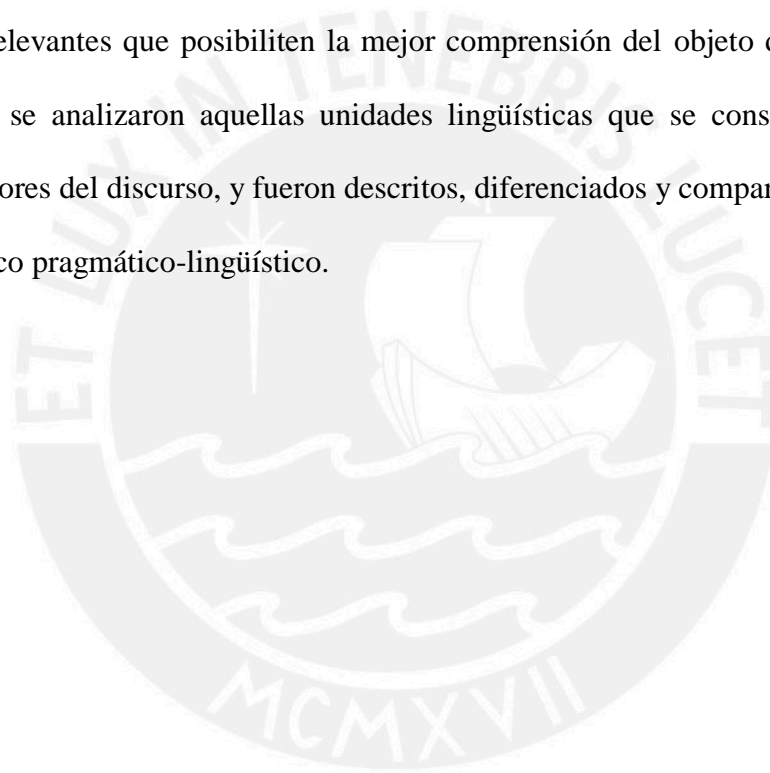
Asimismo, las subpruebas están dirigidas para evaluar la articulación, la evocación léxica, la repetición, comprensión auditiva, la denominación, la lectura y la escritura. Para este estudio, como se advirtió anteriormente, es fundamental la primera parte del test, a saber, «Habla conversación y exposición», en la que el paciente pueda utilizar el habla espontánea, por ejemplo: en la descripción de láminas del propio test, cuando se le preguntó acerca de su vida cotidiana: nombre, edad, dirección; actividades que realiza (realizaba): en el trabajo, en su hogar, o preguntas referidas a su accidente o su lesión: cómo pasó, hace cuánto tiempo, qué es lo que recuerda de aquel día, entre otros. En general, esta parte del test fue fundamental para que el paciente emita libremente la mayor cantidad de enunciados que posteriormente fueron analizados.

Para la corrección de los datos, se ha determinado no otorgar un puntaje, pues las características de esta investigación no lo ameritan. La información recolectada sirvió únicamente para realizar un análisis cualitativo.

Respecto de la validez y la confiabilidad, la autora realizó el método de criterio de jueces, quienes determinaron la eliminación de 8 ítems. Por su parte, la confiabilidad de la prueba se determinó por consistencia interna, con el método de alfa de Cronbach, con lo cual se estableció que la prueba de 274 ítems es confiable.

### 3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Finalmente, se elaboraron tablas para la transcripción de los datos; luego, se realizaron el análisis de las transcripciones, grabaciones y observaciones de las entrevistas. Los resultados obtenidos se clasificaron y agruparon de modo tal que sea posible analizarlos empleando, a su vez, las bases teóricas acerca de la categoría de análisis. Esto permitió distribuir de forma sistemática cada uno de los datos relevantes que posibiliten la mejor comprensión del objeto de estudio. Por último, se analizaron aquellas unidades lingüísticas que se consideraron como marcadores del discurso, y fueron descritos, diferenciados y comparados dentro de un marco pragmático-lingüístico.





## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Presentación y análisis de transcripciones

A continuación, se presentan las transcripciones obtenidas de las entrevistas realizadas a cada uno de los pacientes mediante el Test de Boston. En primer lugar, dicha presentación, se efectuará individualmente, paciente por paciente, resaltando la ocurrencia de los marcadores del discurso, y sus características textuales o conversacionales –aunque no son excluyentes– en cada enunciación. En segundo lugar, de acuerdo con el segundo objetivo, se determinará qué diferencias se presentan entre los tipos de afasia, respecto del uso de marcadores del discurso.

Finalmente, se establecerán las similitudes que se presentan respecto del uso de marcadores del discurso entre los tipos de afasia durante el proceso de interacción, con lo cual se pretende cumplir con el último objetivo de esta investigación.

#### 4.1.1 Caso n.º 1: POC

##### a) Datos personales

Edad: 25 años

Fecha de nacimiento: 1986

Lugar de procedencia: Castilla (Piura)

Nivel de instrucción: superior (ingeniero mecatrónico)

Ocupación anterior al accidente: ingeniero

Estado civil: casado

Tiempo de enfermedad: 5 meses

Diagnóstico: afasia anómica por aneurisma en el hemisferio izquierdo

##### b) Observación del paciente

Paciente de 25 años de edad, aparenta buen estado de salud y es independiente en sus movimientos. Con respecto al uso del lenguaje, el paciente no tiene mayores complicaciones para interrelacionarse con su entorno; se evidenció que su lenguaje es fluido, pero sin ser logorreico. Debido al tipo de afasia, su mayor dificultad se presentó en la denominación o recuperación de

palabras. Se observó asimismo no menores complicaciones para la lectura de oraciones.

c) Muestra de ocurrencia de marcadores del discurso y contexto de enunciación de caso n.º 1: POC

El paciente POC, quien padece una afasia anómica, empleó diversos tipos de marcadores para la elaboración de sus enunciados. Además, en comparación con los demás pacientes, POC, es quien mejor conserva su lenguaje. Esto se evidencia porque asoció enunciados con otros anteriormente emitidos, reguló la continuidad de la información; además, reformuló su discurso a fin de que la conversación gane en fluidez. Si bien incurrió, en algunas ocasiones, en circunloquios y parafasias, ello no afectó la coherencia global de su discurso. Se explican, en primer lugar, los siguientes marcadores textuales:

- *Digamos que*. Estructurador de la información con el que establece el inicio de una argumentación, lo cual se evidencia con el operador argumentativo siguiente. Adviértase, además, una de las características fundamentales de los marcadores del discurso; a saber: « [...] que pueden colocarse de forma contigua (y, de hecho, se yuxtaponen frecuentemente) en torno a una oración [...]» (Martín Zorraquino, 1998, p. 38):

Eeh... porque, en sí, en sí, hubo mucho, hubo bastante gente que sabía más que yo, pero, *digamos que* (EIC), por ejemplo, la gente, la gente que postula a la UNI sabe un montón de números y todo esto.

Los marcadores yuxtapuestos ('pero', 'digamos que', 'por ejemplo') se complementan perfectamente, añaden un matiz de expresividad y ayudan al procesamiento del discurso. No obstante, esta propiedad de los marcadores se fundamenta en los siguientes factores: por un lado, los marcadores deben ordenarse de modo congruente desde el punto de vista semántico; por otro lado, la categoría gramatical en virtud de la cual procede determinado marcador condiciona las posibilidades de ocurrencia (Martín Zorraquino, 1998). En este caso, una conjunción, 'pero', debe ubicarse antes de la locución verbal 'digamos que'.

- *Pues*. Estructurador de la información comentador con valor argumentativo, el cual cumple una función conclusiva y de introducción.

Es que ya salía, ya salía del colegio y aprovechaba a salir, muchas cosas. Amigos que no veía, *pues* (EIC) también, que recién habían salido<sup>34</sup>, regresado de su colegio.

- *Bueno*. Estructurador de la información ordenador que el paciente emplea para introducir un elemento informativo en su discurso y continuador de la pregunta del evaluador.

Ya, *bueno* (EIO), antes daba clases de matemática, en general, ¿no?, matemática, física, química, todo lo que es números, ¿no? Eeh, *bueno* (EIO), me iba bien, daba a los colegios... o por mi cuenta, ¿no? Mejor dicho, como un trabajo exactamente.

- *A ver*. Estructurador de la información comentador que proviene de la unión de la preposición 'a' con el infinitivo 'ver'. Es usado de forma similar al

<sup>34</sup> Nótese un caso de parafasia semántica en el cual substituyó el pasado pluscuamperfecto *habían regresado* por *habían salido*; sin embargo, el mismo paciente se corrige.

marcador anterior, pero con una función interaccional adicional. El paciente utiliza este marcador del discurso a fin de mantener su turno en la conversación y no perder el contacto con el evaluador. Aunque no termina de completar la idea, debido a su anomia, la función del marcador es fática.

Ah, esto son este, ¿qué se yo? *A ver* (EIC), déjame recordar...

- *Porque*. Conector causal con valor argumentativo (justificativo) del porqué piensa que tuvo ‘suerte’ en su ingreso a la universidad.

Eeh ... *porque* (CC), en sí, en sí, hubo mucho, hubo bastante gente que sabía más que yo [...] la gente, la gente que postula a la UNI sabe un montón de números y todo esto, y no saben también que hay exámenes que te toman letras y todo eso, y yo en letras tenía un montón de notas. Eso fue.

- *Pero*. Conector contraargumentativo empleado para establecer una oposición y explicación del enunciado anterior.

Eh, seis meses. En sí, fue un año y seis meses, *pero* (CCA) el primer año, que cuando estaba en el quinto, ya en el último grado de secundaria, no, bueno, no estudié mucho.

El paciente intenta explicar el motivo o la causa por la que, cuando se le pregunta el tiempo de preparación en una academia, contabiliza solo los últimos seis meses; como el mismo aduce –muy sinceramente además–, al coincidir el primer año de dicha academia con el último de sus estudios secundarios, no hizo su mejor esfuerzo; en consecuencia, se colige que el marcador ‘pero’ cumple una función de enlace y valor de argumentación, de clarificación del porqué solo se preparó seis meses.

- *Por eso*. Conector consecutivo, el cual cumple una función explicativa y argumentativa.

*Por eso* (CCC) le dije dieciséis, pero sería diecisiete si lo vemos así.

- *Entonces*. Conector consecutivo con el que el paciente marca la progresión de su discurso.

Todos saquen, todas salen, la misma cantidad de números. Lo que es números todo eso. *Entonces* (CCC), las letras, puf, le baja un montón.

- *En pocas palabras*. Reformulador explicativo que es utilizado con un sentido de conclusión.

En esos seis meses no salía de mi casa, *en pocas palabras* (RE).

- *O sea*. Reformulador explicativo

Y se le ha caído también, este, bueno, el agua se le ha salido, ¿no?, si se le puede decir así, *o sea* (RE), se ha olvidado, en vez de estar secando, ¿no?

- *Mejor dicho*. Reformulador de rectificación con el cual el paciente intenta explicitar mejor la idea de su enunciado.

Eeh, bueno, me iba bien, daba a los colegios... o por mi cuenta, ¿no? *Mejor dicho* (RR), como un trabajo exactamente.

- *Por ejemplo*. Operador argumentativo con el que el paciente pretende reforzar el discurso anterior.

Eeh... porque, en sí, en sí, hubo mucho, hubo bastante gente que sabía más que yo, pero, digamos que, *por ejemplo* (OAC), la gente, la gente que postula a la UNI sabe un montón de números y todo esto.

- *En sí*. Operador argumentativo de refuerzo que establece la apertura de su explicación ante la pregunta del evaluador.

Eh, seis meses. *En sí* (OAR), fue un año y seis meses, pero el primer año, que cuando estaba en el quinto, ya en el último grado de secundaria, no, bueno, no estudié mucho.

Tabla 3. Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 1:  
POC

MARCADORES TEXTUALES	Estructuradores de la información	Comentador	<i>Digamos que, pues, a ver, bueno</i>
	Conectores	Causal	<i>Porque</i>
		Contraargumentativo	<i>Pero</i>
		Consecutivo	<i>Por eso, entonces</i>
	Reformuladores	Explicativo	<i>En pocas palabras, o sea</i>
		Rectificativo	<i>Mejor dicho</i>
	Operadores argumentativos	De concreción	<i>Por ejemplo</i>
		De refuerzo	<i>En sí</i>

En segundo lugar, respecto de los marcadores conversacionales, el paciente POC los inserta en sus enunciados para no perder el contacto con el evaluador. Tienen un valor interactivo; manifiestan la intención y actitudes del paciente respecto de las preguntas del evaluador, por ejemplo, de inicio, de certeza, de comprobación y de cierre –algunos autores circunscriben ‘creo’ como marcador cuando se ubica al final del enunciado y con valor dubitativo por parte del hablante. A continuación, se presentan las características de cada uno de los marcadores conversacionales:

- *Claro*. Marcador de evidencia y certeza.

Sí, *claro* [MC], obviamente.

- *Obviamente*. Marcador de evidencia y certeza.

Sí, claro, *obviamente* [MC].

- *Eeh*. Marcador conversacional con el que el paciente indica al evaluador que iniciará (continuará) su respuesta.

Ya, bueno, antes daba clases de matemática, en general, ¿no?, matemática, física, química, todo lo que es números, ¿no? *Eeh* [MC], bueno, me iba bien, daba a los colegios... o por mi cuenta, ¿no? Mejor dicho, como un trabajo exactamente.

- *Ya*. Marcador conversacional con el que el paciente mantiene el contacto interaccional con el evaluador.



Ya [MC], bueno, antes daba clases de matemática, en general, ¿no?, matemática, física, química, todo lo que es números, ¿no? Eeh, bueno, me iba bien, daba a los colegios... o por mi cuenta, ¿no? Mejor dicho, como un trabajo exactamente.

- *Ajá.* Marcador conversacional con el que el paciente adquiere una posición de certeza respecto de su discurso.

No, bueno, lo de... creo que en el dos mil dieci, no, ¿qué estoy hablando?... Dieciséis, diecisiete creo... Diecisiete creo que ha sido el mío. Porque yo cobré, *ajá* [MC], diecisiete ha sido.

- *Puf.* Marcador interactivo con el que muestra una actitud de certeza.

Todos saquen, todas salen, la misma cantidad de números. Lo que es números, todo eso. Entonces, las letras, *puf* [MC], le baja un montón, pero, como yo tenía buenas notas en letras, ahí.

- *¿No?* Marcador conversacional comprobativo que es utilizado para mantener la atención del evaluador.

Ya, bueno, antes daba clases de matemática, en general, ¿no? [MC], matemática, física, química, todo lo que es números, ¿no? [MC] Eeh, bueno, me iba bien, daba a los colegios... o por mi cuenta, ¿no? [MC] Mejor dicho, como un trabajo exactamente.

- *Creo.* Este verbo funciona como marcador cuando el hablante no desea imponer la idea que plantea, sino más bien sugerirla. Mediante este marcador el hablante imprime subjetividad a su discurso; además, se exige, en cierta forma, de la exactitud de la información brindada.

No, bueno, lo de... *creo* [MC], que en el dos mil dieci, no, ¿qué estoy hablando?... Dieciséis, diecisiete, *creo* [MC]... Diecisiete, *creo* [MC], que ha sido el mío. Porque yo cobré<sup>35</sup>, ajá, diecisiete ha sido.

Tabla 4. Cuadro resumen de los marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 1: POC

MARCADORES CONVERSACIONALES				
De apertura	De certeza	De duda	De cierre	Comprobativo
<i>Ya</i>	<i>Ajá</i>	<i>Eeh</i>	<i>¿No?</i>	<i>¿No?</i>
<i>Eeh</i>	<i>Puf</i>	<i>Creo</i>	<i>Creo</i>	
	<i>Claro</i>			
	<i>Obviamente</i>			

#### 4.1.2 Caso n.º 2: SHD

##### a) Datos personales

Edad: 59

Fecha de nacimiento: 13 de enero del 1959

Lugar de procedencia: Moquegua (Moquegua)

Nivel de instrucción: superior

Ocupación anterior al accidente: antropólogo

Estado civil: casado

Tiempo de enfermedad: 9 meses

<sup>35</sup> Nótese un caso de parafasia semántica en el probablemente el paciente ha substituido el sentido de la palabra *cumplir* por *cobrar*.

Diagnóstico: afasia de conducción

TAC: encefalitis herpética

b) Observación del paciente

Paciente de 59 años de edad que aparentemente posee buen estado de salud. Acudió a la entrevista acompañado por un familiar, pero es independiente en la marcha.

Respecto de la evaluación y las pruebas que se le aplicaron, el paciente se mostró colaborador. Su lenguaje se presentó fluido, pero con entonación monotonal; a su vez, algunos de sus enunciados son agramáticos<sup>36</sup>. Esto se evidenció por la falta de algunos nexos entre el sujeto y el verbo y los complementos. Asimismo, su lenguaje se manifestó pausado en varias situaciones. Debido al tipo de afasia, tiene dificultad para repetir y recordar algunas palabras.

c) Muestra de ocurrencia de marcadores del discurso y contexto de enunciación de caso n.º 2: SHD

El paciente SHD presentó un lenguaje fluido, sin embargo, en no pocos casos, se evidenciaron circunloquios y dificultades para la comprensión de las preguntas del evaluador –no obstante, la no comprensión se constató por las respuestas del paciente, quien produjo enunciados no adecuados para las

---

<sup>36</sup> El agramatismo es una dificultad característica de los pacientes afásicos, quienes, debido a esta alteración, presentan limitaciones para elaborar enunciados sintácticamente correctos.

preguntas iniciales del evaluador–; lo cual obstaculizó la coherencia durante la conversación. A continuación, se presentan los marcadores textuales utilizados por SHD<sup>37</sup>:

- *Imagínate*. Estructurador de la información comentador derivado de la forma imperativa del infinitivo ‘imaginar’. Este marcador tiene, evidentemente, una función de contacto dirigida al receptor.

Claro, claro, estaba desmejorado. *Imagínate* (EIC), que cuando sufrí eso ese accidente en San Marcos. Ahí me hicieron una serie de chequeos, ¿no? Me dijeron que era horriblemente mal.

- *A ver*. Estructurador de la información comentador que, al igual que en el primer caso, proviene de la unión de la preposición ‘a’ con el infinitivo ‘ver’. No obstante, adviértase que el paciente está relatando una situación que fue narrada por otro hablante. Al ser el único caso en el cual el paciente utiliza este marcador, no se puede afirmar si realmente forma parte de su propio discurso o solo repitió la información de aquel narrador.

El ministerio tenía todo su reglamon, su reclamo. Entonces, ellos: “Toma esto, este documento. *A ver* (EIC)... dé su examen y en base a eso usted va a tomar paso”, *pero* como antropólogo, no.

- *Bueno*. Estructurador de la información comentador de inicio y soporte que permite al paciente organizar su discurso.

---

<sup>37</sup> Se han anotado marcadores que presentan una función distinta de las ya explicadas en otro momento.

*Bueno* (EIC), claro, a veces ¿qué te digo pues? Uno cuando está lejos, distancia, ya pues no te acuerdas.

- *Resulta de que*. Estructurador de la información ordenador que marca el inicio de información acerca de qué le sucedió al paciente.

*Resulta de que* (EIO)...que me, ¿qué le digo pues? Estuve tranquilo bien, bien (en) mi casa. Yo iba a viajar al extranjero.

- *Después*. Estructurador de la información ordenador que permite al paciente dar continuidad a su discurso. Este marcador proviene de un adverbio temporal, el cual, ubicado en posición de inciso, ejerce una función (temporal) de orden en el discurso.

Ya no llegué a viajar. Así que me quedé, *después* (EIO), ya me dijeron, me intentaron, me... llamaron a la Municipalidad de Lima, ¿no?

- *Inclusive*. Conector aditivo en el que se manifiesta un valor argumentativo mayor en el enunciado que introducen: ‘habían unos dos técnicos que me hacían, me sacaban’ tiene mayor valor argumentativo que ‘aquí me hicieron hablar’.

Entonces ya cuando vine por acá, aquí me hicieron hablar. *Inclusive* (CA) habían unos dos técnicos que me hacían me sacaban la antropólogo, ¿no?

- *Aparte de eso*. Conector aditivo.

Que es diferente, que he cambiado, que estoy... consiguiendo lo que me enseñan los especialistas y, *aparte de eso* (CA), yo agarro también, pues, todos mis libros, mis cuadernos ahí...Estoy recubinando<sup>38</sup> bastante.

<sup>38</sup> Obsérvese un caso de parafasia semántica en el que, presumiblemente, el paciente ha substituido el gerundio *recuperando* por *recubinando*.

- *Así que*. Conector consecutivo que adquiere un valor de conclusivo y explicativo.

Yo una, un saqueo (ininteligible) un lindo (ininteligible), eeh, y cuando estuve me dieron el... (baluceo) los boletos, todo eso, me entró a mi cabeza mal. *Así que* (CCC) me despidieron, me llevaron a la municipalidad.

- *Pue(s)*. Estructurador de la información comentador con valor de refuerzo y cierre.

Me... llamaron a la Municipalidad de Lima, ¿no? Ahí ya me, ya me tuvieron pue(s) (EIC). Me dijeron: “No, usted, está mal. Usted, tiene mal la cabeza, que esto que el otro, hay que operarlo”.

- *Pero*. Conector contraargumentativo que no solo indica oposición, sino también precisión respecto de la ayuda que recibe de su familia.

Uno cuando está lejos, distancia, ya pues no te acuerdas. Puede ser a través de televisión o de carta, ¿no? Hay otro que a veces te ayudan con dinero, ¿no? Poco *pero* (CCA)... así de siempre, de Arequipa me ayudaban acá.

Tabla 5. Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 2:

SHD

MARCADORES TEXTUALES	Estructuradores de la información	Comentador	<i>Pues, imagínate, a ver</i>
		Ordenador	<i>Resulta de que, después</i>
	Conectores	Aditivo	<i>Y aparte de eso, inclusive</i>
		Causal	<i>Porque</i>
		Contraargumentativo	<i>Pero</i>
		Consecutivo	<i>Así que, entonces</i>
	Operadores argumentativos	De concreción	<i>Por ejemplo</i>

En cuanto a los marcadores conversacionales, a pesar de que, en general, es manifiesta la falta de coherencia en sus enunciados, el paciente utiliza una gran variedad de aquellos. Estos marcadores coadyuvan a los interlocutores a procesar mejor la información que emite el paciente; además, hacen patente el rechazo, la adecuación, aceptación, y subjetividad del paciente respecto de lo que comunica.

- *Asu mare'*. Marcador conversacional de apertura donde el paciente manifiesta cierto grado sorpresa ante la pregunta del evaluador.

*Asu mare'* [MC], ahorita no recuerdo bien.

La documentación sobre esta expresión coloquial, típicamente peruana, aún no determina con exactitud su procedencia, ni mucho menos un registro lexicográfico irrefutable. No obstante, para los fines de esta investigación, se podría esbozar una explicación discursiva: el empleo de esta expresión respondería a manifestaciones de sorpresa por parte del hablante ante la pregunta del evaluador.

- *Claro*. Marcador de soporte de la opinión del paciente que denota cierto grado de certeza.

*Claro* [MC], *claro* [MC], estaba desmejorado.

Este marcador –denominado por Martín Zorraquino como de modalidad epistémica, es decir, de afirmación, aprobación o conformidad– entraña un tipo de actitud subjetiva de ratificación ante la pregunta emitida por el evaluador. Más aún, obsérvese que el paciente duplica el uso de dicho marcador para reforzar su total conformidad con el interlocutor, lo cual revela el modo de cómo aquel ha de ser interpretado por este. El paciente también utiliza el marcador ‘claro’ concesivamente, es decir, construye una precisión o aclaración de lo que explicó anteriormente:

Sí, si de hace muchos años ya. Muchos años hace acá en Lima. *Claro* [MC], que iba solamente en vacaciones, ¿no?



- *Mira*. Marcador conversacional proveniente de la forma imperativa del infinitivo ‘mirar’, el cual ejerce una función fática o de contacto.

Me levanté un poco, me levanté y después ya... el abogado, el doctor que a mí me estaba haciendo se fue al extranjero. Me dijo: “*Mira* [MC], vamos a dar de alto. Usted puede ir a...”, ¿cómo se llama esto?

Sin embargo, este marcador comparece en un contexto en donde el paciente reproduce (narra) una situación; sumado al hecho de que es el único caso en el que ocurre. De ahí que no se pueda afirmar que la aparición de aquel se deba a una capacidad discursiva del paciente.

- *Ah*. Marcador conversacional de apertura generalmente es utilizado con un matiz evidenciador; además, permite también otorgar tiempo para preparar su enunciado

*Ah* [MC] no, tampoco, no

Como se advirtió anteriormente, esta investigación no pretende explicitar las características entonacionales (prosódicas)<sup>39</sup> de las categorías de análisis, debido a la falta de cuantía teórica sobre aquellas en pacientes afásicos. Sin embargo, el marcador ‘ah’ con entonación ascendente al final de la proposición otorga un matiz de refuerzo de la propia opinión del paciente:

No, no, este estoy de San marcos, *ah* [MC].

<sup>39</sup> « [...] a menudo, los rasgos prosódicos que acompañan a un enunciado son aportativos de significado y pueden, en ocasiones, contradecir, por sí solos, la carga semántica de ese mismo enunciado.» (Poblete, 1999, 104)

- *Uf*. Marcador que refuerza la asección emitida por el paciente.

Todo el día, *uf* [MC]. Me decía que no podía viajar a ningún sitio. Tampoco yo viajaba pues. (A)sí que ya me quedé con mi esposa y mis hijitas.

Este tipo de marcador actualiza la actitud del paciente respecto del contenido de la pregunta del evaluador. Indica, además, sobre qué parte del mensaje ha de centrar su mayor atención el interlocutor.

Tabla 6. Cuadro resumen de los marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 2: SHD

MARCADORES CONVERSACIONALES				
De apertura	De certeza	De duda	De cierre	Comprobativo
<i>Asu mare'</i>	<i>Uf</i>	<i>Eeh</i>	<i>Creo</i>	<i>¿No?</i>
<i>Claro</i>	<i>Claro</i>	<i>Creo</i>	<i>Ah</i>	
<i>Bueno</i>				
<i>Imagínate</i>				
<i>Mira</i>				
<i>Ah</i>				

#### 4.1.3 Caso n.º 3: RVS

##### a) Datos personales

Edad: 57

Fecha de nacimiento: 1955

Lugar de procedencia: Chiguata (Arequipa)

Nivel de instrucción: secundaria incompleta

Ocupación anterior al accidente: zapatero en la fábrica Diamante

Estado civil: casado

Tiempo de enfermedad: 8 meses

Diagnóstico: afasia de conducción por accidente cerebro-vascular

##### b) Observación del paciente

Paciente de 57 años de edad, aparenta buen estado de salud. Mostró autonomía física y llegó a la cita acompañado por un familiar. Respecto de las características lingüísticas, manifiesta un lenguaje logorreico y poco inteligible en muchas ocasiones. Si bien la comprensión podría considerarse cerca de la normalidad –aunque existen casos en los que no comprende con exactitud lo que se le pregunta–, su mayor dificultad estuvo en la repetición, lo cual constituye un síntoma común en la afasia de conducción. Se observaron diversas parafasias fonémicas y, en su intento por autocorregirse, son notorias las perseveraciones.

c) Muestra de ocurrencia de marcadores del discurso y contexto de enunciación de caso n.º 3: RVS

A pesar de presentar una afasia similar a la del caso anterior, los esfuerzos por elaborar un discurso coherente se ven limitados por circunloquios, parafasias (fonémicas y verbales) y perseveraciones. La comprensión se encontró alterada; por lo que el evaluador debió hacer un esfuerzo para entender las respuestas que brindó y poder dar fluidez al intercambio conversacional. Asimismo, resalta el hecho de que el paciente usa de soporte para la elaboración de su discurso las construcciones interrogativas, ‘¿cómo se llama eso/esto?’, las cuales, por lo general –si no siempre-, se ubican al final del enunciado. Presumiblemente, aquellas construcciones interrogativas sean una manifestación de los problemas que presenta el paciente para acceder a su léxico. A continuación, se presentan los marcadores textuales utilizados por el paciente RVS:

- *Bueno*. Estructurador de la información comentador que cumple la función de iniciador de la respuesta que emitirá el paciente sin dejar de lado la continuidad temática propuesta por el evaluador.

Eeh, *bueno* (EIC) cuando empecé, no. Sí, comencé así, bien, pero tenía un poquito más o menos que... tamborea<sup>40</sup> más o menos..., pero sí, de.... no. Un poquito, tenía un poquito más.

---

<sup>40</sup> Obsérvese un caso de parafasia fonológica en el que el paciente ha elidido una sílaba al interior de la palabra; esta palabra podría ser *tambaleaba* referida a su andar luego de su lesión.

- *P(u)e(s)*. Estructurador de la información comentador ubicado generalmente al final del enunciado. Es la forma apocopada de ‘pues’ propio de un registro coloquial –también subestándar<sup>41</sup>– de la lengua. Su función es la de finalizador del discurso con matices enfáticos.

Quisiera yo, quisiera (comentarle), no comentarle mis decisiones (ininteligible); esto no me deja hablar *p(u)e(s)* (EIC).

- *Ese día*. Estructurador de la información comentador introducido por el hablante como soporte para iniciar su relato.

No me acuerdo, no recuerdo nada. No me acuerdo cómo me (he) acordado<sup>42</sup> en mi cama. *Ese día* (EIC), dice, he llegado a las 11, 12; 1, 2, 3 horas habré llegado a la casa.

- *A ver*. Estructurador de la información comentador para iniciar su discurso; aunque, el hecho que se encuentre enmarcado en paréntesis, es un indicador de que la pronunciación de este no fue totalmente clara.

(*A ver*) (EIC), ocho meses, tengo ocho meses. Sí *p(u)e(s)*, ocho meses más o menos.

- *La cuestión es*. Estructurador de la información comentador que el paciente la utiliza para como una apertura hacia su siguiente enunciado.

La cuestión es que (EIC) (ininteligible) he bajado a mi casa y he llegado mal *p(u)e(s)*.

<sup>41</sup> Véase *Niveles de uso lingüístico* (1996) de Luis Hernán Ramírez.

<sup>42</sup> Un caso más de parafasia fonológica. El paciente substituyó los fonemas /s/ por /r/ y /t/ por /d/.

- *Luego*. Estructurador de la información ordenador que otorga secuencia temporal al discurso.

*Sí, luego* (ECO) vine y trabajé acá en Lima.

- *De ahí*. Conector consecutivo que indica secuencia temporal en el discurso. Este marcador es uno de los que más usa el paciente para elaborar temporal y secuencialmente sus enunciados.

No, no me han dicho, no me han dicho como porque me sucedió eso... porque yo salí de trabajar de mi trabajo<sup>43</sup>, un día sábado, trabajé hasta las 11. *De ahí* (CCC), me vine de Zapallal venía acá al... acá y... no sé cómo habrá llegado a suceder en mi casa eso.

- *O sea*. Reformulador de explicación.

*O sea* (RE) an, antes de venirme, estudiaba de quince, dieciséis, vine; de ahí vine acá en Lima.

El paciente afirma implícitamente que estudió en Arequipa; luego, mediante un reformulador explicativo, intenta hacer entender al evaluador cuándo llegó a Lima. Después de este primer enunciado, adecuadamente utiliza un conector consecutivo (temporal) que organiza el discurso y ayuda al procesamiento de este.

---

<sup>43</sup> Nótese un caso de pleonasmismo –empleo innecesario de una palabra o frase para añadir expresividad a lo dicho anteriormente– en el que incurre el paciente, propio del registro subestándar del idioma.

Tabla 7. Cuadro resumen de los marcadores textuales utilizados por el caso n.º 3:

RVS

MARCADORES TEXTUALES	Estructuradores de la información	Comentador	<i>Bueno, P(u)e(s), ese día, la cuestión es, a ver</i>
		Ordenador	<i>Luego</i>
	Conectores	Causal	<i>Porque</i>
		Contraargumentativo	<i>Pero</i>
		Consecutivo	<i>De ahí, entonces</i>
	Reformuladores	Explicativo	<i>O sea</i>

Ahora bien, el paciente no empleó una gran variedad de marcadores conversacionales. Resalta que la mayoría de estos pertenezcan a un grupo que denotan indecisión o duda respecto de lo que se le pregunta o de sus propios enunciados. Los marcadores de duda otorgan visos de inseguridad del paciente al momento de sus intervenciones. Dos motivos son los que, probablemente, fundamentan este hecho: en primer lugar, que el paciente no comprenda totalmente las preguntas que formuló el evaluador; y en segundo lugar, que su capacidad para establecer contacto con el evaluador se encuentre alterada.

- *Eeh.* Marcador de indecisión que sirve de soporte para que el hablante mantenga el turno y llame la atención del interlocutor respecto de la información que está a punto de brindar.

*Eeh* [MC], bueno, cuando empecé, no. Sí, comencé así, bien, pero tenía un poquito más o menos que... tamborea más o menos..., pero sí, de... no. Un poquito, tenía un poquito más.

- *Yaa*. Marcador conversacional que demuestra la duda del oyente respecto de la exactitud de su respuesta.

*Yaaa* [MC]... cuarenta y seis años más o menos.

- *Mmm*. Marcador conversacional de indecisión, el cual se presenta por la dificultad del paciente para recordar hechos pasados.

*Mmm* [MC], ya no recuerdo mucho...Cuarenta y...no me acuerdo.

- *Ajá*. Marcador conversacional de refuerzo o ratificación de lo emitido por el evaluador; reforzado, además, por la yuxtaposición de un reformulador.

*Ajá* [MC] O sea, yo, antes, antes que venir acá, he vivido allí.

- *¿No?* Marcador conversacional comprobativo que, al igual que en los casos anteriores, se utiliza para verificar la atención del evaluador.

Cuando pienso que yo quería conversarlo, pero no podía asentar<sup>44</sup> muy bien, *¿no?* [MC] Porque yo la bolsa<sup>45</sup> no lo ponía bien p(u)e(s).

<sup>44</sup> Obsérvese un caso adicional de parafasia semántica. Es muy probable que al paciente haya querido aludir a la imposibilidad que posee para *asentar* o *acceder* a su inventario léxico durante una conversación.

<sup>45</sup> El paciente posiblemente substituyó la palabra *lengua* por *bolsa* (parafasia semántica).



Tabla 8. Cuadro resumen de marcadores conversacionales utilizados por el caso

n.º 3: RVS

MARCADORES CONVERSACIONALES		
De certeza	De duda	Comprobativo
<i>Ajá</i>	<i>Eeh</i>	<i>¿No?</i>
	<i>Yaa</i>	
	<i>Mmm</i>	
	<i>Creo</i>	

4.1.4 Caso n.º 4: MTC

a) Datos personales

Edad: 59

Fecha de nacimiento: 13 de noviembre de 1952

Lugar de procedencia: Piura (Piura)

Nivel de instrucción: superior

Ocupación anterior al accidente: docente

Estado civil: casado

Tiempo de enfermedad: 10 meses

Diagnóstico: afasia de Wernicke por accidente cerebro-vascular.

b) Observación del paciente

Paciente de 59 años, quien parece no presentar mayores dificultades para desplazarse; en algunas ocasiones, aparenta un leve grado de ansiedad para realizar algunas tareas que se le indican. Debido a esto, se requería de la intervención del familiar que lo acompaña.

El lenguaje del paciente es fluido, pero carente de coherencia, razón por la cual la inteligibilidad de sus enunciados es reducida. Empleó enunciados telegráficos y responde a las preguntas sucintamente. Son evidentes las dificultades al momento de recordar hechos pasados –confunde y entremezcla muchos de ellos–; por lo que, en aquellos casos, fue necesaria el apoyo de su familiar. Además, se observaron repeticiones de palabras en una misma frase, enunciados incompletos y alteración al momento de denominar. Con todo, manifiesta dificultades significativas en sus usos del lenguaje.

c) Muestra de ocurrencia de marcadores del discurso y contexto de enunciación de caso n.º 4: MTC

Respecto del paciente MTC, es evidente una alteración al momento de formular enunciados coherentes, los cuales, por el contrario, eran agramáticos y cortos en extensión y sentido. Por tal motivo, fue imprescindible, en no pocas situaciones, modificar el curso regular de la entrevista, así como la intervención del familiar que lo acompañaba. Los marcadores textuales que utilizó son escasos

en comparación con los otros pacientes; además, estos no contribuyeron cabalmente con la cohesión ni coherencia de sus enunciados. En cuanto a los marcadores conversacionales, se destacaron el comprobativo ‘¿no?’ –marcador común en todos los casos– y los de certeza y duda, solamente. Se presentan, a continuación, los marcadores del paciente MTC:

- *Pero*. Conector contraargumentativo que aparece en los enunciados, generalmente, para enfatizar en el contenido del elemento que introducen y obviar el del término anterior.

Puede ser que hab(le)... ¿no? *Pero* (CCA) de ahí puedo, puedo, sí. Puedo, puedo mejorar, ¿no? *Pero* (CCA), *pero* (CCA) esperamos.

- *De ahí*. Conector consecutivo que otorga secuencialidad a su enunciado

No tanto, pero cuando está (ininteligible) soy más, más ligera. Y ahí estoy así.  
*De ahí* (CCC), de ahí tengo el, el otro forma que (cerración) también es para mí, ¿no?

- *Porque*. Conector causal con el cual el paciente intenta explicar su respuesta. No obstante, debido a la falta de palabras y nexos para culminar, la idea central de la respuesta no se esclarece.

Hemos llegado a esta, a buena, a buena época *porque* (CC) llegamos nosotros a...por ejemplo, a conocer, a varios sitios (ininteligible), pero más, no he podido lograr yo, más tiempo.

- *Por ejemplo.* Operador argumentativo de concreción que el paciente utiliza para introducir un enunciado que ejemplifique la ‘buena época’ a la que hace referencia.

Hemos llegado a esta, a buena, a buena época porque llegamos nosotros a... *por ejemplo* (RE), a conocer, a varios sitios (ininteligible), pero más, no he podido lograr yo más tiempo.

Tabla 9. Cuadro resumen de marcadores textuales utilizados por el caso n.º 4: MTC

MARCADORES TEXTUALES	Conector	Causal	<i>Porque</i>
		Contraargumentativo	<i>Pero</i>
		Consecutivo	<i>De ahí</i>
	Operador argumentativo	De concreción	<i>Por ejemplo</i>

Los marcadores conversacionales permiten mantener el contacto entre paciente y evaluador. En este caso, el paciente utiliza los marcadores de certeza, de duda y comprobativos para atender dicha función; sin embargo, la mayoría de sus enunciados, debido a su tipo de afasia, hace patente su incapacidad para otorgarle sentido a los enunciados. Por este motivo, se evidencian circunloquios, repeticiones, balbuceos y frases cortas y sin nexos. A continuación, se presentan los marcadores conversacionales utilizados por el paciente MTC:

- *Exacto*. Marcador de certeza que manifiesta una actitud de evidencia y seguridad respecto de lo que le pregunta el evaluador.

Sí, *exacto* [MC].

- *Claro*. Marcador de certeza y evidenciador.

Perua, *claro* [MC], puedo.

- *Por supuesto*. Marcador de certeza.

*Por supuesto* [MC], yo tengo (ininteligible), de vez en cuando, yo hago de...  
hago, hago almuerzo.

Los marcadores antes descritos cumplen la misma función en los enunciados del paciente. Los tres evidencian una actitud de seguridad y certeza respecto de las respuestas que emite. No obstante, en los tres casos antedichos, las respuestas no son extensas, lo cual certifica la limitación que tiene el paciente para elaborar respuesta largas y con sentido.

- *Eeh*. Marcador de duda que sirve de soporte con el cual el paciente reestructura el enunciado al tiempo que se retarda la enunciación.

No, ahora no tengo mayor... no tengo mayor, *eeh* [MC], fuerza de poder agarrar fuerza, ¿no?

- *¿No?* Marcador comprobativo que utiliza el paciente para verificar la atención del interlocutor; además, el paciente busca que el evaluador ratifique lo que aquel dice. Al igual que en otros casos, aparece al final del enunciado:

No, ahora no tengo mayor... no tengo mayor, eeh, fuerza de poder agarrar fuerza, ¿no? [MC]

Tabla 10. Cuadro resumen de marcadores conversacionales utilizados por el caso n.º 4: MTC

MARCADORES CONVERSACIONALES		
De certeza	De duda	Comprobativo
<i>Exacto</i>	<i>Eeh</i>	<i>¿No?</i>
<i>Claro</i>		
<i>Por supuesto</i>		

Después del análisis de cada paciente, se ha optado por realizar cuadros comparativos con las similitudes y diferencias respecto de los usos de tales unidades lingüísticas. Se presentan a continuación los cuadros mencionados:

Tabla 11. Cuadro comparativo de marcadores textuales utilizados por los 4 pacientes.

Marcadores textuales	POC	SHD	RVS	MTC
Estructuradores de la información	4	5	6	
Conectores	4	6	4	3
Reformuladores	4		1	
Operadores argumentativos	2	1		1
Total	14	12	11	4

Según el cuadro, el paciente POC –afasia anómica– es quien mayor variedad de tipos marcadores textuales utiliza, lo cual es un indicio de que su capacidad lingüística para establecer una conversación se encuentra conservada. Caso contrario es el que se observa en el paciente con afasia de Wernicke, MTC, quien además de presentar poca versatilidad para la utilización de tipos de marcadores textuales, mayores dificultades manifiesta para concretar la elaboración de enunciados de más de 2 palabras; por lo cual se puede afirmar que su capacidad conversacional se encuentra más alterada.

Si bien entre los pacientes POC, SHD y RVS no existe una diferencia substancial respecto de la cantidad de marcadores textuales utilizados durante la evaluación, resalta el hecho de que los pacientes con afasia de conducción (SHD y RVS) presentan circunloquios y un habla logorreica; lo cual dificulta la comprensión total de sus enunciados:

*Bueno (EIC)], claro, a veces ¿qué te digo pues? Uno cuando está lejos, distancia, ya pues no te acuerdas*

Los marcadores coadyuvan, como en el ejemplo tomado del paciente SHD, con la estructuración del mensaje; no obstante, dicha comprensión resulta opacada por algunas inconsistencias de coherencia presentes en el enunciado. Caso similar el que se puede apreciar en el paciente RVS:

Eeh, *bueno* (EIC) cuando empecé, no. Sí, comencé así, bien, pero tenía un poquito más o menos que... tamborea más o menos..., pero sí, de.... No. Un poquito, tenía un poquito más.

Es importante tomar en cuenta lo antes señalado, pues, como se refirió en el segundo capítulo<sup>46</sup>, la coherencia de los discursos es una propiedad apriorística; por lo que el hecho de insertar marcadores en ellos no asegura, en lo absoluto, la comprensión cabal de los textos; antes bien, es necesario que un enunciado en sí mismo posea coherencia para luego reforzar esta utilizando los marcadores del discurso, como en el caso del paciente POC:

Ya, *bueno* (EIO), antes daba clases de matemática, en general, ¿no?, matemática, física, química, todo lo que es números, ¿no? Eeh, *bueno* (EIO), me iba bien, daba a los colegios... o por mi cuenta, ¿no? Mejor dicho, como un trabajo exactamente.

El paciente POC cuya afasia es de tipo anómica y que además ha tenido una educación superior es quien presenta, como ya se adujo líneas arriba, mayor variedad en cuanto al uso de marcadores del discurso. Además, no presenta un lenguaje logorreico ni repetitivo. Es quien manifiesta una mayor necesidad por hacerse comprender; esto se evidencia por el uso adecuado de operadores argumentativos y reformuladores:

Eh... porque, *en sí, en sí* (OAR), hubo mucho, hubo bastante gente que sabía más que yo, pero, digamos que, *por ejemplo* (OAC), la gente, la gente que postula a la

---

<sup>46</sup> Véase notas al pie de la página 30.



UNI sabe un montón de números y todo esto, y no saben también que hay exámenes que te toman letras y todo eso, y yo en letras tenía un montón de notas.

Adviértase, pues, cómo el paciente POC utiliza ‘en sí’ (operador argumentativo) para reforzar la explicación que brinda al evaluador; y el de concreción para ejemplificar y exponer con mayor claridad su argumentación. Además, la presencia de otros marcadores permite un mejor procesamiento del sentido del enunciado. Asimismo, aunque se presente un caso de parafasia verbal (POC reemplazó *buenas* por *montón*), este no dificulta el entendimiento global del discurso.

Tabla 12. Cuadro comparativo de marcadores conversacionales utilizados por los 4 pacientes.

Marcadores conversacionales	POC	SHD	RVS	MTC
De apertura	2	6	1	
De certeza	4	2		3
De duda	2	1	4	1
De cierre	1	1		
Comprobativo	1	1	1	1
Total	10	11	6	5

De acuerdo con el cuadro, el paciente con afasia de Wernicke, MTC, y el paciente RVS con afasia de conducción presentan menor diversidad para el uso de marcadores conversacionales. Sin embargo, el paciente RVS utiliza en mayor cantidad los marcadores de duda (‘eeh’, ‘mmm’) como soporte para emitir un

enunciado subsiguiente, pero, además, añade un matiz de inseguridad acerca de la coherencia de sus enunciados; mientras que el paciente MTC utiliza un mayor número de marcadores de certeza (‘claro’, ‘exacto,’ por supuesto’). No obstante, en los casos POC y SHD, la inteligibilidad de sus enunciados es mayor que de los otros dos pacientes.

#### 4.2 Discusión de resultados

Luego de haber efectuado el análisis de los marcadores del discurso de los pacientes, se han observado algunas similitudes y diferencias significativas respecto de la variedad de uso de aquellas unidades lingüísticas. Si bien los resultados no se pueden generalizar, se ha evidenciado que el tipo de afasia, el tiempo de intervención, la mayor instrucción lingüística o mejores cimientos lingüísticos antes de la lesión son aspectos fundamentales para la inserción en el discurso de dichas unidades. Los marcadores refuerzan la coherencia de un discurso; por ello, no es necesario aducir que el fin de los marcadores es la coherencia de un texto, sino más bien, una consecuencia.

En primer lugar, se ha podido constatar que, según la investigación de Córdova (2012), la presencia de marcadores (meta)discursivos, en los pacientes con afasia, responde a la necesidad de estos por llevar a cabo adecuadamente un acto de comunicación. En cuanto al tipo de afasia y según el uso de dichos marcadores, se ha observado que el paciente MTC, con afasia de Wernicke, es quien mayores dificultades tiene para interactuar con su interlocutor; es así que

más limitada se encuentra su capacidad discursiva. Córdova sostiene que los pedidos de repetición del discurso por parte de los pacientes evidencian la conservación de la capacidad metadiscursiva; sin embargo, «se observan [...] momentos en los que no hay continuidad con el discurso [...] no hay la coherencia esperada [...] principalmente en GT y JC [...]», quienes son, además, pacientes con afasia de Wernicke. Además, argumenta la autora que, de acuerdo con lo observado, no se podría afirmar que los sujetos analizados son totalmente conscientes de la inserción de dichos marcadores durante sus intercambios conversacionales. No obstante, a pesar de lo recién dicho, los pacientes con afasia anómica y de conducción utilizan aquellas unidades lingüísticas como soportes de la unidad de habla, para engarzar su propio discurso o sus respuestas ante las preguntas del evaluador.

En segundo lugar, de acuerdo con el estudio de Pietrosevoli (2005), la presencia o permanencia de los marcadores posibilitan que los pacientes con afasia puedan participar de una conversación con hablantes sanos. Según los casos analizados en esta investigación, el paciente POC es quien tiene mayor competencia para establecer contacto comunicativo con hablantes sanos. Ello debido a que presenta una afasia anómica, la cual, según la afasiología, está caracterizada como leve, por lo que el lenguaje, en general, en diversos componentes, se encuentra conservado. Asimismo, es quien presenta mayor variedad en el uso de marcadores y, debido a la polifuncionalidad de estos, le permite ser competente en diversos contextos comunicativos. El caso opuesto es el del paciente MTC, quien padece una afasia de Wernicke. Este paciente

manifiesta mayores dificultades para elaborar un discurso congruente mediante el uso de marcadores del discurso. Sus enunciados son cortos, agramáticos y presenta gran cantidad de repeticiones. Además, es quien menor variedad de marcadores del discurso utiliza.

Ahora bien, tres de los cuatro pacientes estudiados utilizan marcadores provenientes de formas verbales ('mira', 'a ver', 'imagínate'), los cuales se han gramaticalizado para funcionar como marcadores de contacto y estructuradores de la información. En el estudio de Gallardo y Marín (2005), se argumenta que este tipo marcadores se clasifican dentro de la categoría de evidenciadores de cooperación conversacional y organización del discurso, es decir, como marcadores conversacionales y textuales<sup>47</sup>.

En cuanto a los pacientes con afasia de conducción, SHD y RVS, se ha encontrado que las diferencias se evidencian en la cantidad de marcadores utilizados. Asimismo, ambos, debido a la dificultad para acceder al léxico, utilizan preguntas (retóricas) de soporte al momento del 'olvido' de la palabra o frase que desean utilizar: '¿qué le digo pues?', '¿cómo se llama esto?'

Ahora bien, es importante el caso de los marcadores conversacionales comprobativos. Según el análisis efectuado, todos los pacientes utilizan únicamente el comprobativo '¿no?', para verificar la atención y la comprensión de los interlocutores. Caso distinto del estudio realizado por González (2006), quien

---

<sup>47</sup> Ver transcripciones de los marcadores descritos.

sostiene que el comprobativo de mayor incidencia en el discurso afásico es ‘¿eh?’, aunque señala también que son escasos los estudios que comprueban esta conclusión en castellano. Al igual que ‘¿eh?’, el marcador ‘¿no?’ también se ubica al final de los enunciados y constituye el término de una porción del discurso para comprobar que el interlocutor aún continúa siguiendo el hilo conductor de la intervención del paciente.

Es interesante indicar que de los casos analizados, RVS, quien tiene secundaria incompleta y una afasia de conducción, conserva mejor el lenguaje espontáneo y el uso de marcadores del discurso. A diferencia de MTC, quien tiene estudios superiores, pero presenta afasia de Wernicke, evidencia un lenguaje alterado y poco inteligible.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

De acuerdo con los análisis realizados y los resultados presentados, se anotan las siguientes conclusiones:

➤ El uso de marcadores del discurso se presenta, en todos los casos, como soportes de la unidad de habla y facilitadores para el procesamiento del discurso por parte de los interlocutores; razón por la cual se han evidenciado cambios de rol –de emisor a receptor y viceversa–, mantenimiento de los temas tratados, organización de lo que se pretende comunicar, entre otros. Sin embargo, en los tipos de afasia anómica y de conducción, se encuentran mejor conservados los usos de los marcadores, en tanto que permiten un mejor procesamiento del discurso. En cambio, en la afasia de Wernicke, el uso de aquellas unidades lingüística es considerablemente limitado.

- Los resultados presentados demuestran que el tipo de afasia es fundamental para el uso de los marcadores del discurso. Cuando la afasia es leve – como la anómica–, también lo es la afectación lingüística; en consecuencia, la competencia conversacional se encuentra más conservada.
  
- Los resultados demuestran que, en la afasia de Wernicke –la cual es una afasia severa–, mientras más afectados estén los centros del lenguaje, menor es la capacidad para establecer una conversación utilizando los marcadores del discurso.
  
- El uso de marcadores del discurso conversacionales de pacientes con el mismo tipo de afasia (en este caso, de conducción) presenta diferencias significativas en cuanto a la variedad de estos. Sin embargo y a pesar de que la población no es lo suficientemente extensa para generalizar, podría deberse a distintos tipos de evolución, mayor o menor tiempo de intervención y tratamiento o diferentes centros del lenguaje afectados.
  
- La propiedad polifuncional de los marcadores no se encuentra disminuida en los pacientes afásicos; por el contrario, aquellas unidades dependen del valor pragmático-discursivo que les atribuya el hablante.

## 5.2 Recomendaciones

Finalmente, es necesario proponer algunas sugerencias a fin de que la investigación acerca de la afasia se lleve a cabo desde una perspectiva interdisciplinaria:

- Realizar una investigación exhaustiva acerca del uso de marcadores del discurso –por ejemplo, en cuanto a las características entonacionales– en una población afásica mayor para determinar mayores similitudes y diferencias.
- Realizar análisis detallados sobre marcadores del discurso en español peruano en hablantes sanos, para determinar diferencias entre estos y los hablantes con afasia.
- Elaborar propuestas de tratamiento en las que se incluyan elementos lingüísticos conservados, por ejemplo el uso de marcadores del discurso, con el objetivo de que los pacientes afásicos se habitúen al uso de estos durante una conversación. Lo cual no solamente será beneficioso para que mejore su capacidad lingüística, sino también su capacidad social.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcantud, F. (Coord.) (2003). *Intervención psicoeducativa en niños con trastornos generalizados del desarrollo*. Madrid: Pirámide.

Basso, A. (2010). *La afasia: conocer para rehabilitar*. Buenos Aires: Akadia.

Beaugrande de R. y Ulrich, W. (1997). *Introducción a la lingüística del texto*. España: Ariel.

Borregón, S. (1997) *La afasia: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: CEPE.

Briz, A. (1993). «Los conectores pragmáticos en la conversación coloquial (II): su papel metadiscursivo». *Español actual*, 59, 39-56.

Cáceres, A. (1973). «Afasia expresiva». En *Acta médica peruana*, 1 (1), 33-38.  
Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta\\_medica/1973](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/1973).

Caplan, D. (1992). *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Madrid: Fuenlabrada.

Cazayus, P. (1981). *La afasia, desde el punto de vista del psicólogo*. Barcelona: Herder.

Córdova, P. (2012). *Análisis del discurso de cinco pacientes con afasia fluente: Wernicke y transcortical sensorial*, Tesis de maestría publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, PUCP: Lima, Perú.

Cortés, L. (2005). *Unidades de segmentación y marcadores del discurso*. Madrid: Arco/Libros.

Denegri, M. A. (2010). *Miscelánea humanística..* Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Flores, B. (2002). «Las afasias». Conceptos clínicos. *Instituto de la Comunicación Humana*, 7, 1-32.

Fraser, B. (1990). «An approach to discourse markers». *Journal of pragmatics*, 14, 383-395.

Gallardo, B. y Marín, M. (2005). «Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso afásico». En *Revista de investigación Lingüística*, Murcia: Universidad de Murcia. Recuperado de <http://revistas.um.es/ril/article/view/6651>.

González, A. (2006). «Los comprobativos en el lenguaje afásico». En *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional*

de *Lingüística Clínica*, Valencia: Universitat. Recuperado de [http://www.uv.es/perla/1\[03\]%20GonzalezDios.pdf](http://www.uv.es/perla/1[03]%20GonzalezDios.pdf).

Herrero, J. (2006). *Teorías de pragmática, de lingüística textual y de análisis del discurso*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Jakobson, R. (1973). *Afasia y discurso psicótico*. Buenos Aires: Alonso Editor.

Levinson, S. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.

López, D. (2006). «Alexia pura y afasia anómica en un caso de evento vascular cerebral». En *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*, Valencia: Universitat. Recuperado de [http://www.uv.es/perla/1\[06\].%20LopezLozano.pdf](http://www.uv.es/perla/1[06].%20LopezLozano.pdf)

Luria, A. R. (1978). *Cerebro y lenguaje. La afasia traumática: síndrome, exploración y tratamiento*. Barcelona: Fontanella.

Luria, A. R. (1988). *El cerebro en acción (Vol. 1)*. Argentina: Hyspamérica.

Manning, L. (1992). *Introducción a la neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje: teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia*. Madrid: Trotta.

Martín Zorraquino, M. y Portolés, J. (1999). «Los marcadores del discurso» en Bosque, I. y Demonte, V. (eds.) *Gramática descriptiva de la lengua española*. Vol. III. Madrid: Espasa Calpe (4051- 4213).

Martín Zorraquino, M. y Montolío Durán, E. (Coord.) (1998) *Los marcadores del discurso: teoría y análisis*. Madrid: Arco/Libros.

Miranda, L. (2002). *Introducción a la lingüística del texto*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

Perea, M. (2001). «Clasificación del síndrome afásico». *Revista de Neurología*. 32 (5), 483-488.

Pietrosemoli, L. (1996). *Coherencia y cohesión en el discurso afásico*. Recuperado el 19 de junio de 2012, del sitio Web del Departamento de Lingüística de la Universidad de los Andes, <http://www.ing.ula.ve>.

Pietrosemoli, L., Vera, M., González, S. y Coutín, P. (2005). «Marcadores discursivos en hablantes sanos y afásicos: el caso especial de y». En *Boletín de Lingüística*, Venezuela: Universidad Central de Venezuela. Recuperado de [saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_bl/article/download/1515/1407](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_bl/article/download/1515/1407).

Pietrosemoli, L. (2007). «Análisis del discurso en poblaciones especiales: la conversación con afásico». En Bolívar, A. (comp.). *Análisis del discurso. ¿Por qué y para qué?* (305-337). Recuperado de <http://books.google.com.pe/books>.

Piñero, G. (2009). «Tipología textual e identificación de nuevos marcadores discursivos del español». *Estudios filológicos*. 44, 167-180.

Poblete, M. (1999). «Marcadores pragmáticos en el español culto de Santiago de Chile: aspectos prosódicos». *Onomazein*, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://www.onomazein.net/4/marcadores.pdf>.

Portolés, J. (2007). *Pragmática para hispanistas*. Madrid: Síntesis.

Rado, J. (2006). *Adaptación del Test de Boston a la población afásica que acude al INR*, Tesis de maestría publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, PUCP: Lima, Perú.

Renkema, J. (1999) *Introducción a los estudios sobre el discurso*. Barcelona: Gedisa.

Rodríguez, G, et al. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.

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

Serrano, M. J. (2006). *Gramática del discurso*. España: Akal.

Stubbs, M. (1983). *Análisis del discurso: análisis sociolingüístico del lenguaje natural*. Madrid: Alianza Editorial.

Tannen, D. (1996). *Género y discurso*. Barcelona: Paidós.

Van Dijk, T. (Comp.) (2000). *El discurso como interacción social: estudios del discurso: introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.

Van Dijk, T. (1980) *Texto y contexto: semántica y pragmática del discurso*. Madrid: Cátedra.

Vendrell, J. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de Neurología*. 32 (10), 980-986.

## ANEXO 1

PROTOCOLO PARA EVALUACIÓN DE MARCADORES DEL DISCURSO  
(ADAPTADO DEL TEST DE BOSTON)

Caso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Nombres y apellidos del paciente
2. Dirección
3. Fecha de nacimiento
4. Lugar de nacimiento
5. ¿En qué colegio estudió?
6. ¿Recuerda en que año terminó el colegio?
7. ¿A qué edad finalizó sus estudios?
8. Luego estudió alguna carrera profesional o técnica?
9. ¿Cuál y dónde?
10. Nivel de estudios:
11. Antecedentes ocupacionales y profesión (¿Dónde trabajaba y qué actividad realizaba en el trabajo? ¿En qué trabajaba?)
12. ¿Qué idiomas habla?  
Idiomas: solo español ( ) Bilingüe ( )
13. Historia de mano dominante (¿Con qué mano escribe?)
14. Etiología (¿Recuerda cuál fue la causa de su problema para hablar, le dijeron que pasó en su cabeza? ¿Sabe por qué vino al hospital?)
15. Duración de la enfermedad actual (¿Cuánto tiempo tiene con la enfermedad?)
16. Localización de la lesión (¿Le dijeron dónde está localizada su lesión?)
17. ¿Podía mover el brazo o la pierna?

18. ¿Nunca dejó de caminar?

Hemiplejia: Derecha ( ) Izquierda ( ) Recuperada ( ) Ausente ( )

Hemianopsia: Derecha ( ) Izquierda ( ) Recuperada ( ) Ausente ( )

19. Resultados de exámenes auxiliares

TAC:

Otros:

20. Realizó terapia de lenguaje:

Sí ( ) No ( )

### HABLA, CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN

1. Respuesta al saludo (¿Cómo está ud. hoy?)
2. Respuesta con 'sí' o 'no' (¿Hacía mucho que no venía por aquí? ¿Trabaja ud. actualmente? ¿Hace cuanto tiempo que no estaba por aquí? ¿Duerme ud. bien?)
3. Respuesta utilizando 'creo que sí' o equivalente (¿Cree ud. que su problema puede mejorar? ¿Cree que su problema ha mejorado?)
4. Respuesta utilizando 'no sé' o equivalente (¿Cuándo va a terminar su tratamiento?)
5. Respuesta utilizando 'así lo espero' o equivalente (Esperemos que pronto, ¿no cree?)
6. ¿Me dice su nombre completo?
7. ¿Cuál es su dirección completa? (Aceptar como correcta cualquier respuesta que incluya calle y número, o calle y ciudad)



DESCRIPCIÓN DE LÁMINA



## ANEXO 2

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

## Equipo de investigación

La investigación es realizada por el estudiante de la Maestría en Fonoaudiología del Centro Peruano de Audición y Lenguaje (CPAL) Enrique Sinacay Caldas, cuyo número de documento es 43960210 y número de contacto, 5567339.

## Introducción/Propósito

Esta investigación tiene como finalidad determinar y describir los marcadores del discurso que posibilitan iniciar, mantener y finalizar un intercambio conversacional en afásicos fluentes de un centro hospitalario del Callao. Asimismo, se pretende servir de base para la iniciación de otras investigaciones.

## Participación

La participación es estrictamente voluntaria.

## Procedimientos

Si usted accede a participar de este estudio, se le aplicará una prueba conocida como el Test de Boston, el cual es solamente para pacientes afásicos. El test tiene como duración un tiempo aproximado de 2 horas; sin embargo, si usted se siente cansado o desea detener la aplicación en algún momento, se puede retomar la prueba en una sesión posterior.

#### Riesgos/Incomodidades

Ninguno.

#### Beneficios

Este estudio permitirá crear nuevos programas para ayudar a los pacientes afásicos. Asimismo, se podrá obtener información importante para mejorar su tratamiento. Por otro lado, permitirá que se realicen otras investigaciones que también ayudan a este fin.

#### Compensación

Al final de la investigación, se le dará un informe con los resultados del test que se le aplicó, con lo cual podrá beneficiarse en su tratamiento y mejoría.

#### Confidencialidad de la información

La información será confidencial y durante la sesión se grabarán (en audio o video) los datos que se obtengan y las respuestas que usted nos brinde; de esta forma, el investigador podrá transcribir los resultados para el posterior análisis.

#### Problemas o preguntas

Si usted tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento al investigador durante su participación.

Consentimiento/Participación voluntaria

Considerando todo lo anterior, yo, \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento para participar en la investigación y para que los datos obtenidos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el trabajo.

Considerar, además, que puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Nombres y firmas del participante y responsable legal

Nombre:

DNI:

Firma:

Fecha:

Nombre:

DNI:

Firma:

Fecha:

