

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Facultat de Filologia, Traducció i Comunicació



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

**DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS PRAGMÁTICO DEL LENGUAJE EN LA
DEMENCIA DE TIPO ALZHEIMER**

*Description and Pragmatic Analysis of Language of People with
Dementia of the Alzheimer's Type*

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

JOSÉ LUIS PÉREZ MANTERO

DIRIGIDA POR:

BEATRIZ GALLARDO PAÚLS

Catedrática de Lingüística

DOCTORADO EN LENGUAS Y LITERATURAS

VALENCIA, MARZO de 2017

Índice

Índice de tablas.....	5
Índice de figuras.....	7
Agradecimientos	9
CAPÍTULO 1. UN ESTUDIO SOBRE EL DÉFICIT VERBAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	11
1. Introducción y objetivos.....	13
2. Apunte breve sobre el marco teórico	17
3. Déficit lingüístico, neuropsicología y lingüística clínica	18
3.1 Pragmática clínica	25
3.2 Los tres enfoques de la pragmática.....	28
4. Demencia y enfermedad de Alzheimer	30
4.1 La demencia de tipo alzhéimer: síntomas y etiología.....	31
4.2 La demencia de tipo alzhéimer: datos sobre prevalencia e incidencia	34
4.3 La demencia de tipo alzhéimer: las etapas del deterioro cognitivo	36
4.4 El déficit de memoria en la DTA.....	41
4.4.1 Memoria sensorial.....	42
4.4.2 Memoria de trabajo	43
4.4.3 Memoria a largo plazo	47
4.4.3.1 Memoria semántica.....	48
4.4.3.2 Memoria episódica	49
4.5 El déficit de atención en la DTA	51
4.5.1 Atención selectiva y flexibilidad atencional	51
4.5.2 Atención sostenida	52
4.5.3 Atención dividida.....	53
4.6 El déficit ejecutivo en la DTA.....	54
4.7 El déficit lingüístico en las personas con DTA: estado de la cuestión	59
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	67
5. Métodos para la obtención de datos en lingüística clínica	69
5.1 Test y perfiles	69
5.2 Entrevistas	78
5.2.1 La entrevista terapéutica	78
5.2.2 La entrevista etnográfica.....	80
5.2.3 Conversaciones	81
6. Justificación metodológica.....	89
7. Los datos	91

7.1 Selección de participantes	91
7.2 Otros participantes: el investigador y el interlocutor clave	93
7.3 Procedimiento de recogida de datos	94
7.4 Los datos: la transcripción.....	95
7.5 Las convenciones de transcripción	96
7.6 Los datos: aproximaciones al corpus.....	105
4.3.5.1 Estudio transversal.....	107
4.3.5.2 Estudio longitudinal.....	109
8. Conclusiones e introducción a los próximos capítulos	111
CAPÍTULO 3: LA PRAGMÁTICA INTERACTIVA	113
9. Delimitación de la pragmática interactiva.....	115
10. Categorías de la pragmática interactiva	121
10.1 El turno y los fenómenos de transición entre turnos	121
10.2 El sistema dual de la toma de turno.....	133
11. Las unidades estructurales de la conversación.....	139
11.1 Actos de habla	140
11.2 Intervenciones.....	146
11.2.1 Intervenciones no predictivas: informes y reacciones evaluativas	155
11.2.2 Intervenciones predictivas: inicios y respuestas	163
11.3 Intercambios	178
12. Secuencias.....	181
12.1 Secuencias de historia.....	183
12.2 Secuencias de concordancia	189
12.3 Secuencias de lateralización: las rectificaciones	191
12.4 Secuencias de inserción.....	202
13. Indicadores en pragmática interactiva.....	204
13.1 El Índice de Participación Conversacional	204
13.2 La Longitud Media de Turno	213
13.3 La Agilidad de Turno	215
CAPÍTULO 4: LA PRAGMÁTICA ENUNCIATIVA.....	219
14. Delimitación de la pragmática enunciativa	221
15. Los actos de habla	223
15.1 Categorías de análisis de los actos de habla	229
15.2 Análisis y discusión de los resultados	234
15.2.1 La dimensión locutiva de los actos de habla.....	234
15.2.1.1 Actos proposicionales.....	236

15.2.1.2 Actos activadores de inferencias	242
15.2.1.3 Actos locutivos	244
15.2.1.4 Actos no verbales.....	247
15.2.2 Gestión conversacional: Tareas de edición.....	264
15.2.2.1 Pausas vacías y pausas oralizadas.....	264
15.2.2.2 Actos borrador	267
15.2.2.3 Preguntas confirmatorias	271
15.2.3 La dimensión ilocutiva de los actos de habla.....	273
15.2.3.1 Actos representativos.....	276
15.2.3.2 Actos directivos	278
15.2.3.3 Actos expresivos.....	281
15.2.3.4 Actos compromisorios	283
16. El significado inferencial	286
16.1. Inferencias trópicas.....	287
16.2. Implicaturas. Las máximas conversacionales.....	290
CAPÍTULO 5: LA PRAGMÁTICA TEXTUAL.....	297
17. Delimitación de la pragmática textual.....	299
18. Coherencia	300
18.1 La gestión temática.....	303
18.2 La superestructura	315
19. Cohesión.....	320
20. El déficit textual según el tipo de relación lingüística afectado	323
20.1 El déficit de recepción.....	324
20.1.1 Categorías de análisis del déficit de recepción	325
20.2 El déficit de concordancia	331
20.2.1 Categorías de análisis del déficit de concordancia.....	331
20.3 El déficit de orden	334
20.3.1 Categorías de análisis del déficit de orden.....	334
20.4 Déficit de integración	335
20.4.1 Categorías de análisis del déficit de integración	336
20.5 Análisis y resultados del déficit lingüístico por relaciones textuales	338
20.5.1 El déficit de recepción: Resultados.....	342
20.5.1.1 Sustitución, omisión y adición fonológicas	343
20.5.1.2 Omisión de morfema	345
20.5.1.3 Sustitución de morfema	346
20.5.1.4 Omisión de verbo y de sustantivo.....	347
20.5.1.5 Omisión de objeto.....	351

20.5.1.6 Omisión de sujeto	352
20.5.1.7 Omisión de proposición completa	353
20.5.1.8 Parafasia	355
20.5.1.9 Proformas sin referente claro.....	357
20.5.1.10 Omisión de intervención predicha	359
20.5.1.11 Omisión de categoría textual	362
20.5.1.12 Sustitución de categoría textual	363
20.5.2 El déficit de concordancia: Resultados	365
20.5.2.1 Discordancia de género	366
20.5.2.2 Discordancia de deíctico de persona.....	366
20.5.2.3 Discordancia entre sujeto y verbo.....	368
20.5.2.4 Ruptura temática.....	369
20.5.2.5 Sustitución de intervención esperable	372
20.5.3 El déficit de orden: Resultados	374
20.5.3.1 Alteración en el orden de las palabras	374
20.5.4 El déficit de integración: Resultados	376
20.5.4.1 Desintegración fonológica.....	377
20.5.4.2 Desintegración sintáctica.....	378
20.5.4.3 Desintegración semántica	379
20.5.4.4 Desintegración pragmática	381
CONCLUSIONES	385
DESCRIPTION AND PRAGMATIC ANALYSIS OF LANGUAGE OF PEOPLE WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER'S TYPE	405
21. Summary	407
22. Method	408
23. Results and Discussion.....	409
24. Conclusions.....	416
BIBLIOGRAFÍA.....	421

Índice de tablas

Tabla 1:Prevalencia de la DTA en Europa Occidental según sexo y franjas de edad de los individuos.....	35
Tabla 2:Prevalencia de la DTA en España según franjas de edad (datos basados en Cortés, 2016).....	36
Tabla 3:Mini Mental State Examination (Adaptación española de Lobo et al., 2002).	38
Tabla 4:Estadios de deterioro cognitivo basados en la “Escala de Deterioro Global” de Reisberg et al. (1982).	40
Tabla 5:Datos sociolingüísticos de los informantes con demencia.	92
Tabla 6:Cuadro resumen de los códigos utilizados en las líneas principales.	102
Tabla 7:Cuadro resumen de los códigos utilizados en las líneas secundarias.	104
Tabla 8:Duración total de las grabaciones y muestra seleccionada para el análisis.....	107
Tabla 9:Grabaciones pertenecientes al estudio longitudinal.	110
Tabla 10:Aumento de los fenómenos de interrupción según progresa la gravedad de la DTA en los hablantes.....	123
Tabla 11:Fenómenos de interrupción provocados por el resto de participantes en las conversaciones.	124
Tabla 12:Nivel de uso de los actos de habla de enlace por parte de todos los participantes según el grado de deterioro cognitivo del hablante con DTA.	143
Tabla 13:Porcentaje de intervenciones de inicio del hablante con DTA a lo largo de la enfermedad.....	153
Tabla 14:Relación entre el aumento de intervenciones interrogativas y la gravedad de la DTA.	165
Tabla 15:Trayectorias de rectificación según el nivel de la DTA.....	197
Tabla 16:Índice de Participación Conversacional, medido en turnos, según el número de participantes en la conversación.	209
Tabla 17:Índice de Participación Conversacional, medido en palabras, según el número de participantes en la conversación.	209
Tabla 18:Índice de Participación Conversacional, medido en turnos, según el nivel de la DTA.....	210
Tabla 19:Índice de Participación Conversacional, medido en palabras, según el nivel de la DTA.....	210

Tabla 20:Índice de Participación Conversacional, medido en turnos y en palabras. Estudio longitudinal de 6 informantes.	212
Tabla 21:Comparación de la Agilidad de Turno en conversaciones en las que participa o no una persona con afasia (Moreno Campos, 2010).....	216
Tabla 22:Agilidad de Turno, según el número de interlocutores y el nivel de la DTA.	216
Tabla 23:Agilidad de Turno. Estudio longitudinal de 6 informantes.	218
Tabla 24:Correspondencias entre las dimensiones del acto de habla, el valor que transmiten y el elemento del proceso de comunicación destacado.....	225
Tabla 25:Distribución porcentual de los tipos de actos incluidos dentro de la categoría “Acto no verbal”, según el nivel de deterioro cognitivo.	249
Tabla 26:Porcentaje de pronombres con y sin referencia deducible a partir del contexto conversacional, según el nivel de la demencia.	321
Tabla 27:Casos de déficits lingüísticos por conversación según el nivel de la demencia.	338

Índice de figuras

Figura 1:Esquema de tipos de memoria según Bourgeois y Hickey (2009: 44).	42
Figura 2:Ejemplo de líneas de cabecera de una transcripción del corpus PerLA.	99
Figura 3:Propuesta de clasificación de intervenciones en el modelo de Gallardo Paúls.....	148
Figura 4:Tipos de intervención y estadios de gravedad de la DTA.	150
Figura 5:Evolución en el uso de los tipos de intervención según el nivel de la DTA del hablante.....	150
Figura 6:Distribución de los tipos de interrogación en el investigador y el interlocutor clave según el grado de demencia.	168
Figura 7:Relación entre el tipo de preguntas usadas por los interlocutores del hablante con DTA y los requerimientos de memoria.....	170
Figura 8:Porcentajes de respuestas inadecuadas tras una pregunta semántica, según el nivel de la DTA y el tipo de pregunta.	174
Figura 9:Porcentajes de respuestas inadecuadas tras una pregunta episódica, según el nivel de la DTA y el tipo de pregunta.	175
Figura 10:Porcentajes de respuestas inadecuadas tras una pregunta episódica reciente o remota, según el nivel de la DTA y el tipo de pregunta.....	176
Figura 11:Categorías de la dimensión locutiva de los actos de habla de los informantes con DTA.	235
Figura 12:Categorías de la dimensión locutiva de los actos de habla de los interlocutores clave.....	235
Figura 13:Categorías de la dimensión locutiva de los actos de habla del investigador.....	235
Figura 14:Emblema aproximativo correspondiente al ejemplo 67.....	256
Figura 15:Emblema de dirección correspondiente al ejemplo 69.	258
Figura 16:Ilustrador deíctico correspondiente al ejemplo 70.	259
Figura 17:Regulador de compás correspondiente al ejemplo 75.....	263
Figura 18:Porcentajes de actos ilocutivos producidos por los hablantes con DTA en las tres etapas de la demencia.....	275
Figura 19:Porcentajes de actos ilocutivos producidos por los interlocutores clave.	275
Figura 20:Porcentajes de actos ilocutivos producidos por el investigador.....	275
Figura 21:Tipos de significado implícito a partir de Grice (1975).....	287
Figura 22:Transgresiones de las máximas conversacionales en cada etapa de la DTA.	292

Figura 23:Tipos de cambio de tema por parte de los hablantes con DTA.....	309
Figura 24:Razones que explican los cambios de tema protagonizados por los hablantes con DTA.	310
Figura 25:Aparición de déficits lingüísticos por conversación según el tipo de déficit y el nivel de la demencia.....	339
Figura 26:Promedio de tipos de déficit de recepción por conversación según la etapa de la DTA.....	343
Figura 27:Promedio de tipos de déficit de concordancia por conversación según la etapa de la DTA.	365
Figura 28:Promedio de tipos de déficit de orden por conversación según la etapa de la DTA.	374
Figura 29:Promedio de tipos de déficit de integración por conversación según la etapa de la DTA.	376

Agradecimientos

A mi abuela Nina.

No creo que sea posible resumir en tan pocas palabras tantos agradecimientos como los que merece la ayuda que, desde numerosos ámbitos, he recibido durante la confección de esta tesis doctoral. Por ello, ruego que aquellos que no se vean reflejados en estos agradecimientos sepan disculpar las limitaciones de mi memoria: *si no os encuentro entre mis recuerdos, no dudéis que permanecéis en mi corazón.*

Me gustaría comenzar este apartado dando las gracias a la persona que me recomendó que el tema de mi tesis debería ser original e importante para mí. Pocos me habréis oído hablar de Inma y de este episodio en concreto, pero ella es la prueba fehaciente de que hasta una persona que pasa puntualmente por la vida de uno puede ser un motor de cambio.

A continuación, quisiera otorgarle un lugar especial a mi directora de tesis, Beatriz Gallardo, quien, desde que me puse en contacto con ella, me acogió con los brazos abiertos en una nueva ciudad y me dio la oportunidad de investigar las habilidades comunicativas de las personas con alzhéimer gracias a las herramientas teóricas y metodológicas que había desarrollado a partir de su experiencia en el estudio de otras muchas patologías del lenguaje. Sus sólidos conocimientos lingüísticos me han permitido estar seguro de lo que hacía en muchas etapas de mi investigación. Pero, además, en un plano más íntimo, sus consejos siempre resultaron muy enriquecedores para poder establecer un equilibrio entre lo profesional y lo personal, algo que se descuida fácilmente en la carrera investigadora. Del mismo modo, no quisiera dejar pasar la oportunidad de acordarme de otros miembros del área de Lingüística General de la Universitat de València, en especial, de Carlos Hernández, quien siempre me ha mostrado su apoyo y una confianza inmerecida en mí.

A lo largo de estos años de duro trabajo y a distancia de los seres queridos no me ha faltado gente con la que aprender nuevas cosas, compartir preocupaciones y disfrutar de buenos momentos. Maite fue mi guía en muchos de los primeros pasos de la tesis, una amiga y una magnífica compañera con una capacidad de trabajo impresionante y contagiosa. Por otro lado, cómo olvidar la “becocueva” y las compañeras con las que he

compartido tantas horas de risas, trabajo y, por qué no, procrastinación. A todas ellas tengo que agradecerles haber hecho mi estancia en Valencia mucho más agradable.

Una tesis como esta necesita la indispensable participación de muchas personas que muy amablemente me cedieron un pedacito de su intimidad para que yo pudiese obtener los datos conversacionales desde los que partiese mi análisis. Sin duda, la mejor experiencia en estos años ha sido ir a las casas de las personas con alzhéimer y pasar un rato de charla agradable con ellos y sus familiares. Mil gracias a todos ellos porque entendieron que con su ayuda desinteresada podrían hacer posible avanzar en un conocimiento que no repercutirá en ellos mismos, sino en otros que vengan después. Quisiera hacer extensible este agradecimiento a la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia y al Servicio de Neurología del Hospital La Fe de Valencia por facilitarme el contacto con estas personas; sin su consideración, esta investigación no habría sido posible.

Pasando al ámbito estrictamente familiar, debo reconocer el enorme peso que la educación que mis padres nos dieron a mi hermana y a mí ha tenido en que me encuentre aquí en este momento. Ellos me inculcaron la responsabilidad por el trabajo bien hecho y la importancia de aspirar a las cotas más altas en mis estudios y en mi profesión, a la par que siempre han apoyado que siguiese mi vocación. A ellos les debo todo y eternamente les estaré agradecido.

No sé muy bien qué decirle a Marta que ella no conozca ya. Sin duda, tú eres quien más ha “sufrido” mi tesis, pero ya sabes que el trabajo duro y las privaciones de este tiempo van a tener su recompensa próximamente. Muchísimas gracias por soportar la distancia y por animarme en los momentos más difíciles. Gracias por darme también ese puntito de presión que siempre necesito para trabajar con mayor rendimiento.

Ya pasó.

Por último, quiero detenerme en la persona que inspiró esta tesis: mi abuela Nina. Por ella supe los estragos que causa esta enfermedad y que la pérdida de memoria no era, ni mucho menos, la consecuencia más grave del alzhéimer ¿Qué puede suponer más angustia que asistir a la creciente incomunicación con un ser querido? Más de la mitad de mi vida no te conocí sino “en tu mundo”, aislada de la realidad feliz que te rodeaba por culpa de la terrible enfermedad. Me encantaría haberte conocido mejor, abuela.

En lo poco que esta tesis pueda resultar útil ya no será beneficioso para ti, pero que todos sepan que todo esto lo hice por ti. Te quiero. Os quiero.

**CAPÍTULO 1. UN ESTUDIO SOBRE EL DÉFICIT VERBAL EN LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

1. Introducción y objetivos

En los primeros años del siglo XXI, en los que ya se ponen de manifiesto las consecuencias que, en multitud de ámbitos, provoca el envejecimiento de la población en los países desarrollados, no resulta extraño encontrar un creciente número de investigaciones que toman como objeto de estudio la demencia de tipo alzhéimer. La lucha por comprender y combatir esta enfermedad compromete a innumerables profesionales que desarrollan su actividad desde disciplinas como la neurología, la farmacología, la psicología o la política social. Son bien conocidas las principales repercusiones que la demencia tiene en la persona que la padece (amnesia, desorientación, deterioro progresivo de sus facultades intelectuales y físicas) y en aquellos familiares y allegados que conviven con ella (estrés, depresión, incompatibilidad con el trabajo remunerado). Sin embargo, no siempre se tiene en cuenta que el lenguaje, y la comunicación en general, es una de las capacidades más afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

Por esta razón, creímos que se hacía necesario un enfoque lingüístico en el estudio de la demencia que completase el avanzado conocimiento del que ya disponemos a través de la neuropsicología. Para ello, es fundamental partir de una concepción aplicada de la lingüística, es decir, del convencimiento de que la lingüística puede ser útil a la sociedad, a través de una metodología y un análisis propios, para solucionar los problemas que en ella se presentan.

Este es el punto de partida de nuestra tesis doctoral, titulada *Descripción y análisis pragmático del lenguaje en la demencia de tipo alzhéimer*. En ella hemos abordado, desde una perspectiva pragmática, el estudio de las habilidades comunicativas alteradas por la demencia y de aquellas que se conservan de mejor forma. Esto implica, como es obvio, que los datos lingüísticos de los que hemos partido para realizar nuestra investigación debían ser de carácter conversacional, pues la conversación cotidiana es la situación comunicativa por excelencia. Por este motivo, hemos confeccionado un corpus de 27 grabaciones en las que interactúan un hablante con demencia, uno o varios familiares y el investigador.

Del mismo modo, dado el carácter neurodegenerativo de esta patología, en nuestro trabajo hemos agrupado los resultados correspondientes a los informantes con un mismo grado de deterioro cognitivo a fin de que fuese posible la observación del previsible empeoramiento comunicativo a medida que avanza la demencia. En este

sentido, uno de nuestros propósitos consistió en trazar el perfil lingüístico del alzhéimer a través de sus distintas etapas, una labor que hasta la fecha no parece haber sido realizada utilizando un mismo criterio metodológico. Si bien la lenta progresión que caracteriza a la demencia no ha permitido que estudiásemos a los mismos informantes a través de las tres fases de la enfermedad, nuestro estudio es en todo caso más completo que las diversas aproximaciones existentes, basadas normalmente en el análisis de fenómenos lingüísticos específicos. Consideramos, por lo tanto, que el carácter holístico de nuestra investigación, merced al empleo de un enfoque metodológico que parte de la lingüística perceptiva, es una de sus aportaciones más novedosas y relevantes.

Pero nuestra tesis no se limita al análisis de las capacidades comunicativas de los informantes con alzhéimer. Como es bien sabido, la actuación lingüística de un hablante en una interacción conversacional depende, en gran medida, de la los demás interlocutores. Por este motivo, se hizo indispensable atender a las intervenciones de los hablantes sin demencia, en especial, a las del interlocutor clave, como persona con la que interactúa normalmente la persona con alzhéimer. En definitiva, aunque el centro de nuestra investigación recayó sobre el análisis de las habilidades lingüísticas de los hablantes con demencia, nuestra tesis se ha visto completada con el estudio de las estrategias conversacionales empleadas por el interlocutor clave.

Aunque no fuese uno de los objetivos principales de esta investigación, esta atención integral a los intercambios conversacionales nos ha permitido completar una descripción que puede ser útil a la hora de crear protocolos de ayuda conversacional destinados a familiares de personas con alzhéimer. Por ello, a lo largo de esta tesis, a partir de los resultados que surgen de nuestro estudio, hemos realizado algunas valoraciones en este sentido que sin duda se plasmarán en un trabajo posterior.

A este respecto, no se debe dejar de lado que, a pesar de que la labor del lingüista clínico comienza con una descripción rigurosa del déficit comunicativo, también tiene la potestad de trabajar junto a los profesionales de la logopedia en la aplicación de estos conocimientos a la rehabilitación o la mejora de la comunicación en presencia de una patología del lenguaje.

En definitiva, con esta investigación pretendemos cubrir algunos déficits de los que, a nuestro juicio, adolece la gran mayoría de los estudios publicados hasta la fecha. Por ello, entre otros, los motivos que impulsaron esta tesis fueron los siguientes:

1. La ausencia de descripciones válidas sobre el lenguaje (entendido en sentido amplio como gramática y pragmática) de los hablantes con demencia de tipo alzhéimer, situación que contrasta con el conocimiento ciertamente detallado que ofrece la bibliografía desde el punto de vista neuropsicológico.
2. La creencia de que para realizar cualquier tipo de intervención rehabilitadora en demencia es necesario un conocimiento previo adecuado y global de la capacidad lingüística de estos hablantes.
3. El requisito de partir de muestras representativas para el mencionado análisis, algo compatible con las exigencias de la lingüística de corpus.
4. La necesidad de realizar una aproximación integradora de la comunicación que considere en todo momento las relaciones entre el déficit lingüístico y otros déficits cognitivos (de memoria, de atención o de la función ejecutiva)

Teniendo en cuenta estas y otras razones, los objetivos que nos planteamos al comienzo de esta tesis fueron los que señalamos a continuación:

Objetivo 1

Confeccionar un corpus de conversaciones en las que participe un hablante con demencia de tipo alzhéimer, recogidas en el contexto habitual del informante y con la presencia de su interlocutor clave para asegurar la validez ecológica de los datos. Este conjunto de conversaciones grabadas deben formar una muestra lo suficientemente representativa como para abordar con garantías el análisis de los datos lingüísticos que emanen de dichas interacciones.

Objetivo 2

Determinar los déficits comunicativos que cursan con la enfermedad de Alzheimer a través de las diferentes etapas en las que se suele dividir su progresión.

Objetivo 3

Describir las habilidades lingüísticas preservadas en los hablantes con alzhéimer, con el fin último de que puedan ser potenciadas para mejorar la calidad de sus interacciones comunicativas.

Objetivo 4

Establecer las posibles relaciones entre los déficits comunicativos observados en las intervenciones de los informantes con demencia y el tipo de déficit cognitivo subyacente.

Objetivo 5

Comprobar si resulta posible establecer distintos niveles de la enfermedad a partir de la aparición de una serie de déficits comunicativos específicos.

Objetivo 6

Analizar las repercusiones de la actitud comunicativa de los interlocutores clave en el lenguaje de los hablantes con alzhéimer y comprobar el uso de estrategias de adaptación conversacional de acuerdo con el grado de déficit cognitivo y comunicativo de la persona con demencia.

Objetivo 7

Determinar si los resultados obtenidos en los test realizados a hablantes con alzhéimer se corresponden con las observaciones que se desprenden del análisis de los datos proporcionados por el corpus de conversaciones.

Objetivo 8

Establecer ciertos paralelismos entre los síntomas verbales identificados para la demencia de tipo alzhéimer y para otras situaciones de déficit lingüístico, como la afasia fluente y no fluente, con independencia de la diferente naturaleza que subyace a tales patologías.

2. Apunte breve sobre el marco teórico

En este apartado señalaremos cuáles son los presupuestos teóricos fundamentales que han guiado la realización de esta investigación, tanto en la elección metodológica como en el análisis concreto de categorías y unidades. Según la práctica habitual en este tipo de trabajos, optaremos por una presentación conjunta de teoría y análisis para evitar redundancias y repeticiones que entorpezcan la lectura, si bien adelantaremos en esta introducción las líneas maestras de nuestra elección teórica. A modo de preámbulo, afirmamos que nuestra investigación es:

- 1) Un estudio de lingüística clínica
- 2) Que adopta una perspectiva de análisis pragmático
- 3) Está basada en un enfoque perceptivo.

Asimismo, dedicaremos un espacio a presentar la demencia de tipo alzhéimer y sus consecuencias a nivel cognitivo, y haremos un repaso por las caracterizaciones que a lo largo de las últimas décadas se han hecho sobre el déficit comunicativo asociado al alzhéimer.

3. Déficit lingüístico, neuropsicología y lingüística clínica

Por la naturaleza misma del objeto de estudio, el análisis del déficit lingüístico debe ser necesariamente de carácter multidisciplinar. Así, entre las disciplinas científicas que juegan un papel destacado en la investigación y el tratamiento de las alteraciones comunicativas podemos destacar la neuropsicología¹, la lingüística clínica y la terapia del lenguaje o logopedia. La suma de las aportaciones de cada una de estas disciplinas nos permite obtener un extenso conocimiento sobre las causas de un déficit lingüístico, sus características específicas asociadas a una patología determinada y los recursos que pueden emplearse para rehabilitar o, al menos, paliar sus consecuencias en la capacidad comunicativa de un hablante.

De manera tradicional, a partir de la descripción de los dos tipos fundamentales de afasia por Broca (1861a, b) y Wernicke (1874), los estudios sobre el déficit lingüístico fueron competencia prácticamente exclusiva de neurólogos y psicólogos durante el resto del siglo XIX y buena parte del siglo XX. El descubrimiento de centros cerebrales diferenciados para la producción y la comprensión del lenguaje estaba en consonancia con la teoría frenológica propuesta por Joseph Gall (1757-1828), que disponía de un gran predicamento en aquellos momentos, y dio lugar a los modelos clásicos tanto en neuropsicología como en neurolingüística: el “localizacionismo” y el “conexionismo”².

Una consecuencia directa de este paradigma fue la búsqueda del asiento cerebral de cada habilidad lingüística. Como resultado se postuló un modelo según el cual todas estas habilidades –pertenecientes a los niveles fonético-fonológico, morfosintáctico y léxico-semántico– estaban situadas en el hemisferio cerebral izquierdo, lo que se

¹ La *neuropsicología* es una disciplina fundamentalmente orientada al estudio de los efectos que provoca una lesión o un mal funcionamiento de las estructuras del sistema nervioso central sobre determinados procesos cognitivos. La *neurolingüística*, por su parte, es una disciplina encargada de analizar la relación entre las alteraciones lingüísticas y su sustrato anatómico y fisiológico. Otra disciplina que se integra en este ámbito de estudio es la *psicolingüística*, cuyo objetivo es descubrir los procesos mentales implicados en la adquisición, la producción y la comprensión del lenguaje.

² El conexionismo fue un modelo que debemos a Karl Wernicke y a sus seguidores, y que propugnaba que las funciones lingüísticas se llevan a cabo a partir de las conexiones neuronales existentes entre los diversos centros del lenguaje, situados en el hemisferio izquierdo. Por consiguiente, las alteraciones lingüísticas podían producirse por una lesión en uno de estos centros o en las redes neuronales que les servían de unión.

convirtió en el origen de la consabida “lateralización” asumida para la función del lenguaje. Sin embargo, a lo largo del pasado siglo han surgido otras explicaciones sobre la relación entre el lenguaje y el cerebro que se ya no se basan tanto en la identificación entre las áreas cerebrales y las funciones que llevan a cabo. Así, Luria (1962) propuso un modelo, la “localización dinámica de funciones”, según el cual una tarea podía ser ejecutada por diferentes mecanismos con el mismo resultado. De esta forma, cuando un individuo sufre una lesión cerebral, las funciones que son realizadas normalmente por las áreas afectadas pueden reorganizarse y ser completadas por otras áreas. Finalmente, un último modelo denominado “holista” considera que muchas funciones lingüísticas se llevarían a cabo a través de amplias zonas cerebrales que trabajan juntas. En definitiva, como afirma Caplan (1987: 168), “los holistas, implícita o explícitamente, niegan que se puedan aislar las funciones psicolingüísticas que los localizacionistas quieren aislar”.

Actualmente, a partir de técnicas como la estimulación magnética transcraneal, el electroencefalograma o los escáneres metabólicos, como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), es posible estudiar desde una perspectiva neuropsicológica las relaciones entre lenguaje y cerebro tanto en sujetos sanos como en aquellos que sufren una patología.

Por otra parte, también los experimentos que se usan en psicolingüística (por ejemplo, la medición del tiempo de reacción ante una tarea o la monitorización de los movimientos oculares) han tenido gran aceptación en el estudio de las capacidades lingüísticas en situaciones clínicas. Las alteraciones que muestran los informantes en uno u otro componente lingüístico llevan a la creación de un modelo explicativo de los procesos que fallan en comparación con el desarrollo normal del lenguaje. En este sentido, para la descripción del déficit se da cuenta de procesos modulares y lineales de procesamiento normal del lenguaje, y se intenta adscribir cada tipo de déficit a un punto concreto de ese proceso. En definitiva:

“Desde una perspectiva teórica, la psicolingüística debe ayudar a proporcionar los modelos y las hipótesis adecuados para explicar cómo funciona el lenguaje en el cerebro, tanto en sujetos normales como en lesionados cerebrales. Desde una perspectiva aplicada, las aportaciones de la psicolingüística repercutirán en la lingüística clínica fundamentalmente a la hora de proporcionar herramientas claras para el diagnóstico y de crear materiales adecuados para una eficaz terapia” (Pardo Ibán, 2000: 150).

Teniendo en cuenta estos antecedentes históricos y el grado de desarrollo que ha alcanzado la neuropsicología, debemos reconocer que, a pesar de honrosas excepciones (Jakobson, 1935, 1941, 1956; Lesser, 1978), hemos asistido a la prolongada ausencia de un enfoque lingüístico en la investigación sobre el déficit comunicativo hasta el final de la década de los setenta del siglo pasado. Entre los motivos que pueden explicar esta situación sobresale el hecho de que hasta mediados del siglo XX la lingüística fue una ciencia eminentemente teórica y descriptiva, sin que entre sus principales pretensiones se encontrara que sus descubrimientos tuvieran una aplicación práctica. Este escenario se ha visto particularmente favorecido por la concepción inmanentista que imperó en la lingüística hasta la eclosión del enfoque comunicativo y de la atracción por el estudio pragmático del lenguaje. La atención a los aspectos conectados con el uso que los hablantes hacen de la lengua ha permitido una visión amplia de la lingüística y un mayor interés por los problemas materiales relacionados con el lenguaje.

Una de estas aplicaciones se da en las situaciones en las que existe un déficit comunicativo y, si bien es cierto que las primeras referencias al estudio de las alteraciones lingüísticas dentro del ámbito de la lingüística aplicada se produjeron en el encuentro de 1969 de la Asociación Internacional de Lingüística Aplicada, su definición como disciplina científica tuvo que esperar hasta la publicación de un trabajo de David Crystal en 1981, con el clarividente título de *Clinical Linguistics*. En este manual, Crystal (1981: 1) define la lingüística clínica como “*the application of linguistic science to the study of communicative disability, as encountered in clinical situations*”.

Más allá de esta sucinta y, por lo demás, obvia caracterización, posteriormente se han planteado otras definiciones que ampliaron esta primera. Pocos años después, el mismo Crystal afirma lo siguiente:

“Para mí, la lingüística clínica no es principalmente una nueva vía para resolver problemas en la teoría lingüística, pero [sic], en primer lugar y sobre todo, una rama de la lingüística aplicada, un intento de utilizar la lingüística para resolver problemas en otros campos, como en logopedia o en enseñanza del lenguaje” (Crystal, 1986: 34).

Sin embargo, otros autores (Ball y Kent, 1987; Ball *et al.*, 2008) consideran que los datos de lenguaje deficitario también pueden ser empleados para comprobar algunos

aspectos de la teoría lingüística, contribuyendo así a su posible modificación y mejora³. No obstante, en esta vía de doble sentido entre la teoría y la aplicación no hay duda de que el recorrido encaminado a resolver problemas de retraso o desviación lingüísticos ha sido el más transitado.

Por lo tanto, la lingüística clínica, como disciplina aplicada, es uno de los pilares básicos en los que descansa la labor de los logopedas. En este sentido, los lingüistas ocupan un lugar preferente en el ámbito de las patologías del lenguaje, pues el objeto de estudio es el propio lenguaje, más allá de que se presente de una manera alterada. El conocimiento profundo del sistema facilitará, por consiguiente, el trabajo de los terapeutas:

“Esta perspectiva [...] proporciona al terapeuta una base, un marco de referencia, un conjunto de principios sistemáticos que le van a permitir actuar con mayor seguridad a la hora de organizar la información, evaluar el comportamiento lingüístico del sujeto, priorizar objetivos o diseñar estrategias de conversación” (Codesido García, 1999: 45).

A este respecto, diversos autores han formulado una serie de objetivos propios de la lingüística clínica. Así, haciendo una selección de las funciones del lingüista clínico planteadas por Marrero Aguiar (2000: 598-599) y, más tarde, por Gallardo Paúls y Valles González (2008: 40), podemos destacar las siguientes:

- Describir los datos lingüísticos de los hablantes con déficit, teniendo en cuenta sus habilidades en todos los componentes del lenguaje y que los datos tengan una validez ecológica, es decir, que puedan considerarse un ejemplo fiable de su conducta comunicativa usual.
- Organizar y establecer una taxonomía de los trastornos del lenguaje desde un punto de vista lingüístico, ni psicológico ni neurológico.

³ Finalmente, Crystal (2001: 679) reconoce –parece que con reticencias– esta orientación hacia la teoría de la lingüística clínica, más allá de su indudable carácter aplicado: “It should perhaps also be added that the subject [Clinical Linguistics] also has a potential theoretical linguistic relevance, in that its findings will doubtless one day make a contribution to neuroscience and cognitive science”.

- Crear herramientas de evaluación del déficit comunicativo que puedan ser utilizadas por los neurólogos y por otros especialistas en el diagnóstico de las patologías del lenguaje.
- Diseñar protocolos y herramientas de rehabilitación terapéutica vinculados a cada trastorno lingüístico de manera específica y que sean utilizados por los profesionales de la logopedia.
- Contribuir a la formación de los terapeutas del lenguaje; esto es, proporcionar a los estudiantes de logopedia los fundamentos lingüísticos necesarios para el desarrollo de su trabajo.
- Colaborar con neurólogos y logopedas en tareas que requieran una mayor especialización lingüística.

En resumen, debemos ser conscientes de que la labor del lingüista no es la diagnosis ni la rehabilitación de los trastornos del lenguaje; estas son tareas que pertenecen a otros profesionales. En cambio, el lingüista se encarga de describir una conducta verbal disfuncional y de proponer al logopeda procedimientos de evaluación del déficit comunicativo y mecanismos que ayuden a la rehabilitación.

Por otro lado, al igual que en otros ámbitos de la lingüística, los modelos teóricos bajo los cuales se lleva a cabo cualquier investigación han tenido una gran importancia en los estudios sobre patologías del lenguaje. Así, de manera general, coincidimos con Fernández Pérez (1998: 414) en que hasta los años 70 el foco se puso sobre la pronunciación; esto es, sobre la fonética articulatoria. En la década de los 70, coincidiendo con el desarrollo del generativismo, asistimos a la aparición de un gran número de test gramaticales. En este sentido, hasta la eclosión del enfoque comunicativo en lingüística (años 80) la mayoría de los estudios sobre el déficit lingüístico seguían un modelo teórico de tipo generativista⁴. Este predominio tuvo

⁴ “Hablar del generativismo sin precisar el modelo a que nos referimos es, evidentemente, un reduccionismo. Las sucesivas publicaciones de Noam Chomsky inauguran los distintos modelos generativistas (teoría estándar, teoría estándar ampliada, semántica generativista, rección y ligamento, principios y parámetros, muévase alfa, teoría de la x/barra...), que van incorporando sucesivamente las críticas recibidas por el modelo previo. El modelo minimalista se inaugura en 1995, y supone la eliminación de casi todo el aparato formal propuesto a lo largo de los años (distinción entre Estructura Profunda y Superficial, reglas de formación, reglas transformacionales, etc.), reduciendo la gramática a una serie de principios innatos muy abstractos” (Brucart, 1987; *apud* Gallardo Paúls, 2007: 27).

claras consecuencias en el desarrollo de la lingüística clínica⁵, ya que al admitirse que la capacidad del lenguaje es innata en el ser humano, que se divide entre “competencia” y “actuación”, y rechazarse el estudio de esta última por su enorme variabilidad, se favorecen los estudios de *caso único*. Hay que tener en cuenta que lo que se propicia con este tipo de investigación son las generalizaciones a partir de un solo caso, algo que se ha comprobado poco fiable para las alteraciones lingüísticas presentes no solo en una enfermedad neurodegenerativa como la demencia de tipo alzhéimer, donde las zonas cerebrales afectadas pueden variar de un caso a otro, sino también en patologías provocadas por una lesión cerebral focal, como las afasias. En estos casos, en los que tal vez se podría esperar un *perfil lingüístico* similar en hablantes con una misma lesión, se observan grandes diferencias en los componentes lingüísticos afectados en cada informante; una variación, además, que se da también en la actuación lingüística de un único hablante (Hernández Sacristán, 2006). Por lo tanto, es necesario tener en cuenta que si realizamos una investigación a partir de un estudio de caso único, lo que estamos haciendo es centrarnos en las habilidades lingüísticas de una persona en concreto y no en las alteraciones que se presentan con más frecuencia junto con esa enfermedad; no se puede asumir que la actuación de un hablante lesionado o afectado por demencia es representativa de todos los hablantes en esa situación.

Del mismo modo, la identificación entre gramática y lenguaje propia de muchos modelos generativistas, que ha tenido una gran fuerza y aún sigue vigente en gran parte de los estudios realizados desde una perspectiva psicológica o neurológica, ha supuesto una concepción estrecha de la lingüística, de las lenguas y del déficit lingüístico que impedía considerar (1) todo elemento que pudiera deberse a la variedad social, geográfica o psicológica del individuo, (2) las lenguas tonales, que dan valor semántico o morfológico a rasgos prosódicos, y (3) las habilidades pragmáticas y sus alteraciones (Gallardo Paúls, 2007: 26-27). Por un lado, esto contribuyó a que no se prestara atención a que los sujetos con afasia, a pesar de tener una capacidad gramatical muy alterada, pudieran comunicarse gracias a sus habilidades pragmáticas. Posteriormente se

⁵ Tengamos en cuenta, no obstante, que hemos considerado que el origen de la lingüística clínica puede retrasarse hasta comienzos de la década de los 80 del siglo XX. Los primeros estudios que se enmarcan dentro de la corriente generativista (años 60 y 70) pertenecerían a áreas como la Psicolingüística o la Neurolingüística y, dentro de esta, preferentemente a la Afasiología. Sin embargo, esto no nos impide tener en cuenta las aportaciones pioneras, aunque aisladas, de lingüistas como Roman Jakobson, Ruth Lesser y David Crystal.

han propuesto terapias que se apoyan en esta capacidad preservada para la rehabilitación comunicativa de los afásicos (Gallardo Paúls, 2005a, 2006; Fernández Urquiza *et al.*, 2012). Por otro lado, esta visión de las alteraciones comunicativas facilitaba que no se investigaran patologías como la demencia, el síndrome de Williams o el síndrome de Asperger, caracterizadas no por un déficit en el componente gramatical, sino por uno especialmente impactante en las habilidades pragmáticas⁶.

Otra repercusión de la aplicación de las teorías chomskianas a la lingüística clínica ha sido la adopción de una visión extrema del *modularismo* fodoriano. Según esta propuesta, cada sistema cognitivo se sitúa en un módulo independiente de nuestra mente. No obstante, mientras Fodor entendía esta modularidad de forma gradual⁷, la incorporación de la teoría modularista a la lingüística a partir del modelo de la Rección y el Ligamento se hizo “equiparando el encapsulamiento informativo de los sistemas de entrada a una independencia absoluta entre los módulos” (Gallardo Paúls, 2007: 39). El siguiente paso consistió en considerar que el módulo gramatical tenía una organización modular interna y que sus componentes estaban encapsulados también. Esto llevó a que muchos estudios clínicos solo trataran de la sintaxis del informante, por ejemplo, mientras obviaban su competencia semántica o fonológica. Sin embargo, “todos los componentes de la gramática muestran interdependencia respecto a fenómenos de otro componente, y los intentos de descripción autónoma fracasan a la hora de dar cuenta de los hechos del lenguaje” (Gallardo Paúls, 2007: 40).

⁶ Chomsky, en su artículo de 1978 “Language and Unconscious Knowledge”, incluido más tarde en el libro *Rules and Representations* (Chomsky, 1980: 224), reconoce la existencia de una *competencia pragmática* responsable del conocimiento que el hablante tiene de las condiciones apropiadas de uso del lenguaje dependiendo de la finalidad de cada emisión lingüística. No obstante, Chomsky centra su interés en la competencia gramatical y discrimina el estudio de la competencia pragmática.

En cambio, ya desde la década de los 60, algunos autores que desarrollan la etnografía de la comunicación (Dell H. Hymes, John Gumperz) y la sociolingüística (William Labov) había propuesto la existencia de una *competencia comunicativa* o *pragmática* que incluía habilidades y elementos socioculturales necesarios para una buena comunicación (Hymes, 1966).

⁷ “Cabe esperar –o al menos, sería deseable que así fuera– que el concepto de modularidad sea una cuestión de grado, y el que voy a proponer efectivamente lo es. Para que un sistema cognitivo se pueda considerar modular tiene que serlo en un grado significativo” (Fodor, 1983: 62).

3.1 Pragmática clínica

Por otra parte, el enfoque comunicativo que domina los estudios de lingüística a partir de los años 80 se extendió a algunas subdisciplinas de la lingüística aplicada, como la enseñanza de lenguas, de manera rápida y exitosa, hasta convertirse en el paradigma imperante en la actualidad. Sin embargo, en otras áreas, como la lingüística clínica, este cambio de perspectiva ha tardado más tiempo en producirse (Prutting y Kirchner, 1983; 1987) y aún hoy no puede decirse que todos los trabajos tengan en cuenta la pragmática o la situación real en la que se producen los intercambios comunicativos.

En cualquier caso, la “revolución pragmática” de la que hablaron Smith y Leinonen (1992: 1) comienza a consolidarse en los estudios sobre el déficit comunicativo, llegándose al punto de que aparezca una nueva etiqueta, *pragmática clínica*, que engloba aquellos trabajos que toman en consideración los aspectos relacionados con el uso del lenguaje y que parten del estudio del lenguaje en acción (y no como ente abstracto y aislado). A lo largo de las últimas décadas, estudios como los de Cummings (2009, 2010, 2014), Müller (2000) o Perkins (2007) han profundizado, por un lado, en el análisis del déficit pragmático asociado a determinadas patologías y, por otro, en el desarrollo de métodos de investigación, mecanismos de evaluación y recursos terapéuticos en consonancia con el enfoque comunicativo.

En este sentido, Fernández Pérez (2015) identifica de forma precisa y resumida las aportaciones de la lingüística de corte pragmático al ámbito de los trastornos de la comunicación. En primer lugar, permite constatar que las emisiones verbales de los hablantes con déficit, aunque sean anómalas, tienen eficacia comunicativa. Por este motivo, la perspectiva de análisis del lenguaje deficitario debe ser pragmática, ya que se hace necesario estudiar el lenguaje en su contexto y valorar los mecanismos que emplean los sujetos con déficit lingüístico para dotar de significado a sus enunciados. La lingüística puede contribuir a la logopedia proporcionando a los terapeutas herramientas teóricas y conceptuales para que estos consideren de manera primordial lo que consigue el hablante con los medios que posee en lugar de pretender lograr una gramática correcta y, quizás, disfuncional. A este respecto, Fernández Pérez (2015: 36) afirma lo siguiente:

“[...] la presencia de aproximaciones y de métodos lingüísticos en el ámbito de las patologías del lenguaje ha reorientado de algún modo su tratamiento, al valorizar los recursos especiales de los hablantes y al priorizar la competencia comunicativa sobre los cánones formales previstos”.

En segundo lugar, y en consonancia con lo anterior, el enfoque pragmático-comunicativo de la lingüística rechaza otorgar validez a que los datos lingüísticos sean obtenidos a través de cuestionarios o test, donde no se mide la capacidad comunicativa real, sino la habilidad para cumplimentar una tarea de mejor o peor forma. Con bastante frecuencia, los resultados pueden estar distorsionados por los nervios que impone la realización de la prueba, la incompreensión de la motivación de la tarea, o por posibles fallos de visión o de memoria. En cambio, la lingüística pragmática promueve el estudio de la lengua en su contexto de uso y, dado que la situación más normal de comunicación es la conversación cotidiana, a ella debemos remitirnos como fuente para recabar los datos que después serán analizados.

De esta idea parte la necesidad de crear corpus lingüísticos donde se recoja el habla deficitaria o alterada⁸. A partir de una muestra representativa de conversaciones en las que participan hablantes con una patología del lenguaje, los lingüistas abstraen las características comunes de las alteraciones y de las habilidades preservadas, con el objetivo de confeccionar el perfil lingüístico de cada situación clínica. Esto puede ser de gran ayuda para los profesionales de la logopedia, ya que con ello se establece una nueva forma de evaluar un déficit comunicativo a través de la propia referencia a las habilidades lingüísticas del paciente, lo que evita basarse únicamente en exploraciones médicas que pueden no ser concluyentes:

“A linguistically informed classification, in which a language disability is characterized explicitly with reference to its use of phonetic, phonological, grammatical, semantic, pragmatic, and other variables, can provide an

⁸ “El cultivo de una lingüística del habla peculiar disfuncional exige acumular muestras de producciones verbales y requiere transitar por los materiales recogidos observando singularidades reiteradas y características sistemáticas. Sobre ello se construye el entramado de reglas que definen el código especial, ciertamente operativo en sus expectativas de efectividad comunicativa aceptable. La presencia de la llamada Lingüística de corpus se vuelve, pues, inevitable cuando se acometen tareas analíticas y valorativas del habla anómala y genuina” (Fernández Pérez, 2015: 13).

alternative diagnostic model, and one which is more able to provide insights about intervention in cases where there is no clear evidence of any medical condition” (Crystal, 2001: 678).

Por último, Fernández Pérez (2015) señala como otra de las aportaciones de la lingüística pragmática la aplicación de un sistema de evaluación escalar, que tenga en cuenta la efectividad de la conducta lingüística del hablante tomando como referencia la de las personas con su misma patología y no la de sujetos con desarrollo típico del lenguaje. Por ello, tanto el lingüista como el logopeda necesitan hacer una comparación con datos de iguales –posible gracias a la compilación de corpus– y establecer en qué nivel se encuentra un determinado hablante con respecto al modelo o patrón.

Sin embargo, diversas razones motivan el surgimiento de reticencias a la hora de llevar a cabo una investigación de tipo pragmático o de aplicar sus descubrimientos en la clínica. Por un lado, una de las críticas más recurrentes estriba en que las descripciones se basan, en gran medida, en la intuición de los investigadores, en lugar de descansar sobre hechos cuantificables. No obstante, más allá de las divergencias entre una metodología de tipo cualitativo y otra de tipo cuantitativo –que tratamos en el apartado §6 sobre *Justificación metodológica*–, lo cierto es que las aproximaciones pragmáticas al lenguaje no tienen por qué prescindir de la cuantificación necesaria ni de realizar un análisis que pueda ser replicado por otros investigadores. Así, en nuestro trabajo partimos de la base de que es posible establecer categorías pragmáticas –al igual que las consabidas categorías sintácticas o semánticas– en el estudio de las habilidades comunicativas de los hablantes con o sin déficit lingüístico. Por supuesto, estas categorías pragmáticas son susceptibles de ser analizadas de manera estadística y, por lo demás, de ser empleadas por otros investigadores que estudien el habla peculiar o, simplemente, el habla cotidiana⁹.

Por otro lado, las tradicionales dificultades para definir y delimitar claramente el ámbito de actuación de la pragmática han provocado patentes discordancias entre los diversos trabajos realizados bajo el paraguas de la pragmática clínica. Fundamentalmente, estas divergencias proceden de la consideración de la pragmática,

⁹ De hecho, buena parte de las categorías pragmáticas que utilizamos en este estudio han surgido de los trabajos de Gallardo Paúls y sus colaboradores a propósito del análisis del corpus PerLA (Gallardo Paúls, 2006; Gallardo Paúls y Fernández Urquiza, 2015; Moreno Campos, 2011).

bien como un componente más del lenguaje (al mismo nivel que los componentes fonológico, morfosintáctico y semántico), bien como una perspectiva de análisis que estudia el lenguaje en uso (y, por lo tanto, un enfoque que se sitúa sobre todos los componentes lingüísticos).

3.2 Los tres enfoques de la pragmática

Nuestra perspectiva de análisis supera esta dicotomía, pues consideramos el estudio de categorías puramente pragmáticas (actos de habla, implicaturas, intervenciones, coherencia, cohesión, etc.) a la vez que procedemos a la descripción de categorías gramaticales (fonológicas, morfosintácticas y semánticas) desde un enfoque centrado en su uso conversacional por parte de los hablantes.

En concreto, partimos de una lingüística cognitiva de corte perceptivo, basada en la *gramática liminar* de López García (1980, 1989). Esta teoría lingüística, también conocida como *lingüística perceptiva*, adopta una visión proveniente de la Gestalt según la cual la totalidad del lenguaje o, en nuestro caso, los datos conversacionales:

“se estudian como conjuntos de estímulos organizados de acuerdo con las nociones de fondo y figura, de manera que el análisis privilegia o destaca a uno de ellos y utiliza al resto como fondo para el estudio” (Gallardo Paúls, 1996: 13).

Esta perspectiva, por lo tanto, promueve la descripción de las categorías lingüísticas simultáneas a partir de enfrentamientos perceptivos. Esto es lo que, desde un punto de vista pragmático, permite a Gallardo Paúls (1996) distinguir tres áreas o niveles de estudio dependiendo de cuál sea el elemento del proceso comunicativo que se realce perceptivamente:

- La *pragmática enunciativa* se centra en las categorías específicamente derivadas del hecho enunciativo atendiendo a su vertiente emisora; en este sentido, las categorías más importantes son los actos de habla y las inferencias.
- En la *pragmática textual* el punto de interés se desplaza al enunciado. En este nivel se estudia la adecuación del texto al contexto, por lo que es el enfoque desde el que se pueden analizar desde una perspectiva pragmática los aspectos gramaticales alterados y preservados. Para ello, categorías textuales

como la cohesión, la coherencia o la gestión temática serán estudiadas a partir de los cuatro tipos de relaciones que pueden darse entre dos elementos lingüísticos: rección, concordancia, orden e integración; se incluyen aquí también los déficits de base gramatical, como el agramatismo o el paragramatismo.

- La *pragmática interactiva* o pragmática del receptor se basa en la naturaleza conversacional del lenguaje y, por lo tanto, tiene en cuenta que las unidades lingüísticas se insertan en una cadena comunicativa. Esto nos permite analizar estas unidades como reacciones en un intercambio. Las categorías estudiadas en este nivel se insertan en el sistema de la toma de turno y las unidades estructurales de la conversación.

Profundizaremos en la caracterización de estos niveles pragmáticos en los apartados dedicados al análisis de los datos conversacionales. Así, dedicaremos un capítulo diferenciado a cada nivel en el que expondremos los presupuestos teóricos utilizados, las categorías de análisis seleccionadas y los resultados obtenidos.

No obstante, a continuación seguiremos con esta introducción centrándonos en la demencia de tipo alzhéimer. Nuestro objetivo consiste en presentar las características y los datos más reveladores de esta patología, haciendo especial hincapié en la relación existente entre el déficit cognitivo que provoca la enfermedad y las alteraciones comunicativas asociadas.

4. Demencia y enfermedad de Alzheimer

La demencia puede definirse como un deterioro adquirido de varias funciones cognitivas, no necesariamente permanente ni progresivo, y de una importancia tal que impide a la persona que lo sufre el correcto desempeño de sus actividades sociolaborales. Por estos motivos, la edición más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) considera la demencia dentro de la categoría general de “Trastorno neurocognitivo grave”. Por otra parte, aunque el término *demencia* se usa normalmente para designar a la clase de demencia más común y conocida, la de tipo alzhéimer, diversas causas dan lugar a distintos tipos de demencia¹⁰, cada una con características particulares. No obstante, existen pruebas de que, al menos en los individuos con más edad, la demencia que padecen se debe a más de una causa; es probable, por lo tanto, que estén afectados por una demencia mixta (Schneider *et al.*, 2007).

Teniendo en cuenta esta circunstancia, nos centraremos ahora, sin embargo, en describir la demencia de tipo alzhéimer (DTA). Además, a lo largo de este estudio utilizaremos *demencia* como sinónimo de la enfermedad de Alzheimer¹¹, siempre y cuando no nos refiramos a un tipo de demencia diferente, en cuyo caso se especificará la patología que la causa. Dentro de la variedad de causas y consecuencias que comporta una demencia, el *DSM-5* plantea como criterio específico para el diagnóstico de una DTA que exista deterioro de la memoria y de, al menos, otro dominio cognitivo¹² (American Psychiatric Association, 2013: 611). Del mismo modo, al ser la enfermedad

¹⁰ Entre ellas, las más comunes son la consabida enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia mixta, la demencia frontotemporal, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Pick o la enfermedad de Huntington. Una breve descripción de estos y otros tipos de demencia puede consultarse en el informe anual de la Asociación Americana de Alzhéimer (Alzheimer’s Association, 2016: 461-462).

¹¹ Según el *Diccionario Panhispánico de Dudas*, se debe usar la forma *Alzheimer*, con mayúscula y sin tilde, respetando la grafía del apellido de Alois Alzheimer, el neurólogo que por primera vez describió este tipo de demencia, cuando se emplea dentro de la expresión *enfermedad de Alzheimer*. Sin embargo, si se utiliza de forma aislada para referirse a dicha enfermedad, se convierte en un sustantivo común que ha de escribirse con minúscula inicial y con tilde (*alzhéimer*).

¹² El *DSM 5* reconoce la existencia de seis dominios cognitivos bajo los siguientes términos: “atención compleja”, “función ejecutiva”, “aprendizaje y memoria”, “lenguaje”, “función perceptiva y motora”, y “cognición social”.

de Alzheimer un trastorno de tipo neurodegenerativo, durante el curso de la enfermedad se produce una desintegración progresiva del resto de las funciones cognitivas de la persona afectada. Por lo tanto, aun siendo los problemas de memoria el punto de partida y el aspecto más reconocible de este tipo de demencia, también se observa un deterioro más o menos temprano de todos los demás dominios cognitivos a lo largo de las diferentes etapas de la DTA. Dentro de este mismo capítulo dedicaremos tres apartados al estudio de tres de las funciones cognitivas más afectadas por la demencia (memoria, atención y función ejecutiva) desde una perspectiva que tiene en cuenta la relación que se produce entre los fallos que se ocasionan en una función determinada y las repercusiones que esto provoca en la capacidad comunicativa de los hablantes con demencia. De este modo, en nuestro estudio partimos de la base de que la mayoría de las alteraciones comunicativas que presenta una persona con alzhéimer se origina en los déficits de memoria, de atención y de función ejecutiva causados por la demencia.

4.1 La demencia de tipo alzhéimer: síntomas y etiología

Como es ampliamente conocido, el nombre de la patología que nos ocupa se debe a la primera persona que la describió, el Dr. Alois Alzheimer. Este neurólogo y psiquiatra alemán trató en 1901 el caso de una mujer, Auguste Deter, que con 51 años ingresó en la Institución para Enfermos Mentales y Epilépticos de Frankfurt con síntomas de pérdida de memoria, confusión y agitación constantes. El desarrollo de la enfermedad durante los siguientes cuatro años se caracterizó por un trastorno del lenguaje, frecuentes episodios de delirio y un empeoramiento de sus condiciones físicas que la postraron en una cama hasta su fallecimiento en 1906. En ese momento el Dr. Alzheimer solicitó examinar el cerebro de Auguste y lo que encontró fue una atrofia cortical (disminución en el tamaño del córtex cerebral) y la masiva presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares. Los resultados de este estudio fueron publicados el 4 de noviembre de 1906, en el transcurso de la XXXVII Conferencia de Psiquiatría del Sudoeste Alemán celebrada en Tübingen, a través de una conferencia titulada “Sobre una enfermedad peculiar de la corteza cerebral” (Alzheimer, 1907). En esta conferencia ya se pusieron de manifiesto las principales anomalías que se producen en el cerebro de las personas afectadas por esta enfermedad; sin embargo, la recepción de este estudio entre sus colegas no fue demasiado calurosa y pasaron muchos años hasta que fue

reconocida como la causa más común de demencia y la que más fallecimientos provocaba (Katzman, 1976).

Aún hoy, la acumulación de la proteína beta-amiloide alrededor de las neuronas (las placas seniles) y de una extraña forma de la proteína tau dentro de ellas (los ovillos neurofibrilares) son percibidos como los dos cambios fundamentales en el cerebro que contribuyen a la destrucción de las neuronas. La visión predominante hasta el momento apunta que los primeros cambios se producen en el lóbulo temporal medial y en áreas del neocórtex (Braak y Braak, 1991a), las cuales son zonas cerebrales relacionadas con la formación de nuevos recuerdos y con la memoria declarativa. A medida que avanza la patología, la transferencia de información de las sinapsis comienza a fallar y tanto el número de neuronas como de conexiones entre ellas se reduce drásticamente. Sucesivas zonas del cerebro se ven afectadas y, en consecuencia, se producen alteraciones en otras funciones cognitivas y fisiológicas.

Actualmente se cree que estos cambios asociados al alzhéimer se comienzan a producir al menos veinte años antes de que aparezcan los primeros síntomas observables (Jack *et al.*, 2009). En un primer momento, el cerebro es capaz de compensar los fallos y permite que el individuo pueda seguir viviendo de manera normal. No obstante, cuando el daño neuronal es demasiado grave no existe compensación posible y el deterioro cognitivo se hace evidente. Los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos existentes aún no han conseguido frenar la demencia, por lo que la detección precoz ha pasado a convertirse en el objetivo primordial de las investigaciones científicas. En este sentido, el desarrollo de pruebas con marcadores biológicos (por ejemplo, los niveles de las proteínas tau y beta-amiloide en el líquido cefalorraquídeo y la presencia de ciertos grupos de proteínas en la sangre) se presenta como el camino a seguir en los próximos años. En nuestro ámbito, son también reseñables los intentos que recientemente se están llevando a cabo desde universidades españolas para descubrir la presencia de la enfermedad de Alzheimer en una fase preclínica a partir del estudio acústico de la voz, la fluidez (entendida como “períodos de pausa” versus “períodos de habla”) y ciertas características prosódicas (López de Ipiña *et al.*, 2013a; López de Ipiña *et al.*, 2013b; García Meilán *et al.*, 2014), pues son técnicas no invasivas y mucho más baratas que las anteriormente reseñadas.

Por otra parte, en cuanto a las causas responsables del desarrollo de la DTA pueden distinguirse, por un lado, anomalías genéticas, y, por otro, factores de riesgo (los cuales, a su vez, pueden ser modificables o no). Así, en primer lugar, un pequeño grupo

de casos de alzhéimer (tan pequeño que se estima que no llegan al 1% del total) se debe a la mutación de uno de los siguientes genes: el que codifica la proteína precursora del amiloide y los que codifican las proteínas presenilina 1 y presenilina 2 (Bekris *et al.*, 2010). Aquellas personas que heredan una mutación en alguno de estos tres genes tienen una probabilidad casi total de desarrollar la enfermedad, la cual se manifiesta en estos casos antes de cumplir los 65 años (Goldman *et al.*, 2011). Además, se ha demostrado que las personas con síndrome de Down tienen muchas posibilidades de padecer alzhéimer, pues a partir de los 40 años ya cuentan con niveles significativos de placas seniles y ovillos neurofibrilares en sus cerebros (Lott y Dierssen, 2010); de hecho, al alcanzar los 65 años, más del 75% de adultos con síndrome de Down sufren una DTA (Tyrrell *et al.*, 2001).

En segundo lugar, más allá de este pequeño porcentaje de casos provocados por una anomalía genética, el resto se debe a una variedad de factores. Entre los no modificables se encuentran la edad, la historia familiar y el alelo $\epsilon 4$ del gen APOE. Como profundizaremos en el siguiente apartado dedicado a la prevalencia y a la incidencia de la DTA, cuanta más edad tiene una persona más probabilidades tiene de desarrollar la enfermedad. En cualquier caso, esto no significa que el alzhéimer sea una consecuencia o parte de un envejecimiento normal. Del mismo modo, aunque no hay una relación de causalidad entre tener un familiar con DTA y estar destinado a padecer una demencia, sí parece que existe un mayor riesgo para aquellas personas que tengan un familiar de primer grado afectado (Green *et al.*, 2002). Por último, heredar el alelo $\epsilon 4$ del gen APOE supone tener más posibilidades de padecer alzhéimer que las que un individuo tendría habiendo heredado el alelo $\epsilon 2$ o el $\epsilon 3$ del mismo gen (Farrer *et al.*, 1997).

Por otro lado, existe una serie de factores de riesgo que no están asociados a la genética o al paso del tiempo, sino a determinados hábitos de vida que pueden ser modificados con el propósito de reducir la probabilidad de sufrir una DTA. Entre ellos se encuentran todos los factores que pueden contribuir a una enfermedad cardiovascular (fumar, obesidad, diabetes, hipertensión, colesterol alto), pues cuanto peor sea el riesgo sanguíneo que llega al cerebro, peor salud tendrá este. Del mismo modo, existe un creciente consenso en que un buen nivel educativo ayuda a crear una “reserva cognitiva” que aumenta las conexiones entre las neuronas y permite compensar de mejor forma los cambios cerebrales provocados por la enfermedad de Alzhéimer (Stern, 2012). Algo similar se ha propuesto para las personas que dominan dos o más lenguas

(Byalistok *et al.*, 2007; Chertkow *et al.*, 2010). En estas circunstancias, los estudios apuntan a un retraso de varios años en la aparición de la demencia. Finalmente, haber sufrido un traumatismo craneoencefálico grave también aumenta el riesgo de desarrollar Alzheimer; en este sentido, son muy reveladores los trabajos publicados sobre la relación entre las sucesivas lesiones sufridas en deportes de contacto (como el boxeo o el fútbol americano) y los fallos cognitivos que se evidencian años después (Guskiewicz *et al.*, 2005).

4.2 La demencia de tipo Alzheimer: datos sobre prevalencia e incidencia

Las estadísticas al respecto del Alzheimer que en determinadas ocasiones aparecen en medios de comunicación y estudios sociológicos hacen referencia a dos conceptos fundamentales: prevalencia e incidencia de la enfermedad. La *prevalencia* se refiere al porcentaje de población que sufre este tipo de demencia en un momento dado. Por otro lado, la *incidencia* se refiere al número de nuevos casos de DTA cada año. A continuación, trataremos de hacer un breve repaso lo más actualizado posible de la situación del Alzheimer en el mundo y, en particular, en España. Con ello, pretendemos ofrecer una panorámica sobre los retos mayúsculos que supone para nuestra sociedad el incremento exponencial en el número de afectados y, al mismo tiempo, reivindicar la importancia de investigar el Alzheimer desde todas las disciplinas implicadas (neurología, psicología, lingüística, logopedia, sociología, etc.).

Obviamente, determinar con exactitud el número de personas que sufren Alzheimer es una tarea imposible. Estos impedimentos van desde la incertidumbre total de que una persona padezca la enfermedad si no es a través de una autopsia, a otros factores, como el número de individuos que no han sido diagnosticados aún y la tremenda dificultad para recopilar todos los datos disponibles en amplios grupos de población. Aun así, el último *Informe Mundial sobre el Alzheimer* (Prince *et al.*, 2015), que analiza aspectos como la prevalencia, la incidencia, los costes y las tendencias de la DTA, presenta un exhaustivo trabajo que comprende la revisión de cientos de investigaciones realizadas durante los tres años previos a su publicación.

Según este informe, en el año 2015 se estima que la enfermedad afectaba a 46,8 millones de personas en el planeta y las previsiones indican que cada veinte años prácticamente se duplicará el número de individuos que sufran una DTA, alcanzando los 74,7 millones en 2030 y los 131,5 millones en 2050. Estas cifras son el resultado del

aumento de la esperanza de vida en todo el mundo, especialmente, en países de bajos recursos. El *Informe Mundial sobre el Alzhéimer* establece divisiones que abarcan amplias zonas geográficas; así, este estudio estima que el 4,6% de las personas mayores de 60 años padece una DTA en Europa Central (la menor cifra a nivel mundial) frente al 8,7% en África del Norte y Oriente Medio (la más elevada). Si nos centramos en nuestro ámbito geográfico (Europa Occidental) los datos que aporta este informe en cuanto a prevalencia según franjas de edad son los siguientes:

Europa Occidental	Sexo	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
	H	1,1	1,8	2,8	4,7	7,8	12,6	23,7
	M	2,0	3,2	5,2	8,7	14,6	23,7	45,1
	Total	1,6	2,6	4,3	7,3	12,4	20,5	39,8

Tabla 1: *Prevalencia de la DTA en Europa Occidental según sexo y franjas de edad de los individuos.*

Más allá del progresivo incremento en el porcentaje de personas con demencia a medida que la edad es más avanzada, de este cuadro se extrae claramente que las mujeres tienen mucha más probabilidad que los hombres de desarrollar la enfermedad. Por ejemplo, en Estados Unidos, alrededor de dos tercios de los afectados por alzhéimer son mujeres (Herbert *et al.*, 2013). Si bien podría ser porque las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, los datos expuestos en la tabla nos indican que deben existir otros factores que expliquen esta diferente prevalencia, aunque aún no contamos con resultados concluyentes.

En España también se han realizado diversos estudios aplicados a nuestro ámbito territorial. Como es de esperar, los resultados varían entre todos ellos por la dificultad inherente a realizar estimaciones de este tipo. Presentaremos aquí, por lo tanto, los datos que nos presenta uno de los informes más recientes, el *Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social* (Garcés, 2016). Basándose en datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, se estima que, a fecha de 2013, el 8,69% de individuos mayores de 65 años padece alzhéimer en España, lo que se correspondería con 717.770 afectados por la enfermedad en nuestro país. Tengamos en cuenta, no obstante, que en esta estimación no se recogen los casos de DTA de inicio precoz, por lo que el número de personas con demencia podría ser ligeramente mayor. En cualquier caso, es una cifra que nos sitúa entre los primeros países del mundo en cuanto a prevalencia del alzhéimer, algo que también se recoge en

los informes de la OCDE (2015). Las previsiones que surgen de esta investigación nos indican que este porcentaje crecería ligeramente en las próximas décadas (9,26% en 2030 y 10,97% en 2050), pero como se espera que la cifra de personas mayores de 65 años experimente un gran crecimiento, las estimaciones son de un millón de afectados en 2030 y casi 1.800.000 españoles con alzhéimer en 2050.

Rango de edad	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
	1,45	3,2	6,65	13,95	23,25	34,8	39,4

Tabla 2: *Prevalencia de la DTA en España según franjas de edad (datos basados en Cortés, 2016).*

Por otro lado, la incidencia de la DTA tanto en España como en el resto del mundo también va a crecer de manera exponencial debido al envejecimiento poblacional, pues la incidencia se duplica cada 6,2 años. Actualmente, se calcula que diez millones de personas desarrollan una demencia de tipo alzhéimer cada año (Prince *et al.*, 2015). Por continentes, estas cifras se distribuyen de la siguiente forma: Asia y Oceanía (49%), Europa (25%), América (18%) y África (8%). En España contamos con el informe de la consultora PricewaterhouseCoopers (PwC, 2012), que estima una incidencia de 150.000 nuevos casos anuales.

4.3 La demencia de tipo alzhéimer: las etapas del deterioro cognitivo

El hecho de que la enfermedad de Alzheimer sea de tipo neurodegenerativo implica la existencia de un deterioro cognitivo progresivo que, en el caso de esta demencia, se manifiesta de manera leve al principio y va creciendo hasta que todas las funciones cognitivas y motoras se encuentran severamente dañadas. Dada esta progresión, los profesionales relacionados con el estudio y el tratamiento de la demencia han establecido distintas etapas en las que puede dividirse el desarrollo de la enfermedad y han elaborado pruebas –de tipo neuropsicológico, en su mayoría – para determinar en qué fase de la demencia se sitúa una persona en un momento concreto. Adviértase, no obstante, que las alteraciones cognitivas se han demostrado muy variables en cuanto al momento en que aparecen y a la intensidad con que se manifiestan en cada individuo. Es bastante probable, por lo tanto, que una misma persona cumpla con criterios asociados a dos etapas sucesivas de la DTA y que su adscripción a una de ellas tenga que ver con la función cognitiva a la que se dé mayor importancia.

Además, durante los últimos 25 años el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer seguía los criterios propuestos en 1984 por el *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* de EEUU y por la *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (McKhann *et al.*, 1984). Según estos criterios, la DTA solo existía a partir de que los síntomas de deterioro cognitivo se hacían evidentes. No obstante, en 2011 se publicaron nuevas recomendaciones y criterios de diagnóstico que introducen nuevas etapas en la progresión de la enfermedad (Jack *et al.*, 2011). Así, bastantes años antes de la aparición de los primeros fallos de memoria ya se observan ciertos biomarcadores que predicen el desarrollo de la DTA en una persona. Esta fase, que solo se establece como recurso para la investigación, se conoce como “etapa preclínica de la demencia” (Sperling *et al.*, 2011). Posteriormente, pero antes de poder hablar de demencia como tal, los neurólogos establecen una segunda fase –en ocasiones, difícilmente diferenciable tanto de un envejecimiento normal como de una primera etapa de la demencia propiamente dicha– que se corresponde con un “deterioro cognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer” (Albert *et al.*, 2011). Es necesario puntualizar que no todas las personas que sufren un deterioro cognitivo leve desarrollan después una demencia (de hecho, algunos individuos se recuperan y vuelven a un estado cognitivo normal), pero todos aquellos que finalmente alcanzan un deterioro cognitivo que se corresponde con una demencia han pasado previamente por esta etapa.

Por lo tanto, a modo de resumen, los nuevos criterios para el diagnóstico del alzhéimer identifican tres fases principales en el desarrollo de la enfermedad: (1) etapa preclínica, (2) deterioro cognitivo leve y (3) demencia. Dentro de esta última se suelen distinguir tres grandes etapas (inicial, intermedia y avanzada) según el nivel de las alteraciones cognitivas, aunque en ocasiones se señala una última fase terminal caracterizada por una pérdida prácticamente total de todas las capacidades (mutismo, incontinencia urinaria, dificultades para la deglución, entre otras).

Como decíamos, el diagnóstico de la DTA y la evaluación del deterioro cognitivo suele realizarse a través de test neuropsicológicos específicos. En este sentido, el *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein *et al.*, 1975) es, sin duda, el más utilizado. En el caso de los sujetos con demencia, esta prueba se efectúa de manera periódica con el objetivo de examinar la evolución de las funciones intelectuales del paciente. A través de diversas pruebas, este test mide la orientación temporal y espacial, la fijación del

recuerdo inmediato, la concentración y el cálculo, la memoria, el lenguaje y la capacidad visuoespacial.

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	FIJACIÓN- Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con mano 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE Y HABILIDAD VISUOCONSTRUCTIVA (Máx. 9)
Puntuaciones de referencia 27 o más: normal 21-26: Daño cognitivo medio 11-20: Daño cognitivo moderado 0-10: Daño cognitivo severo	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)

Tabla 3: *Mini Mental State Examination* (Adaptación española de Lobo *et al.*, 2002).

No obstante, no creemos que el MMSE resulte adecuado para la evaluación de las habilidades lingüísticas, ya que esta se reduce a dos intentos de denominación, de repetición, de comprensión de órdenes sencillas (y descontextualizadas: “coja un papel, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo”), lectura en voz alta y escritura. Nótese, asimismo, la dificultad para comprobar cada una de estas funciones intelectuales a partir de tareas tan cortas que, por lo demás, se desarrollan en la consulta del médico, un contexto ajeno a la vida normal del individuo.

Otro de los índices más utilizados en el ámbito de la demencia es la *Global Deterioration Scale* (GDS) o Escala de Deterioro Global (Reisberg *et al.*, 1982). Esta escala establece siete estadios de deterioro cognitivo, desde un nivel (GDS 1), donde el déficit es inexistente, hasta una fase (GDS 7) en la que las alteraciones son muy graves. De acuerdo con los nuevos criterios para el diagnóstico de una DTA, el estadio 3 de la GDS se correspondería con un deterioro cognitivo leve y es a partir del GDS 4 cuando se reconoce que una persona sufre demencia. Como se puede observar en la Tabla 4 Reisberg *et al.* añaden una serie de comentarios explicativos junto a cada una de los estadios de deterioro cognitivo; es responsabilidad de los profesionales competentes la adscripción de una persona al estadio correspondiente a partir de los resultados que esta obtenga en determinadas pruebas o, simplemente, a través de la observación de su comportamiento.

Al igual que ocurre con el MMSE, esta escala apenas menciona criterios de tipo lingüístico o comunicativo que ayuden a caracterizar la etapa de la DTA en la que se encuentra un hablante. Por este motivo, hay que tener en cuenta que la evolución del deterioro comunicativo puede no seguir el mismo ritmo que las alteraciones de otras funciones y que, por consiguiente, es posible que dos personas con un perfil lingüístico similar tengan reconocido un estadio distinto de deterioro cognitivo. Para superar esta limitación, pensamos que se deberían incluir criterios comunicativos en estas pruebas o, mejor aún, que se crearan protocolos de evaluación del alzhéimer basados en el deterioro lingüístico, pues serían de gran ayuda a la labor de los logopedas.

En nuestro trabajo, dado que recibimos la evaluación de los informantes con demencia según su desempeño en la Escala de Deterioro Cognitivo, alternaremos la identificación “nivel inicial” y GDS 4, “nivel intermedio” y GDS 5, y “nivel avanzado” y GDS 6, a lo largo de las páginas que siguen.

Estadio	Déficit cognitivo	Comentarios
1	Inexistente	Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria.
2	Muy leve	Quejas subjetivas de pérdida de memoria en ubicación de objetos y nombres de personas. No existe un déficit objetivo en el examen clínico ni déficit en su medio laboral y relaciones sociales. Pleno conocimiento de la sintomatología.
3	Leve	Primeros déficits evidentes. Se manifiestan en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Sus compañeros se dan cuenta de un rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • Retiene escaso material tras la lectura • Menor capacidad para recordar los nombres de las personas que ha conocido hace poco tiempo • Pierde un objeto de valor o lo coloca en un sitio equivocado El déficit de concentración es evidente en un test clínico. La negación como mecanismo de defensa empieza a hacerse evidente. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve-moderada.
4	Moderado <i>(DTA inicial)</i>	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • Olvido de hechos cotidianos o recientes • Olvido de su historia personal • Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • Incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en tiempo y persona • Reconocimiento de caras y personas familiares • Capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva. Mecanismo de negación domina el cuadro.
5	Moderadamente grave <i>(DTA intermedia)</i>	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar. Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.
6	Grave <i>(DTA avanzada)</i>	Olvida a veces el nombre de su pareja, de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado. Desorientación temporo-espacial. Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo. Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. Puede presentar incontinencia. Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. Ritmo diurno frecuentemente alterado. Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva).
7	Muy grave <i>(DTA terminal)</i>	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales. Incontinencia urinaria. Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación. Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación. Con frecuencia se observan signos neurológicos.

Tabla 4: *Estadios de deterioro cognitivo basados en la “Escala de Deterioro Global” de Reisberg et al. (1982).*

4.4 El déficit de memoria en la DTA

La alteración de la memoria es reconocida generalmente como el primer signo de deterioro cognitivo que se desarrolla tras la aparición de la demencia de tipo alzhéimer¹³ y, por este motivo, su detección es considerada como un criterio indispensable para realizar el diagnóstico de esta patología. De todos modos, la memoria no es un sistema de carácter monolítico, sino que está formada por diversos componentes cuya alteración suele hacerse evidente en diferentes etapas de la enfermedad. En este sentido, el descubrimiento de la existencia de varios tipos de memoria a partir de los distintos fallos que se producen ha permitido que, sobre todo desde el ámbito de la psicología, se hayan propuesto diversos modelos que intentan representar su funcionamiento. No es nuestro objetivo en esta tesis hacer un repaso por las distintas propuestas surgidas en las últimas décadas, ni entrar en profundas disquisiciones sobre correspondencias entre los diferentes modelos; por el contrario, nos centraremos en aquellos planteamientos que han concitado un mayor apoyo por parte de la comunidad científica.

En concreto, partimos de un modelo adaptado por Bourgeois y Hickey (2009: 44) a partir de los planteamientos de Baddeley (1995) y de Sohlberg y Mateer (2001) que considera tres tipos principales de procesos de memoria: memoria sensorial, memoria de trabajo y memoria a largo plazo. En cualquier caso, como bien apuntan Bourgeois y Hickey (2009: 44-45), la complejidad de la tarea utilizada y la mayor o menor familiaridad que la persona examinada experimenta frente a la tarea en cuestión¹⁴ son motivos que pueden influir de manera decisiva en la obtención de datos contradictorios y en que los investigadores no sepan identificar el punto exacto en el que se sitúa el

¹³ No obstante, algunos estudios recientes (Neufang *et al.*, 2011; Finke *et al.*, 2013) afirman que en la etapa prodrómica de la enfermedad se han descubierto alteraciones en ciertas zonas del lóbulo parietal donde se sitúa la atención selectiva. Según Finke *et al.*, sería un déficit en un mecanismo neurocognitivo común el que daría lugar a los fallos de atención y de memoria episódica que se producen incluso antes de la aparición de la demencia.

¹⁴ Aparte de la diferente actuación que pueda tener una persona frente a una tarea a la que se enfrenta por primera vez que ante una tarea que le es conocida, la utilización de pruebas que no guardan similitudes con la vida diaria, como la necesidad de recordar figuras abstractas (Kaszniak *et al.*, 1986), resulta mucho más difícil de manejar para el paciente con demencia que otras tareas más funcionales, como la que mide la habilidad para recordar caras (Damásio, 1999).

fallo de memoria¹⁵. Como observaremos a lo largo de este y de los siguientes apartados, esta es una constante en la mayoría de los estudios neuropsicológicos que analizan las funciones cognitivas de las personas con Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas.

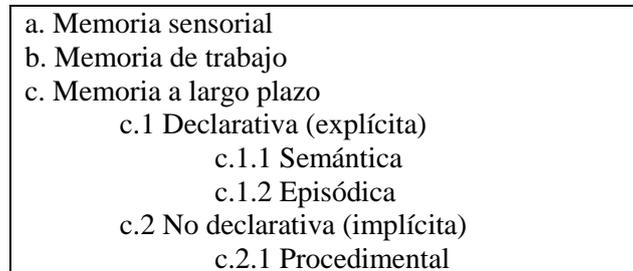


Figura 1: Esquema de tipos de memoria según Bourgeois y Hickey (2009: 44).

4.4.1 Memoria sensorial

En primer lugar, la *memoria sensorial* es la responsable de las acciones automáticas que la persona ha aprendido a lo largo de su vida (por ejemplo, pisar el pedal del freno cuando el semáforo se pone en rojo). Recibe este nombre porque almacena información percibida a través de los cinco sentidos que se asocia a determinados comportamientos. De acuerdo con Bourgeois y Hickey (2009), los posibles fallos en la asociación de la respuesta adecuada al estímulo pueden deberse a dos razones. Por un lado, la causa puede radicar en la alteración de un sistema sensorial (es decir, un déficit de visión o de oído), que cuando es particularmente grave puede dar lugar a una agnosia. Por otro lado, el problema puede situarse en los procesos de codificación y de recuperación de la información; esto es, las dificultades aparecerían en el momento de asociar los estímulos sensoriales percibidos en un momento dado con estímulos relacionados que han sido almacenados durante mucho tiempo en la memoria a largo plazo. En relación con esta última idea, estas autoras achacan ciertos comportamientos que se observan con frecuencia en las personas con demencia (no seguir instrucciones sencillas, mirar insistentemente a alguien, tamborilear sobre la

¹⁵ De manera sucinta, y siguiendo la conceptualización propuesta por Baddeley (1995), se considera que la memoria consiste en tres grandes procesos: (1) codificación y registro de la información, (2) almacenamiento de la información y (3) acceso y recuperación de la información. En los casos en que se observa un fallo de memoria, cualquiera de estos tres procesos puede ser el afectado.

mesa, etc.) a la incapacidad de reconocer a una persona o de entender información básica.

La mayoría de las alteraciones relacionadas con un problema sensorial surgen en las últimas fases de la DTA, aunque existen estudios que han descubierto déficits de la memoria olfativa (Devanand *et al.*, 2000; McCaffrey *et al.*, 2000) y visual (Johnson *et al.*, 2009) en las primeras etapas de la enfermedad que podrían servir para distinguir la aparición de la enfermedad de Alzheimer de otros tipos de demencia o de otras situaciones clínicas, como la depresión.

En segundo lugar, la información que es percibida por los sentidos puede experimentar dos funciones diferentes: ser usada de manera inmediata y enseguida olvidada o ser almacenada para su posible utilización en el futuro. En el primero de los casos, es la *memoria de trabajo* o memoria operativa la que se encarga de mantener una información activa durante unos segundos con la previsión de que pueda ser necesaria. Por el contrario, si el sistema considera que dicha información no es relevante para el momento presente pero sí puede serlo para el futuro, esta se almacena en la *memoria a largo plazo*. A continuación, desarrollaremos estos conceptos con mayor profundidad y pondremos el foco de atención sobre el patrón de deterioro de los diferentes tipos de memoria en las personas con alzhéimer.

4.4.2 Memoria de trabajo

Fueron Baddeley y Hitch (1974) quienes propusieron la existencia de una memoria de trabajo, con capacidad para almacenar y procesar información por un tiempo limitado, y formada por tres componentes principales (el ejecutivo central, el bucle fonológico y el cuaderno o agenda visoespacial). No obstante, en revisiones posteriores, Baddeley (2000) ha añadido un cuarto componente (el almacén episódico). Según este modelo, el sistema ejecutivo central controla la asignación de los recursos atencionales a los dos “sistemas esclavos”, que están especializados en procesar y almacenar distintos tipos de información. Así, el bucle fonológico se encarga de retener información verbal y acústica mediante un almacén fonológico pasivo y un proceso de repetición articulatoria. La agenda visoespacial, por su parte, mantiene información relacionada con objetos y espacios percibidos visualmente. Finalmente, el almacén episódico funciona como enlace entre los distintos componentes de la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.

Teniendo en cuenta esta distribución de los sistemas que forman la memoria de trabajo, desde la psicología cognitiva muchos autores se han dedicado a investigar en las últimas décadas la posible afectación de este tipo de memoria en los sujetos con alzhéimer y, en tales casos, a determinar el componente o componentes responsables de la alteración de la memoria de trabajo. En relación con este punto, comúnmente se ha considerado que el sistema ejecutivo central no funciona de manera adecuada en los individuos que sufren una DTA. Esta conclusión surge de los malos resultados que este grupo muestra a la hora de realizar dos tareas simultáneamente teniendo en cuenta su rendimiento previo en cada una de ellas (Baddeley *et al.*, 1986; Baddeley *et al.*, 1991; Belleville *et al.*, 2007), o en pruebas que miden la capacidad de recordar pequeñas cantidades de información tras un corto período de tiempo (Morris, 1986; Dannenbaum *et al.*, 1988).

En cambio, la mayoría de los estudios apuntan a que los subsistemas verbales, es decir, el almacén fonológico y la repetición articulatoria, se encuentran preservados en el caso de la DTA (Morris y Baddeley, 1988; Spinnler *et al.*, 1988), aunque otros trabajos (Collette *et al.*, 1999a; Caza y Belleville, 2008) afirman que la presencia de fallos en el bucle fonológico es un indicador fiable de un estadio más avanzado de la enfermedad. Es más, investigaciones recientes han apoyado la importancia del lenguaje en la alteración de la memoria de trabajo. En concreto, Stopford y sus colaboradores (Stopford *et al.*, 2007; Stopford *et al.*, 2008; Stopford *et al.*, 2012) han profundizado en la existencia de dos tipos de síndromes que permiten disociar dos grupos principales de personas con alzhéimer: un síndrome amnésico y un síndrome disejecutivo, siendo este último provocado por la existencia de fallos en el sistema ejecutivo central (Becker, 1988). En relación con los sujetos que padecen un síndrome disejecutivo, Stopford *et al.* (2012) descubrieron que los sujetos estudiados mostraban dificultades en la repetición de fonemas que no se parecen entre sí (efecto de similitud fonológica anormal), lo que delataría una necesaria contribución de tipo lingüístico al déficit de memoria de trabajo. En definitiva, proponen la existencia de un problema en el almacenamiento temporal de la información y un papel protagonista de los lóbulos temporales y parietales en este déficit, en lugar de los lóbulos frontales.

Una vez delineadas algunas de las características de la memoria de trabajo y las diversas hipótesis que tratan de explicar su alteración en la enfermedad de Alzheimer, es momento ahora de centrarnos en la relación que se establece entre estos fallos de la memoria de trabajo y determinados problemas comunicativos. Bourgeois y Hickey

(2009) unen el progresivo enlentecimiento para procesar información con un deterioro de las funciones de la memoria de trabajo. Esto provoca que las personas con alzhéimer necesiten más tiempo para comprender una cantidad de información grande y/o compleja, ya se presente de manera oral o escrita. Como consecuencia de este déficit, es bastante frecuente que los hablantes con DTA pierdan el hilo de su discurso a mitad del mismo, que repitan machaconamente algunas partes, o que no consigan seguir el contenido de la intervención del interlocutor.

Por otro lado, una de las características que aparecen con mayor claridad en el lenguaje de las personas con alzhéimer es la profusión de pronombres y términos genéricos en lugar de otras unidades léxicas de contenido más preciso, lo que provoca que el resto de interlocutores considere “vacío” el discurso de estos hablantes. Frecuentemente, este aspecto se ha relacionado con una dificultad para el acceso léxico y, en definitiva, con un déficit que afecta a la memoria semántica (Huff, 1988; Kempler, 1995), pues la solución a los casos en los que una persona no consigue acceder a la palabra que busca suele venir del uso de palabras más frecuentes y con un referente más abstracto. Sin embargo, Almor *et al.* (1999) ponen el foco de atención en que las demandas cognitivas que requiere una tarea de denominación de imágenes (recurso tradicional empleado por los defensores de la hipótesis de que se trata de un déficit de memoria semántica) son diferentes de las que se dan en la conversación, que es donde de verdad se observa este lenguaje vacío. Según estos autores, en una conversación es necesario mantener en la memoria lo que se acaba de decir para que las siguientes palabras sean coherentes con lo anterior, por lo que la producción lingüística dependería de manera crucial de la memoria de trabajo. Así, un fallo en este tipo de memoria daría lugar a la utilización de una gran cantidad de términos genéricos (con valor de proformas) por parte de los hablantes con DTA.

Del mismo modo, continuando en el nivel discursivo, la alteración de la memoria de trabajo podría tener su parte de responsabilidad en las continuas digresiones temáticas que salpican las intervenciones de las personas con alzhéimer o en las respuestas irrelevantes a algunas preguntas. Según Orange y Purves (1996), la incapacidad para mantener la información en el sistema ejecutivo central o para procesarla en relación con el conocimiento almacenado en la memoria semántica y episódica podría contribuir a la presencia de comentarios no relacionados con el tema conversacional. Esta es, sin duda, una de las causas por las que las intervenciones de los sujetos con demencia en una etapa moderada y avanzada resultan frecuentemente

incoherentes. En este sentido, un estudio basado en conversaciones semidirigidas (Dijkstra *et al.*, 2004) obtuvo unos resultados en los que se ponía de manifiesto que aquellos aspectos del discurso que requieren mayores demandas cognitivas, como la coherencia global, el mantenimiento del tema de conversación o la cohesión temporal, causal y referencial, se encuentran gravemente deteriorados en los hablantes con alzhéimer¹⁶. Según estos investigadores, el habitual uso de frases incompletas, repeticiones y cambios bruscos de tema podría ser la consecuencia de una limitada capacidad de la memoria de trabajo para mantener y procesar la información.

No es de extrañar, pues, que otros autores hayan ahondado en las implicaciones que tiene el deterioro de las funciones cognitivas en los fallos de coherencia discursiva de las personas con demencia. De tal forma, Brandão *et al.* (2013) afirman que existe una correlación entre la coherencia local, es decir, la habilidad para producir una idea relacionada con la anterior, y la memoria de trabajo. No obstante, en su estudio no encuentran un nexo de unión entre este tipo de memoria y la coherencia global, aunque apoyan la teoría de Kellogg (2001) y Oulasvirta y Saariluoma (2006) sobre la necesaria existencia de una “memoria de trabajo a largo plazo” que sería responsable no solo de mantener el tema de conversación, sino también de otras muchas características contextuales del acontecimiento comunicativo (localización, finalidad, participantes, etc.).

Los estudios de Dijkstra *et al.* (2002, 2004) y de Brandão *et al.* (2013) mencionan, además, que las estrategias facilitadoras de la comunicación por parte de los interlocutores de los hablantes con demencia, como repetir una pregunta, parafrasear una información que no han entendido o dar pistas cuando se quedan atascados en la búsqueda de una palabra ayudan a disminuir las demandas cognitivas que se imponen a la memoria de trabajo. Sin embargo, Small *et al.* (2003), en un estudio de enfoque conversacional, llaman la atención sobre el hecho contraproducente de que los cuidadores reduzcan su ritmo de habla cuando se comunican con una persona con

¹⁶ Una crítica que puede hacerse tanto a este como a tantos otros estudios es que no establezcan una distinción entre los participantes dependiendo del nivel de gravedad de la demencia. De esta forma, se da lugar a una serie de inconvenientes. Por nombrar solo algunos, los resultados pueden no ser concluyentes al mezclar informantes que presentan determinadas alteraciones cognitivas y comunicativas y otras que aún no las padecen; del mismo modo, también resulta imposible detectar el grado de deterioro cognitivo que da lugar a determinado fallo comunicativo, lo que dificulta la creación de un perfil lingüístico de la demencia a través de sus diferentes etapas.

alzhéimer. Estos resultados serían la confirmación empírica de los que Tomoeda *et al.* (1990) y Small *et al.* (1997) obtuvieron mediante test y vendrían a corroborar que cuanto más largos son los enunciados más necesaria se hace una mayor capacidad de la memoria de trabajo.

4.4.3 Memoria a largo plazo

El tercer gran tipo de proceso de memoria en el modelo que nos ocupa es la *memoria a largo plazo*, caracterizada fundamentalmente por almacenar cantidades ilimitadas de información durante un período de tiempo que puede ir desde unos pocos días a toda la vida. Dentro de la memoria a largo plazo se establece una primera gran distinción entre la *memoria declarativa*, o explícita, y la *memoria no declarativa*, o implícita. La diferencia entre ambos tipos de sistema radica en la (in)consciencia de la información almacenada; es decir, en la memoria declarativa se encuentran todos aquellos recuerdos que pueden ser evocados de manera consciente, mientras que la memoria no declarativa se encarga de guardar todos los recuerdos que no se pueden evocar de manera consciente, como la capacidad para desempeñar una acción.

La memoria no declarativa es la que se encuentra mejor preservada en las personas afectadas por una demencia de tipo alzhéimer. Dentro de este tipo de memoria se suele distinguir, por un lado, la *memoria implícita*, que se refiere a la habilidad para recordar algo a lo que una persona ha sido expuesta repetidas veces. Suele ser medida a través de tareas de primado, o *priming*, y su funcionamiento parece ser bueno en las primeras etapas de la enfermedad (Morris y Kopelman, 1986). Por otro lado, en la *memoria procedimental* se almacenan los conocimientos sobre la forma en la que se hace algo; en ella permanecen las habilidades que se han aprendido durante los años y que, por la cantidad de veces que se han ejercitado, están automatizadas (tocar el piano, conducir, montar en bicicleta, etc.). Por este motivo, es el sistema de memoria que presenta un mejor rendimiento en los sujetos con alzhéimer (Libon *et al.*, 1998). En el plano comunicativo, es posible que la toma de turno tenga una naturaleza procedimental asociada a que es una de las primeras habilidades pragmáticas desarrolladas en los humanos.

Por su parte, la memoria declarativa está compuesta por, al menos, dos subsistemas: la *memoria episódica* y la *memoria semántica*¹⁷ (Tulving, 1972). Aunque ambos sistemas podrían ser funcional y neurológicamente distintos (Tulving, 1987), la realidad es que muchos estudios neuropsicológicos demuestran que se produce una gran interacción entre ellos, especialmente, en la codificación y en la recuperación de recuerdos (Becker y Overman, 2002). Nos detendremos ahora en el análisis de estos dos tipos de memoria, pues su alteración se considera muy relevante en el deterioro de las habilidades comunicativas de la persona con alzhéimer.

4.4.3.1 Memoria semántica

La memoria semántica se ocupa de almacenar el conocimiento que una persona tiene sobre el mundo o sobre el significado de hechos, de palabras y de conceptos sin relación con ningún aspecto de carácter temporal o espacial. A pesar de que en estudios como los de Small y Perry (2005) y Pérez Mantero (2014a) la memoria semántica se demostró más resistente que la memoria episódica¹⁸, en muchos otros trabajos que se basan en test de descripción de imágenes, fluencia verbal o de denominación por confrontación visual (Bayles y Tomoeda, 1983; Henry *et al.*, 2004) la actuación de los individuos con DTA refleja una pérdida de memoria semántica desde el inicio de la demencia¹⁹. Por otra parte, Joubert *et al.* (2016) acaban de publicar un estudio en el que afirman que las diferencias entre personas con una demencia de inicio temprano (diagnosticada antes de cumplir 65 años) y personas con una demencia diagnosticada de

¹⁷ En el ámbito de la memoria declarativa, hay autores que identifican otros tipos de memoria más allá de los dos básicos. En este sentido, Müller (2010) distingue una “memoria léxica” responsable de almacenar las palabras y su patrón de uso. Small y Perry (2005) siguen una tradición que contempla la existencia de una “memoria episódica reciente” y de una “memoria episódica remota”. Por su parte, Levine *et al.* (2002) o El Haj *et al.* (2015) anteponen a estas clasificaciones el concepto de “memoria autobiográfica”.

¹⁸ Como afirman Bourgeois y Hickey (2009: 47), “*semantic memory [...] may be somewhat resistant to disease progression because this type of memory may be overlearned or stored for many years*”.

¹⁹ Como en tantos otros aspectos, la dificultad de las tareas o que estas demanden la utilización de alguna función cognitiva deteriorada en el sujeto (por ejemplo, la visoespacial) pueden condicionar su actuación frente a las mismas.

forma más tardía residen en que estas últimas muestran una alteración de la memoria semántica mucho mayor²⁰.

Mucho se ha discutido, sin embargo, sobre si este déficit afecta al conocimiento semántico (es decir, que haya una pérdida de la información almacenada y de cómo se organiza) o si simplemente se trata de una dificultad para acceder a dicho conocimiento. Aunque el debate no esté cerrado del todo, algunos estudios (Mårdh *et al.*, 2013) han demostrado una consistencia en los errores semánticos a lo largo de diversas pruebas y durante varios años, lo que sería un signo inequívoco de que la alteración afecta a la estructura y la organización de la información en la memoria semántica.

En el uso normal del lenguaje, este déficit se manifiesta principalmente en dificultades para acceder a la palabra deseada, es decir, en una anomia, que es uno de los primeros síntomas lingüísticos de la aparición de la demencia. La solución que el hablante suele dar a este problema está relacionada con la sustitución de dicha palabra por otro término (parafasia semántica) o por un enunciado que describe el significado de la palabra (circunloquio). En una etapa más avanzada de la demencia pueden aparecer, incluso, neologismos (Hamilton, 1994). En definitiva, la alteración de la memoria semántica provoca un lenguaje mucho menos preciso que afecta a la inteligibilidad de los comentarios expresados por el hablante con alzhéimer y, por lo tanto, a la buena comunicación con sus interlocutores. Del mismo modo, este déficit semántico también se refleja en la comprensión de las intervenciones ajenas (es decir, no es una alteración privativa del proceso de producción lingüística); así, es bastante probable que muchos problemas de índole comunicativa sean la consecuencia de un fallo de comprensión por parte de la persona con DTA.

4.4.3.2 Memoria episódica

En la memoria episódica se encuentra almacenada información relativa a situaciones que se han producido en el pasado, de manera contextualizada en el tiempo y en el espacio en que ocurrieron. En el caso de la demencia de tipo alzhéimer, los primeros cambios neuronales se producen en las estructuras mediales del lóbulo temporal (entre ellas, en el hipocampo), que es una zona fundamental para el buen funcionamiento de la memoria episódica (Braak y Braak, 1991b; Raz, 2000). Este

²⁰ En cualquier caso, el método de obtención de los datos (un test sobre información biográfica de personas famosas entre 1950 y 2000) podría no ser muy fiable, pues el conocimiento que un sujeto tenga sobre un famoso es muy variable y depende de muchas circunstancias.

déficit se manifiesta en los primeros momentos como una incapacidad para codificar y almacenar nueva información, por lo que resulta en una rápida pérdida de la información reciente y se convierte en una buena prueba diagnóstica para distinguir la enfermedad de Alzheimer del envejecimiento normal²¹ (Welsh *et al.*, 1991). Sin embargo, la memoria episódica para eventos que sucedieron hace más tiempo parece ser más resistente a la demencia, pues se trata de información almacenada en la memoria antes de que la habilidad para codificar nuevos recuerdos se viera seriamente comprometida (Sartori *et al.*, 2004; Small y Perry, 2005). Este patrón de deterioro de la memoria episódica contrasta con el que se produce por los efectos de una edad avanzada, el cual se caracteriza por una mayor pérdida de información del pasado remoto (Levine *et al.*, 2002).

En conjunto, la alteración gradual de la memoria episódica es un buen indicador del deterioro progresivo asociado a la demencia. En particular, afecta al normal desarrollo del discurso debido, fundamentalmente, a las disfluencias que provoca el hecho de haber perdido recuerdos que son necesarios para hacer progresar la conversación de manera exitosa. Los continuos reinicios y autorrectificaciones que salpican las intervenciones de los hablantes con demencia a partir de la etapa intermedia pueden ser una muestra de esta dificultad para recuperar información del pasado. De ahí parte también la producción de enunciados inacabados que requieren ser completados por el interlocutor, como facilitador de una información de la que el hablante con DTA ya no dispone. Otra de las consecuencias más evidentes de los fallos relacionados con la memoria episódica es la presencia de enunciados que parecen no guardar coherencia con el tema que se está tratando en ese momento, pues se mezclan episodios distintos en un mismo hilo discursivo. En este sentido, la alteración de la memoria episódica provoca la existencia de transgresiones de la máxima de cualidad, no en el sentido estrictamente *griceano* de no decir aquello de lo que no se tenga pruebas o decir sólo lo que se considere verdadero, sino como resultado de una equivocación (por ejemplo, que el hablante diga que hace dos años estuvo en Mallorca, cuando la realidad es que no pisa esa isla desde hace veinte años) o, incluso, de un intento consciente por encubrir un

²¹ Tal y como recogen Weintraub *et al.* (2012), los estudios de Chen *et al.* (2001) y de Lange *et al.* (2002) descubrieron que este rápido deterioro de la memoria episódica reciente se produce ya en la fase preclínica de la demencia.

fallo de memoria mediante la invención de algún dato (Pérez Mantero, 2015b), a fin de proteger su imagen social.

4.5 El déficit de atención en la DTA

Además de la memoria, en la demencia se ven alteradas otras funciones cognitivas que pueden afectar a la capacidad comunicativa del hablante. Entre ellas se encuentra la atención, que hasta ahora no ha recibido el mismo trato que la memoria por parte de los investigadores ni a nivel teórico ni en cuanto a su deterioro en el alzhéimer. Sin embargo, su importancia es primordial para entender las consecuencias observables de la enfermedad. Incluso, como ya hemos apuntado, algunos autores (Neufang *et al.*, 2011; Finke *et al.*, 2013) afirman que los fallos de atención aparecen al mismo tiempo o incluso antes que los relacionados con la memoria.

Al igual que ocurre con respecto a la memoria, la atención es un conjunto de actividades mentales disociables en distintos subcomponentes, los cuales pueden verse afectados de diversa consideración durante el curso de la demencia. Según el modelo propuesto por Perry y Hodges (1999), surgido de la combinación de modelos anteriores (Norman y Shallice, 1986; Posner y Petersen, 1990), la atención se puede dividir en tres amplias categorías: (1) atención selectiva y flexibilidad atencional, (2) atención sostenida y (3) atención dividida. A continuación, definiremos cada uno de estos tipos de atención y, a la luz de los principales estudios que han abordado el tema, analizaremos su grado de afectación por la presencia del alzhéimer y las implicaciones que este deterioro tiene en las habilidades comunicativas de los sujetos con DTA.

4.5.1 Atención selectiva y flexibilidad atencional

En primer lugar, siguiendo el orden propuesto por Perry y Hodges (1999), la *atención selectiva* se caracteriza por permitir que la persona se concentre en un único estímulo o proceso relevante en un momento dado, al tiempo que es capaz de ignorar otros estímulos irrelevantes o distractores. Por otro lado, la *flexibilidad atencional* se refiere a la capacidad para cambiar el foco de atención de un estímulo a otro. En pocas palabras, una alteración en la atención selectiva provoca que el individuo se distraiga con facilidad en presencia de diversos estímulos, mientras que un problema con la flexibilidad conlleva la imposibilidad de adaptar el foco de atención al estímulo más relevante en cada momento.

Levinoff *et al.* (2004) distinguen, a su vez, tres subcomponentes de la atención selectiva: inhibición, atención selectiva visoespacial y toma de decisión²². Los resultados de este estudio indican que la atención visoespacial y, sobre todo, la inhibición de estímulos irrelevantes son los aspectos más afectados en la etapa inicial de la DTA, mientras que la capacidad para tomar una decisión entre dos estímulos se encuentra relativamente conservada. Del mismo modo, Baddeley *et al.* (2001) encuentran fallos de atención en las personas con alzhéimer cuando los estímulos a los que se enfrentan son muy parecidos. Perry y Hodges (1999), por su parte, informan de la existencia de poca flexibilidad a la hora de cambiar el foco de atención entre distintas características de un estímulo.

Todas estas alteraciones puedan dar lugar, en el plano comunicativo, a comportamientos repetitivos, como la ecolalia (repetición involuntaria de la última o las últimas palabras emitidas por el interlocutor) o la glosomanía (vuelta recurrente a temas preferidos). Además, el déficit de atención selectiva puede contribuir a que las personas con demencia experimenten problemas en los casos en que en una conversación participan más de dos hablantes, pues el rápido intercambio de turnos que suele producirse en tales situaciones entra en conflicto con su menor capacidad para alternar el foco de atención de un hablante a otro.

4.5.2 Atención sostenida

En segundo lugar, la *atención sostenida*, también conocida como *vigilancia*, se refiere a la capacidad para mantener la atención en un estímulo o un proceso durante un largo período de tiempo. Este tipo de atención, bastante menos estudiado que los otros, muestra resultados contradictorios según el método utilizado para su análisis. Los trabajos que han empleado tareas como reconocer un cambio de patrón de sonidos (Perry *et al.*, 2000) o responder a cada estímulo que se produzca (Nebes y Brady, 1993) no mostraron una alteración de la atención sostenida en personas que se encontraban en una fase inicial de la demencia. En cambio, en pruebas con una duración mucho más prolongada (Brazzelli *et al.*, 1994) sí que se observa un deterioro de la atención

²² Obsérvese la clara relación entre los procesos de atención y otros dominios cognitivos, como la función ejecutiva. La disociación entre ambos no es siempre clara; de hecho, muchas pruebas neuropsicológicas complejas pueden requerir la presencia de los dos y, además, hacer complicada esta distinción (Baddeley *et al.*, 2001; Bourgeois y Hickey, 2009).

sostenida significativamente mayor que el del grupo control a medida que avanza el tiempo. Perry y Hodges (1999), no obstante, sugieren que las personas con alzhéimer tienen problemas para mantener la atención en actividades de la vida diaria desde una etapa muy temprana de la enfermedad, aunque está comúnmente aceptado que la atención sostenida es el componente mejor preservado de la capacidad de atención.

En todo caso, algunos fallos de coherencia en las intervenciones de los hablantes con alzhéimer pueden estar basados en un mal funcionamiento de la atención sostenida. Cabe pensar que no ser capaz de mantener la atención en un mismo asunto, o en un mismo tema de conversación, contribuye a la emisión de intervenciones con un contenido no relacionado con el de las anteriores o a que, en un momento dado, los hablantes con DTA “desconecten” de la conversación y permanezcan en silencio, aislados de la comunicación que les rodea.

4.5.3 Atención dividida

Finalmente, la *atención dividida* permite que una persona pueda atender a dos o más procesos o estímulos relevantes al mismo tiempo. Existen, fundamentalmente, dos tipos de tareas para analizar la atención dividida: por un lado, aquellas en las que se pide prestar atención a varias características de uno o más estímulos; por otro lado, pruebas en las que se requiere que el sujeto realice dos acciones de forma separada y luego simultáneamente. Estas últimas son el tipo de tarea más utilizado y, en ellas, la dificultad para mantener una atención dividida se mide según el deterioro observable en la capacidad para realizar correctamente ambas acciones.

La mayoría de los estudios que han investigado el funcionamiento de la atención dividida en las personas que padecen una demencia de tipo alzhéimer refieren una actuación similar a la del grupo control cuando las dos tareas se realizan por separado, pero un deterioro desproporcionado en el momento en que ambas tareas se llevan a cabo de manera simultánea (Perry y Hodges, 1999: 392-393). Algunos trabajos adscribieron este déficit a un fallo del sistema ejecutivo central (Baddeley *et al.*, 1991), pero más adelante se ha comprobado la verdadera existencia de una alteración en la atención dividida en los sujetos con alzhéimer (Perry *et al.*, 2000; Baddeley *et al.*, 2001). En cuanto al momento en que este déficit se hace evidente en el curso de la demencia, parece probado que en la fase intermedia todos los sujetos con alzhéimer presentan problemas en este componente de la atención. De hecho, bastantes estudios (Whelihan

et al., 2005; McGuinness *et al.*, 2010) adelantan la aparición de fallos en tareas de atención dividida a la etapa inicial.

Incluso, otro trabajo ha utilizado vídeos en los que se reproduce una conversación entre varios hablantes (Alberoni *et al.*, 1992). En esta tarea, los sujetos con alzhéimer debían reconocer “quién dijo qué”, algo que les resultaba más difícil a medida que aumentaba el número de hablantes en la conversación grabada. Esta particularidad también se da en situaciones naturales de comunicación, en interacciones en las que participan más de tres personas y se producen cruces conversacionales. Debido a sus crecientes problemas para prestar atención a varias personas a la vez, los sujetos con DTA tienden a evitar situaciones en las que se reúnen pequeños grupos de hablantes.

4.6 El déficit ejecutivo en la DTA

Si bien los conceptos de memoria y de atención parecen claramente definidos, más controversias suscita la delimitación de lo que se conoce como función ejecutiva. De hecho, esta variabilidad se extiende desde la terminología empleada por la comunidad científica a los tipos de procesos cognitivos que se engloban en el funcionamiento ejecutivo. Así, en primer lugar, la vacilación entre el singular “función ejecutiva” y el plural “funciones ejecutivas” denota una dificultad para encontrar un elemento común entre todas las operaciones cognitivas que se presuponen relacionadas. Siguiendo el criterio de Hernández Sacristán *et al.* (2014: 19), consideraremos la existencia de una función ejecutiva (en singular), que se correspondería con una capacidad meta-cognitiva general. No obstante, en segundo lugar, tampoco quedan claras cuáles son las funciones psicológicas superiores que se incluyen dentro de esta, aunque la mayoría de los estudios neuropsicológicos mencionan como integrantes de la función ejecutiva la capacidad inhibitoria, la habilidad de planificar y de mantener el control de las tareas que se están realizando, la capacidad de razonamiento, la habilidad para resolver problemas y para adaptarse a las circunstancias, y la capacidad intersubjetiva o teoría de la mente. Además, como ya hemos indicado, algunos trabajos incluyen la atención dentro del funcionamiento ejecutivo o a su par (Barkley, 2006; El Haj *et al.*, 2015), pues existe una gran relación entre sus características y las de otros procesos cognitivos superiores.

En definitiva, la función ejecutiva podría definirse como el conjunto de procesos cognitivos superiores que están implicados en la regulación del pensamiento y de la

acción (Friedman *et al.*, 2006). Otra posible definición, que resalta el requisito de adaptación o flexibilidad cognitiva ante los hechos, es la que ofrecen Hernández Sacristán *et al.* (2014). Para estos autores, la función ejecutiva es:

“ese factor explicativo que necesitamos poner en juego para dar cuenta de procesos cognitivos y conductas que requieren, por alguna razón circunstancial, una adaptación novedosa al entorno en el que operan” (Hernández Sacristán *et al.*, 2014: 19).

En este sentido, un buen funcionamiento ejecutivo es imprescindible a la hora de enfrentarse a actividades de la vida diaria, como hacer la lista de la compra, elegir la vestimenta, preparar la comida, realizar una llamada de teléfono o moverse de un punto a otro de la ciudad. Del mismo modo, la función ejecutiva está íntimamente relacionada con el comportamiento social de las personas. Téngase en cuenta, por ejemplo, que un déficit de la capacidad inhibitoria puede llevar a que un individuo presente actitudes y cometa ciertos hechos que van en contra de las normas sociales. Así, en personas afectadas por una patología cerebral, esta desinhibición puede observarse en casos que van desde hurgar en el bolso de otra persona a manifestaciones sexuales en presencia de otras personas. Estos comportamientos se han observado principalmente en sujetos que padecen una demencia de tipo frontotemporal, por lo que, en consecuencia, durante mucho tiempo el déficit ejecutivo se ha circunscrito a una alteración del lóbulo frontal y ambos conceptos se han confundido (Braak y Braak, 1991b; Duke y Kaszniak, 2000). Por este motivo, tradicionalmente, desde la neuropsicología se consideraba que las personas con una demencia de tipo alzhéimer (caracterizada por un deterioro que comienza en partes posteriores del cerebro) no desarrollaban un déficit ejecutivo hasta una etapa moderada de la enfermedad, cuando esta se extiende por otros lóbulos cerebrales (Pillon *et al.*, 1986).

No obstante, recientes estudios contradicen estas apreciaciones. Utilizando diversas tareas que miden el funcionamiento ejecutivo, Collette *et al.* (1999b), Rainville *et al.* (2002) y Logie *et al.* (2004), entre otros, descubrieron que las personas con DTA presentaban alteraciones en la función ejecutiva cuando se comparaban sus resultados con los que obtenían otras personas mayores sin demencia. De hecho, otros estudios (Lafleche y Albert, 1995; Baudic *et al.*, 2006) afirman que las dificultades de razonamiento y para tomar decisiones aparecen en una etapa muy temprana de la

enfermedad, incluso, antes de que se evidencien problemas con la atención sostenida o el lenguaje.

Así, la visión que impera actualmente es que los procesos cognitivos que componen la función ejecutiva no se encuentran únicamente en el lóbulo frontal, sino que se sustentan sobre una red distribuida de regiones corticales (Collette *et al.*, 2001). La distinta evolución de la demencia y la existencia de dos síndromes principales (amnésico y disejecutivo) provoca que en cada individuo la función ejecutiva se vea afectada en momentos diferentes del desarrollo de la demencia. En este sentido, Royal *et al.* (1994) y Cahn-Weiner *et al.* (2000), entre otros, opinan que medir el grado de disfunción ejecutiva tiene más relevancia a la hora de determinar la capacidad funcional de una persona con alzhéimer que el deterioro cognitivo global obtenido a través del Mini-Mental.

Por otra parte, no quedando ya muchas dudas de que los sujetos con DTA –incluso en la etapa inicial– presentan malos resultados en las pruebas que miden la función ejecutiva, sí que resulta más complicado averiguar si existe una disociación entre el deterioro de los distintos procesos cognitivos comprendidos en ella. Esta dificultad se ha intentado superar a partir de la utilización de múltiples tareas diseñadas para cada una de las operaciones cognitivas, pero los neuropsicólogos constantemente se enfrentan al hecho de que es imposible distinguir completamente los distintos componentes de la función ejecutiva y estudiarlos sin necesidad de acudir a otros dominios cognitivos (Perry y Hodges, 1999). Desde una perspectiva más centrada en la terapia, Razani *et al.* (2007) se propusieron examinar en un grupo de personas con una fase inicial de demencia la relación entre los test más utilizados que miden el funcionamiento ejecutivo y su verdadero desempeño en actividades de la vida diaria. Los resultados mostraron que algunos test presentaban mayores correlaciones con el comportamiento real de las personas con DTA que otros, pero quizás lo más interesante sea su apreciación de que en el estudio se observaron mayores diferencias entre los sujetos con demencia y el grupo control en las actividades de la vida diaria que en su actuación frente a las pruebas neuropsicológicas.

De acuerdo con esto, nos parece que es aún escaso el número de trabajos que, desde planteamientos ecológicos, han analizado el grado de deterioro de la función ejecutiva de las personas con alzhéimer de acuerdo con su actuación frente a tareas que realizan de forma cotidiana. De hecho, los familiares de las personas con demencia conocen bien la importancia del déficit ejecutivo, pues, además de la queja de memoria,

muchos se dan cuenta de que su ser querido está desarrollando la enfermedad cuando observan que cometen fallos o son incapaces de decidir qué ropa ponerse, cómo volver a casa desde la tienda o qué pasos seguir para hacer la comida.

Además, como sucede con respecto a la memoria y a la atención, la alteración de los procesos cognitivos que componen la función ejecutiva afecta de manera indudable a la capacidad comunicativa de los hablantes con DTA. En este sentido, según Hernández Sacristán *et al.* (2014), existe una relación ambivalente entre lenguaje y función ejecutiva. Por un lado, el lenguaje sirve para regular y organizar ciertos procesos mentales; por ejemplo, el lenguaje interior, producto de una capacidad inhibitoria sobre el lenguaje exterior, tiene funciones reguladoras de algunos comportamientos no verbales, de los estados de ánimo y de la motivación. Por otro lado, la conducta verbal es a su vez objeto de regulación por la función ejecutiva, pues aquella debe adaptarse a la situación comunicativa en la que se desarrolla.

Sin embargo, lo que resulta más interesante es que estas dos funciones pueden darse a la vez. Así, los hablantes utilizamos el lenguaje como instrumento metacognitivo a través del cual poder controlar el propio uso lingüístico. De manera general, a esta capacidad reflexiva del lenguaje se la conoce como habilidad metalingüística y su manifestación más explícita aparece en aquellas situaciones en las que hablamos del lenguaje a través del lenguaje; esto es, típicamente, se ha considerado que las expresiones más evidentes de la función metalingüística eran la descripción de las categorías gramaticales o la definición de un término lingüístico. En este último caso, Harley *et al.* (2008) descubrieron que los malos resultados en tareas en las que se requería que los sujetos con DTA definiesen una palabra de uso común podrían no deberse únicamente a un déficit en el componente semántico (de hecho, eran capaces de dar información semántica a partir de preguntas específicas), sino a una alteración de tipo metalingüístico que les impediría formar una buena definición. Así, las definiciones de los hablantes con alzhéimer se caracterizaron por utilizar más información asociativa y autobiográfica que las del grupo control. Según estos autores, en estas producciones se evidencia tanto una incapacidad para inhibir información poco relevante como un deterioro de la capacidad intersubjetiva, la cual permite que un hablante sea consciente de las necesidades comunicativas de sus interlocutores²³.

²³ Youmans y Bourgeois (2004) también encontraron que las personas con demencia en un nivel inicial-moderado presentaban leves fallos en teoría de la mente en tareas de falsa creencia. Sin embargo, como

No obstante, esta función metalingüística adopta muchas otras formas más cercanas a la realidad del uso lingüístico cotidiano. Por lo tanto, siguiendo a Hernández Sacristán *et al.* (2004: 24), consideramos la existencia de unas “habilidades metalingüísticas naturales” que se sitúan en el espacio de intersección entre la actividad metacognitiva o función ejecutiva y la conducta verbal. Esta capacidad metalingüística se manifiesta a través de múltiples recursos comunicativos²⁴: la habilidad para inhibir el uso efectivo del lenguaje en ciertos momentos; la utilización de la gestualidad como apoyo o compensación de la propia actividad verbal, y que también puede utilizarse para evitar estratégicamente el uso de la palabra; la habilidad para realizar correcciones en las intervenciones del interlocutor o del propio hablante, lo que demuestra una actividad evaluadora de la producción verbal; la utilización de construcciones suspendidas, evidenciando así una capacidad de apoyarse en el interlocutor para que este complete su intervención, etc.

Como puede deducirse, estas habilidades metalingüísticas se configuran como un objeto de estudio ineludible en los sujetos con demencia de tipo alzhéimer. No obstante, pocos son los trabajos que aluden a su relación con la función ejecutiva de manera explícita y solo en el mejor de los casos se hace alguna referencia a habilidades metaconversacionales o a habilidades metapragmáticas (Valles González, 2009), principalmente en el estudio de las secuencias de rectificación.

profundizaremos en nuestro análisis, contrariamente a lo que se desprende de su actuación frente a pruebas neuropsicológicas, en la práctica conversacional las personas con DTA normalmente empleaban mecanismos interactivos que dan cuenta de la existencia de una capacidad intersubjetiva.

²⁴ Para una información más detallada remitimos al estudio introductorio del protocolo MetAphAs (Hernández Sacristán *et al.*, 2014), donde se realiza un pormenorizado repaso por las posibles manifestaciones de las habilidades metalingüísticas naturales en el contexto de uso del lenguaje, con especial atención a su presencia o ausencia en las intervenciones de hablantes con afasia.

4.7 El déficit lingüístico en las personas con DTA: estado de la cuestión

Los primeros estudios que prestaron atención al déficit lingüístico provocado por la enfermedad de Alzheimer parten de un enfoque psicolingüístico. En este sentido, los trabajos de Irigaray (1967, 1973) pueden considerarse el punto de partida de las investigaciones sobre el deterioro comunicativo en las personas con DTA. En el segundo ya se observan varias claves que han sido replicadas por la mayoría de los estudios posteriores, como la mayor afectación de las habilidades semánticas y pragmáticas y la relativa preservación de las habilidades fonológicas y sintácticas, o la constatación de que las alteraciones de la memoria y de la atención juegan un papel fundamental en el déficit comunicativo de los hablantes con demencia. Sin embargo, como bien explica Obler (1981) en su reseña al trabajo de Irigaray, este estudio adolece de varios defectos: entre ellos, la dificultad para conocer el diagnóstico de todos los participantes o la ausencia de un cuerpo teórico definido.

Otra de las investigaciones clásicas es la de De Ajuriaguerra y Tissot (1975), los cuales, si bien a través de un estudio donde no se presta atención al contexto, buscan testar la “hipótesis regresiva”, según la cual el proceso de deterioro de las habilidades comunicativas en la demencia reproduce de manera contraria el proceso de adquisición en la niñez. Esta es la hipótesis que siguió Jakobson (1941) en su estudio sobre la afasia, pero, por las características de ambas patologías, parece tener más sentido en el caso de la demencia.

Desde estos primeros trabajos, algunas características se repiten en las investigaciones sobre el déficit lingüístico en la DTA durante las siguientes décadas. Específicamente, se trata de estudios que se centran en habilidades concretas de los hablantes en lugar de realizar un análisis comprensivo del déficit comunicativo; en general, no está claro el grado de deterioro cognitivo de los participantes y, en muchas ocasiones, se analizan los resultados sin tener en cuenta el diferente nivel de desarrollo de la enfermedad de los informantes; por último, hay que tener en cuenta que la mayoría de los estudios realizados no han obtenido los datos de conversaciones, sino de pruebas estandarizadas, por lo que los resultados que ofrecen pueden discrepar en buena medida de la realidad cotidiana.

Con estos condicionantes sobre la mesa, nos disponemos a plasmar las principales alteraciones lingüísticas y habilidades comunicativas conservadas en el transcurso de la DTA, a partir de los resultados que emanan de la bibliografía existente. Pretendemos

exponer el perfil lingüístico del alzhéimer según los estudios realizados hasta el momento y, para ello, optaremos por una división por componentes lingüísticos. Asimismo, esta caracterización nos servirá como punto de partida y comparación con los resultados que obtengamos de nuestro análisis de tipo conversacional.

En el nivel fonético-fonológico, ni la articulación ni la discriminación de fonemas parecen suponer problemas para los hablantes con alzhéimer. Por esta razón, los estudios encaminados a analizar esta patología han prestado nula o poca atención a este componente. No obstante, desde una fecha muy temprana, algunos autores mostraron interés por examinar estos aspectos, motivados sin duda por los déficits de este tipo presentes en la afasia. Así, utilizando baterías de tests estandarizadas para casos de afasia, Price *et al.* (1993) encontraron que los sujetos con DTA no se ajustaban a los perfiles de actuación de los afásicos en cuanto a las alteraciones articulatorias. Murdoch *et al.* (1987) se suman a considerar que existe una disociación en los sujetos con alzhéimer entre los componentes fonológico y sintáctico, por un lado, y los componentes semántico y pragmático, por otro, ya que las personas demenciadas eran capaces de corregir errores de fonología y de sintaxis incluso en un estadio avanzado del deterioro cognitivo, algo que no conseguían hacer cuando se trataba de un error de tipo semántico. Únicamente se han encontrado casos de alteraciones fonológicas en tareas que piden repetir frases o pseudopalabras en contextos experimentales (Glosser *et al.*, 1997). Estas son pruebas cuyo contenido no se asemeja a la comunicación coloquial y que, además, requieren de una buena memoria a corto plazo. En cualquier caso, en la etapa avanzada de la demencia, cuando el deterioro lingüístico es muy importante, sí es posible que aparezcan parafasias fonológicas²⁵.

En cuanto al nivel morfosintáctico, de acuerdo con la hipótesis predominante en lingüística clínica, Appell *et al.* (1982) confirmaron la buena actuación sintáctica de los individuos con DTA tras ser sometidos a pruebas que tomaban en cuenta aspectos como

²⁵ Por el contrario, Croot *et al.* (2000) describen una serie de individuos con DTA que muestran alteraciones fonéticas y fonológicas en una etapa temprana de la enfermedad: falsos comienzos, parafasias fonológicas y una capacidad articulatoria reducida. No obstante, los autores reconocen su extrañeza ante estos hechos y nos informan de que los sujetos estudiados (que fueron seleccionados para este estudio a causa de su déficit fonético-fonológico) presentaban lesiones en las áreas perisilvianas de la corteza cerebral, lo que nos puede llevar a pensar que en realidad no estaban tratando con sujetos con alzhéimer, sino personas que sufrían una demencia frontotemporal; concretamente, una “afasia primaria no fluida progresiva” (cf. Robles Bayón y Vilariño Vilariño, 1998: 88).

la longitud y la estructura de las oraciones o el uso de conectores extraoracionales, entre otros. La gran mayoría de los trabajos que han evaluado la competencia sintáctica de estos individuos se ha centrado en la producción de estructuras sintácticas y no en su comprensión. Al ser la DTA una patología lingüística de tipo fluente, es presumible que las personas que la padecen no tengan excesivos problemas con la expresión. Sin embargo, esto podría ser diferente en el plano de la comprensión. En un estudio de Emery (1985) en el que se emplean el *Test for Sintactic Complexity* y el *Token Test* los resultados fueron abrumadores a favor de que la comprensión de la sintaxis se encontraba muy alterada. Sin embargo, lo que Emery no tuvo en cuenta es que estos test requieren habilidades visoespaciales, praxis, memoria y competencia semántica para ser completados satisfactoriamente. Posteriormente, Rochon *et al.* (1994) observaron que las mayores dificultades se presentaban cuando las oraciones constaban de varias proposiciones y en los casos en los que todos los papeles temáticos posibles estaban cubiertos. No obstante, en casi el 85% de los casos, las oraciones fueron entendidas correctamente. De todos modos, debido al deterioro cognitivo y, especialmente, de la memoria, la sintaxis se va simplificando a lo largo de las distintas etapas de la demencia (Chapman y Ulatowska, 1997) hasta que la fluidez verbal es tan reducida que impide toda comunicación por parte del sujeto con DTA.

Al contrario de lo que ocurre con los componentes fonético-fonológico y morfosintáctico, el nivel léxico-semántico está claramente afectado en el alzhéimer. De hecho, los primeros síntomas de tipo lingüístico que anuncian la existencia de la enfermedad de Alzheimer se relacionan con una disminución del vocabulario y una creciente dificultad para el acceso léxico o “anomia”. La pronta y frecuente aparición de estas alteraciones lingüísticas ha favorecido la realización de numerosos estudios al respecto (Huff *et al.*, 1986; Bayles *et al.*, 1990; Smith *et al.*, 1995; Forbes-McKay y Venneri, 2005). En ellos destaca el interés por determinar las variables que indicarían una mayor o menor conservación de las unidades léxicas en las personas afectadas por una DTA. En este sentido, numerosos estudios (Forbes-McKay *et al.*, 2005; Rodríguez Ferreiro *et al.*, 2009; Cuetos Vega *et al.*, 2012) coinciden en afirmar que la frecuencia de uso de los términos y la edad en la que se adquirieron son los indicadores más fiables: cuanta mayor sea la frecuencia de aparición y cuanto antes se adquiriesen estas palabras más posibilidades existen de que los hablantes con alzhéimer las conserven.

En cuanto a la verdadera naturaleza del déficit, como ya apuntábamos en el apartado dedicado a la memoria semántica, los resultados de las pruebas de

denominación, fluencia verbal y categorización semántica sugieren que existe un deterioro del conocimiento semántico en lugar de un déficit en el acceso léxico²⁶ (Nakamura *et al.*, 2000; Paganelli *et al.*, 2003). En el referido apartado también mencionábamos las principales consecuencias a nivel lingüístico del déficit semántico, como la utilización excesiva de términos genéricos o el empleo de parafasias semánticas, neologismos y circunloquios. En su estudio longitudinal de un único caso, Hamilton (1994) observó que su informante con DTA deja de utilizar bastante pronto los circunloquios y las palabras relacionadas semánticamente con el término buscado. En cambio, los neologismos, las palabras genéricas o vacías y los términos con un significado no relacionado perduran más tiempo. A juicio de Hamilton, la explicación para este comportamiento puede provenir de una progresiva pérdida de la capacidad intersubjetiva de la persona con alzhéimer, pues, a diferencia de los neologismos, los términos genéricos y las parafasias no relacionadas, las parafasias semánticas y sobre todo los circunloquios implicarían el reconocimiento de sus problemas comunicativos y la subsiguiente necesidad de dar pistas a los oyentes para que puedan acceder al significado ausente:

“In lieu of the intended word, the use of a circumlocution of a semantically related word indicates a greater other-orientation than does the use of a newly coined word, an inexplicit word, or a completely unrelated word” (Hamilton, 1994: 50).

Finalmente, en cuanto al análisis de las habilidades pragmáticas, hay que tomar en consideración las posibles consecuencias derivadas de que una gran parte de los estudios haya empleado una metodología de obtención de datos basada en entrevistas. Así, algunos trabajos parciales han analizado la falta de coherencia y la alta frecuencia de cambios de turno (Ripich y Terrell, 1988) o las dificultades con la gestión temática (Mentis *et al.*, 1995), pero algunos autores consideran que estas habilidades comunicativas podrían no parecer tan alteradas si las interacciones estudiadas se produjeran en un contexto natural y no en situaciones formales (Moss *et al.*, 2002). El

²⁶ En cambio, los problemas de índole léxico-semántica en personas ancianas tendrían como causa un déficit en el acceso léxico, lo que se traduce en la aparición de casos del fenómeno conocido como “punta de la lengua”.

tipo de tareas planteadas y los temas que se ofrecen al informante con demencia son, a menudo, poco propicios para que este muestre todas sus habilidades comunicativas.

Entre los primeros estudios que atendieron a la pragmática en los hablantes con DTA se encuentra el de Hutchinson y Jensen (1980), quienes afirmaron que los sujetos con demencia usaban más actos de habla directivos que los individuos con edad avanzada del grupo control. La mayoría de estos actos se correspondían con peticiones con las que buscaban que su interlocutor les confirmase su identidad y, por otro lado, que les explicaran algún punto no siempre relacionado con la interacción que estaban teniendo, lo que a menudo quebraba la coherencia discursiva. En cambio, estos autores refieren una menor cantidad de actos representativos en los turnos de los hablantes con alzhéimer, lo que podría significar que estas personas utilizan estos actos directivos como recurso para ganar tiempo mientras dan con la respuesta adecuada. En contra del mantenimiento de la capacidad de formular preguntas está Bayles (1984), quien observa un deterioro de esta en la etapa moderada de la demencia.

Por otra parte, Appell *et al.* (1982) detectaron que, desde una etapa temprana, los hablantes con DTA mostraban dificultades para reconocer actos de habla indirectos; así, sus informantes no eran capaces de establecer inferencias que les llevaran desde el significado literal al significado figurado o implícito²⁷. Claramente relacionada con esta alteración pragmática se encuentra la dificultad para manejar las implicaturas conversacionales. Hays *et al.* (2004) llevan a cabo un estudio en el que, utilizando el *Profile of Pragmatic Impairment in Communication* (Linscott *et al.*, 1996), constatan que muchos de los fallos que presentan las personas con alzhéimer en la conversación están relacionados con la transgresión de las máximas conversacionales.

Dentro de las categorías que incluimos dentro de la pragmática textual se encuentran aquellas que dan forma a las superestructuras textuales (coherencia y cohesión) y la gestión temática. Muchas investigaciones (Obler y Albert, 1984; Müller y Guendouzi, 2005) dan cuenta de la falta de coherencia que se desprende de los discursos producidos por las personas con demencia. Según Glosser y Deser (1991), en los hablantes con DTA la coherencia global se muestra mucho más alterada que la local; es decir, los errores en la superestructura textual vendrían provocados no tanto por las

²⁷ No obstante, aunque desarrollaremos este punto en los capítulos dedicados al análisis, ya adelantamos que de nuestros datos no se desprende que los individuos con DTA tengan un grave problema para inferir significados implícitos o con la capacidad intersubjetiva.

relaciones de significado entre conceptos contiguos en el discurso como por la alteración de la capacidad para organizarlo.

Ripich y Terrell (1988), a partir de un estudio que comparaba las habilidades discursivas de ancianos sin déficit comunicativo y personas con alzhéimer, demostraron que la cohesión estaba mucho más alterada en el segundo grupo. Este problema, tal y como apuntan otros trabajos (Hamilton, 1994; March *et al.*, 2006), se debe principalmente al continuo uso de pronombres sin que su referencia esté clara en el contexto.

Del mismo modo, la gestión temática es otra de las categorías de la pragmática textual que se ven más afectadas en los sujetos con DTA. Los problemas en este punto se observan a partir de dificultades para introducir un nuevo tema o información nueva sobre el tema de conversación (García y Joannette, 1997). Otro motivo que explicaría esta mala gestión temática podría encontrarse en la tendencia que muestran los hablantes con demencia a cambiar de tema de manera inesperada, en momentos en los que no se ha cerrado de manera satisfactoria el tema anterior (Müller y Guendouzi, 2005). Asimismo, como ya apuntaba Bayles *et al.* (1985), en las etapas más avanzadas del alzhéimer llama la atención la aparición de perseveraciones, esto es, la repetición cuasi exacta de un término o fragmento de habla. Esta alteración comunicativa se vincula, en el caso de las personas con DTA, al desarrollo de glosomanías, es decir, a la existencia de temas recurrentes en su discurso.

Finalmente, en el ámbito de lo que Gallardo Paúls llama pragmática interactiva, el sistema de la toma de turno es una de las categorías fundamentales de análisis. De forma interesante, si bien el deterioro comunicativo en las personas con demencia se suele manifestar a través de una pequeña disminución de la iniciativa del habla, se ha comprobado que la habilidad para reconocer los lugares de transición pertinente y para tomar el turno se conserva bastante bien hasta una etapa muy avanzada de la enfermedad (Guendouzi y Müller, 2002, 2006). De igual forma, los hablantes con alzhéimer parecen ser conscientes de ciertos mecanismos conversacionales, como que una pregunta requiere una respuesta, y, en este sentido, suelen contestar las cuestiones que les formulan sus interlocutores, aunque el contenido de sus enunciados no sea siempre el más apropiado (Small y Perry, 2005). Asimismo, las personas con DTA mantienen en gran medida la capacidad de rectificar sus propios enunciados y de pedir más información al resto de hablantes si no han entendido algo que estos han dicho (Watson, 1999). En definitiva, estas habilidades comunicativas confirmarían que los

sujetos con demencia son capaces de participar en interacciones conversacionales a pesar de otros déficits que les dificultan tener una buena comunicación.

Por otro lado, el carácter progresivo de esta patología implica una secuencia en la aparición de alteraciones lingüísticas. Es fundamental, pues, realizar una descripción fiable de este proceso, ya que esto puede ser de gran ayuda a los profesionales encargados de evaluar y de paliar las dificultades comunicativas de los hablantes con alzhéimer. Sin embargo, como hemos señalado más arriba, existe una carencia de investigaciones que hayan realizado un estudio de este tipo. Los trabajos con los que contamos son, en su mayoría, de naturaleza parcial, y, por este motivo, resulta muy difícil poder establecer un perfil lingüístico de la demencia a través de sus diferentes etapas. En este sentido, tenemos que remontarnos a las investigaciones clásicas de Bayles (1984) y de Obler y Albert (1984), quienes, a partir de los estudios realizados en informantes que se situaban en distintos estadios de la enfermedad, proponen tres fases en el deterioro comunicativo caracterizadas de la siguiente manera²⁸:

- En la *etapa inicial* el primer síntoma que nos señala la existencia de un déficit lingüístico es la dificultad para acceder a determinadas palabras (anomia), causada por el deterioro de la memoria semántica. El lenguaje se vuelve impreciso y, a consecuencia de ello, puede aparecer una ligera verbosidad o logorrea, ya que son conscientes de su problema comunicativo. La comprensión se encuentra bastante preservada, al igual que ocurre con la sintaxis. En cuanto a las habilidades pragmáticas, se describe generalmente una disminución en la iniciativa del habla y una dificultad creciente para detectar recursos humorísticos e irónicos.
- En la *etapa moderada* se agravan todos los déficits comunicativos presentes en la fase anterior. De forma progresiva, la anomia provoca una abundancia de proformas, circunloquios y parafasias semánticas que dan lugar a un discurso pobre en contenido y poco cohesionado. Del deterioro cognitivo presente en las personas con DTA en esta etapa resulta también la incapacidad para organizar el discurso de manera coherente. Los problemas

²⁸ No todos los autores conciben una estructura en tres etapas. Por ejemplo, Murillo Ruiz (1999) añade una cuarta fase, caracterizada por un mutismo total del individuo, al que llama “estadio o etapa terminal”. Otros investigadores (Macoir y Turgeon, 2006) refieren una etapa prodrómica en la que se observarían leves casos de anomia.

de comprensión verbal se hacen más evidentes. En relación con la lectoescritura, parece ser que existen errores al escribir debidos a la adición, sustitución y omisión de letras; la capacidad para leer en voz alta, por su parte, no se encuentra muy alterada, aunque esto no implica que comprendan todo lo que leen.

- En la *etapa avanzada* la persona con DTA se instala en una situación de apatía de la que se deriva un notable decrecimiento del lenguaje espontáneo. Los errores de expresión se hacen muy frecuentes: la anomia está generalizada y pueden aparecer parafasias fonológicas, así como multitud de ecolalias (repetición involuntaria del discurso ajeno) y perseveraciones favorecidas por el hecho de volver continuamente a los mismos temas de conversación. La comprensión está muy alterada, hasta el punto en que la persona con demencia no responde a los actos directivos, como órdenes simples, algo que también podría ser debido a la apatía o a la dificultad para participar en una conversación. En esta fase, el hablante apenas muestra iniciativa comunicativa. Finalmente, se llega a una situación de progresiva incomunicación que desemboca en un estado de mutismo.

A partir del análisis de nuestros datos, buscaremos confirmar la veracidad de estas aseveraciones y aportar un nuevo matiz al análisis del déficit lingüístico centrándonos no solo en las producciones verbales del informante con alzhéimer, sino también en la actuación comunicativa de sus interlocutores. En definitiva, partiremos de la consideración de que la demencia provoca un déficit en todo el proceso comunicativo y no únicamente en la persona que la sufre.

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

5. Métodos para la obtención de datos en lingüística clínica

En un capítulo anterior planteamos un repaso panorámico por las distintas perspectivas de análisis y disciplinas científicas que han abordado el análisis del déficit comunicativo. En este sentido, caracterizábamos el campo de estudio de los trastornos del lenguaje como un espacio donde confluyen, fundamentalmente, la neuropsicología, la lingüística y la logopedia. Obviamente, cada una de estas disciplinas bebe de una tradición y de un modo investigar diferentes, y la influencia que ejercen sobre el hecho estudiado repercute, sin lugar a dudas, en la metodología de investigación empleada y en los resultados obtenidos. En el caso específico de los estudios sobre el déficit lingüístico, apuntábamos la existencia de una preeminencia de la neuropsicología y de la lingüística de corte generativista sobre una lingüística de tipo pragmático hasta el cambio de paradigma que comenzó a vislumbrarse en los años 80 del siglo pasado. A este respecto, uno de los ámbitos en los que más se ha notado este cambio ha sido en el de la metodología de investigación del déficit lingüístico (Ahlsén, 2006; Gallardo Paúls, 2006). De las situaciones “de laboratorio” en las que se comprobaban las capacidades lingüísticas a través de inacabables y estresantes test se ha pasado a estudiar el perfil lingüístico de los informantes a partir de situaciones cotidianas (conversaciones de tipo coloquial) tras las que se lleva a cabo un análisis cualitativo de los datos, considerando siempre la validez ecológica de los mismos. Intentaremos esclarecer el significado y la repercusión de estos conceptos en el estudio del déficit comunicativo en los siguientes apartados.

5.1 Test y perfiles

Resulta ya un lugar común señalar que uno de los rasgos característicos de los estudios sobre las alteraciones del lenguaje es la tardanza en incorporar la perspectiva lingüística. Efectivamente, y salvo en casos muy excepcionales (los más conocidos son Roman Jakobson y Ruth Lesser), la lingüística no mostró interés por este campo de análisis, que en consecuencia fue copado por profesionales de la psicología y la neuropsicología, disciplinas cuyo modelo lingüístico de referencia en la segunda mitad del siglo XX era el paradigma generativista; es decir, un modelo que elude abordar la variedad lingüística de la actuación y defiende un estudio alejado de los datos y

centrado en la noción abstracta de competencia. Como es de esperar, la forma y metodología de investigación de estos profesionales era la propia de las Ciencias de la Salud. A partir de principios básicos como el isomorfismo mente/cerebro, la modularidad y el localizacionismo (Diéguez Vide y Peña Casanova, 1996; Cuetos Vega, 1998), llevaban a cabo estudios que trataban de identificar cierta lesión cerebral como la causante de los trastornos lingüísticos o estudios que midieran las capacidades cognitivas del paciente. En su vertiente más relacionada con el lenguaje, ambas disciplinas desarrollaron métodos para ayudar al diagnóstico de una determinada patología (básicamente, la afasia) a partir de los componentes lingüísticos afectados. Estos métodos se componen de baterías de test y de tareas que pretenden medir cuantitativamente el rendimiento de los pacientes en relación con cada uno de los ítems asociados a diversas habilidades cognitivas (y entre ellas, verbales).

La mayoría de estos test se elaboraron para diagnosticar casos de afasia y poder distinguir el tipo concreto que presentaban las personas que se sometían a ellos, recogiendo la tradición localizacionista iniciada por Broca y Wernicke. Esto, *per se*, lleva una carga implícita que debemos recordar ahora: las afasias son patologías del lenguaje causadas por una lesión cerebral en una zona determinada del hemisferio izquierdo. Dado que lenguaje y gramática se entendían, de forma reduccionista, como una misma cosa, y que el marco de referencia eran lenguas del estándar europeo (y básicamente el inglés), estos test únicamente medían las capacidades lingüísticas generalmente vinculadas al hemisferio izquierdo, lo que no solo deja de lado las habilidades pragmáticas y los recursos prosódicos, tan propios del lenguaje como la misma gramática, sino también ciertos aspectos de la gramática (por ejemplo, de comprensión semántica) dependientes del hemisferio derecho (Fernández Urquiza *et al.*, 2013). Del mismo modo, también han sido empleados para evaluar las alteraciones lingüísticas presentes en personas que padecen una enfermedad que afecta a zonas difusas del cerebro (por ejemplo, las demencias), algo que se aleja de su propósito original. Las ideas básicas que subyacen a este tipo de test y pruebas se sustentan en los planteamientos de la neuropsicología clásica, que no siempre es compatible con los hallazgos de la práctica clínica. En palabras de Fernández Urquiza *et al.* (2013: 174):

“Los estudios de RMf y de estimulación eléctrica del córtex ofrecen una imagen del funcionamiento lingüístico a nivel cerebral que se aleja de su localización interindividualmente homogénea en unas áreas estrictamente delimitadas. Por

el contrario, los patrones de activación neural se encuentran ampliamente distribuidos y en gran medida dependientes de los requerimientos de otras operaciones cognitivas que son esenciales para una adecuada comprensión y producción del lenguaje. Estas operaciones incluyen la atención, la memoria de trabajo, la percepción auditiva y visual, y el acceso a la memoria a largo plazo, tanto perceptiva como ejecutiva”.

Cabría pensar, por otro lado, que la pretendida científicidad otorgada a este tipo de metodología de investigación, basada en que los datos son cuantificables²⁹, puede relativizarse desde un punto de vista propio de las ciencias humanas. Las tareas a las que son sometidos los informantes se dan por lo general en situaciones descontextualizadas, en las que no es fácil reconocer si un fallo se ha producido porque el componente lingüístico analizado está dañado o porque el paciente no ha entendido la tarea en cuestión. Existe una casuística importante en torno a este tema. Los problemas pueden ir desde una pérdida de visión que impide reconocer un dibujo y después nombrarlo (una prueba típica para evaluar la denominación) a fallos en la memoria (algo muy frecuente en la demencia de tipo alzhéimer) que pueden confundirse con una incapacidad para comprender enunciados; asimismo, el estrés emocional y anímico en que suele encontrarse la persona evaluada puede contribuir también a enmascarar sus habilidades lingüísticas.

Desde planteamientos semióticos (Gallardo Paúls, 2002a), las habilidades lingüísticas que se estudian en estas pruebas suelen dividirse en cuatro tramos que analizan la expresión y la comprensión del lenguaje tanto en el canal oral como en el escrito. Así, según Gallagher (1994: 76):

“Una evaluación neuropsicológica estándar cubre un amplio rango de capacidades del lenguaje, incluyendo fluidez, articulación, recuperación de palabras, comprensión, repetición, lectura y escritura”.

²⁹ “Quantitative approaches tend to be associated with a positivist or post-positivist orientation, a realist ontology, an objectivist epistemology, and an experimental manipulative methodology. Qualitative approaches, on the other hand, are more often associated with an interpretive, humanistic orientation, an ontology of multiple realities, a nonobjectivist epistemology and a naturalistic, nonmanipulative methodology” (Duff, 2010: 47).

Muchos han sido los test que han servido para evaluar el déficit lingüístico desde la publicación del primer test sistematizado para el diagnóstico de la afasia en 1926 por parte de Henry Head. Algunos de los más utilizados han sido el *Western Aphasia Battery* (Kertesz, 1982), los *Aphasia Diagnostic Profiles* (Helm-Estabrooks, 1992) y el *PALPA* o *Psycholinguistics Assessment of Language Processing in Aphasia* (Kay et al., 1992). Pero, sin lugar a dudas, la batería de test más conocida es el *Test de Boston* (Goodglass y Kaplan, 1972). Según afirman sus autores, esta batería se concibe de manera que los subtest sean independientes entre sí y los resultados no estén influidos por factores contextuales (lo cual en sí mismo supone una alteración respecto al uso natural del lenguaje que se pretende valorar). En cuanto a las áreas estudiadas, se encuentran la articulación, la pérdida de fluidez verbal, la dificultad para encontrar palabras, la repetición, el habla seriada, la pérdida de la gramática y la sintaxis, la parafasia, la comprensión auditiva, la lectura y la escritura. En el ámbito hispánico contamos con la adaptación del *Test de Boston* realizada por García-Albea y Sánchez Bernardos (Goodglass y Kaplan, 1986) y con el *Test Barcelona*, de Peña-Casanova (1990). Este último está inspirado en el anterior y, al igual que él, las pruebas se agrupan en áreas funcionales, se evalúan como “correcto” y “no correcto”, y los resultados se expresan en percentiles.

Existen muchos otros test que analizan aspectos específicos del lenguaje, como el *Phoneme Discrimination Test* (Benton et al., 1994), el *Auditory Comprehension Test for Sentences* (Shewan, 1979) o el *Token Test* (De Renzi y Vignolo, 1962), y que suelen administrarse a pacientes que tienen alteradas las categorías lingüísticas que estos test evalúan.

A partir del desarrollo de la pragmática en los años 70 y 80, muchos investigadores detectaron que los test tradicionales examinaban el lenguaje potencial del hablante y no el uso lingüístico real. Por ejemplo, los hablantes afásicos puntuaban muy bajo en los test gramaticales, pero sus habilidades pragmáticas les permitían comunicarse, especialmente a los afásicos motores. Por el contrario, se comprobaba que los hablantes con DTA en estadios iniciales conservan la gramática casi intacta, pero su competencia pragmática es mucho menor. Estos desajustes entre los test y la capacidad comunicativa efectiva de los hablantes se deben, fundamentalmente, a que las pruebas prescindían del contexto en el que se sitúa toda comunicación humana:

“El empleo de las baterías tradicionales encubre las dificultades que experimentan estos pacientes para utilizar el lenguaje en contextos interactivos y comunicativos, ya que estas pruebas miden habilidades lingüísticas de manera aislada, y rara vez aparecen como tal[es] en el contexto comunicativo de la vida diaria” (Muñoz-Céspedes y Melle, 2004: 854).

Para remediar este problema se han diseñado una serie de pruebas que evalúan la comunicación global, entendida esta como la suma de gramática y pragmática, o las categorías pragmáticas de forma específica. Dentro de estas pruebas podemos identificar varios tipos (Gallardo, 2002a; 2006: 134):

1. *Perfiles pragmáticos*, que atienden a la evaluación de categorías pragmáticas concretas: actos de habla, toma de turno, gestión temática, etc. Se basan en la observación de datos obtenidos ecológicamente, es decir, en situaciones de conversación con un contexto poco marcado. Esto es lo que se ha venido en llamar “método etnográfico”, que es el que consideramos como método más interesante para analizar las alteraciones lingüísticas tanto en los síndromes pragmáticos (síndrome de Williams, lesiones en el hemisferio derecho), como en las demencias y en las afasias.
2. *Perfiles de eficacia comunicativa global*, basados en la observación de actividades comunicativas del tipo de los juegos de rol o en cuestionarios. La diferencia entre este tipo y el anterior radica en la mayor planificación y alejamiento de las situaciones de comunicación real de este último.
3. *Perfiles mixtos*, que combinan técnicas de observación ecológica con el uso de cuestionarios para evaluar aspectos concretos.

En su presentación general de la pragmática clínica, Gallardo Paúls (2006) insiste en que las críticas a este tipo de pruebas se han basado, fundamentalmente, en la dificultad para poder puntuar los resultados, es decir, para poder “estandarizar” los test (Bloom y Obler, 1998; Ball, 2000). Esto ocurre porque, a diferencia de las tareas que examinan la gramática, los resultados de las que evalúan las capacidades pragmáticas de los hablantes no permiten el uso de las etiquetas “correcto” o “incorrecto”; la distinción “gramaticalidad” vs. “agramaticalidad” es polar, mientras la de “adecuación” vs. “inadecuación pragmática” es gradual y anclada al contexto. Son varias las posibles respuestas a cada estímulo y todas ellas serán más o menos apropiadas al contexto, pero

no correctas o incorrectas. En este punto volvemos a la complementación necesaria en este tipo de estudios entre los análisis cuantitativos y los análisis cualitativos. Ambos son necesarios y no excluyentes porque, como señala Penn (1999: 543), el *test* supone la medición objetiva y estandarizada de una muestra de conductas, mientras que la *evaluación* supone un proceso mucho más complejo que incluiría la utilización de test como un elemento más. Adams (2002), por su parte, señala que los test permiten evaluar conductas que no ocurren en la interacción espontánea.

Dentro de las pruebas de evaluación que atienden al lenguaje desde un enfoque comunicativo, Gallardo Paúls (2006) hace un interesante repaso tanto por las que examinan la comunicación desde una perspectiva global como por las que hacen lo mismo con las categorías pragmáticas. Como muestra, señalaremos a continuación algunas de ellas, completando el análisis hasta el momento actual. Entre las del primer tipo debemos resaltar *The Functional Communication Profile* (Sarno, 1969), como el primer perfil que evaluó la competencia comunicativa y consideró la afasia desde un enfoque pre-pragmático. En 1980 se publicó el *Communicative Abilities in Daily Living* (Holland, 1980). Normalmente, a partir de situaciones de juegos de rol, se analizan las capacidades de los pacientes para el desempeño de ciertas actividades en términos de eficacia comunicativa. En una segunda edición del test (Holland *et al.*, 1999) se evalúan siete áreas:

1. lectura, escritura y cálculo;
2. interacción social;
3. comunicación divergente;
4. comunicación contextual;
5. comunicación no verbal;
6. relaciones secuenciales;
7. humor/metáfora/absurdos.

En cuanto a las pruebas que evalúan específicamente las habilidades pragmáticas de los informantes, el *Pragmatic Protocol*, de Prutting y Kirchner (1987), destaca por su carácter pionero y por recoger los datos a partir del análisis de dos conversaciones grabadas del sujeto con un interlocutor de confianza y con un interlocutor no familiar (cfr. una traducción del protocolo en Gallardo, 2002b). A partir de estas grabaciones se analizan categorías pragmáticas, como los actos de habla, la gestión temática, la toma de turno, la selección léxica, las variaciones estilísticas, la prosodia y la kinésica y la

proxémica. Por otro lado, uno de los perfiles más utilizados en el ámbito de la afasiología anglosajona es el *Profile of Communicative Appropriateness* (Penn, 1985). Utilizando una muestra de interacción espontánea, se evalúan las habilidades pragmáticas dentro de seis secciones: respuesta al interlocutor, control de contenido semántico, cohesión, fluidez, sensibilidad sociolingüística y comunicación no verbal.

Sin duda, el perfil de ámbito internacional que más se acerca a nuestra visión de lo que debe ser una batería de test para evaluar la pragmática es el *CAPPCI, Conversational Analysis Profile for People with Cognitive Impairment* (Perkins *et al.*, 1997)³⁰. Una característica destacable de este perfil es su identificación del “interlocutor clave” (*key conversational partner*) como un agente fundamental en la rehabilitación del paciente, que informa de las deficiencias comunicativas y facilita la interacción efectiva. Otro punto interesante es la petición de información al interlocutor clave sobre la conducta del paciente antes de la patología, con el objetivo de encontrar una situación real de comparación entre las capacidades lingüísticas actuales y premórbidas. Finalmente se lleva a cabo el análisis de una conversación grabada entre la persona con deterioro cognitivo y su interlocutor clave que ha tenido lugar en la casa del paciente, no en la consulta médica. Todos estos elementos nos hacen buscar el origen de los planteamientos teóricos y metodológicos de este perfil en el análisis conversacional de raíz etnometodológica, cuya descripción abordaremos más adelante.

En el ámbito hispánico contamos con dos pruebas de evaluación lingüística que merece la pena comentar por haber sido diseñadas con planteamientos pragmáticos. La *Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial* (Puyuelo *et al.*, 1997) incluye una sección específica de valoración pragmática, basada en actividades propias de juegos de rol³¹. El problema se encuentra en la estructura de “entrevista” de la que se dota a los intercambios, lo que provoca que el sujeto evaluado solo pueda emitir turnos reactivos. Además, el evaluador tiene modelos de respuesta “correctos”, como en las secciones de morfología y sintaxis, algo que, como hemos señalado, no concuerda con la naturaleza de la pragmática. Aunque es destacable la intención de valorar la pragmática, lo cierto

³⁰ Del mismo año es el *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia* (Whitworth *et al.*, 1997), similar a este y de las mismas autoras, pero centrado en casos de afasia.

³¹ Se trata de establecer una interacción verbal a partir de ciertas escenas mostradas en dibujos: la clase, el recreo, el zoo, la consulta del veterinario y el restaurante de comida rápida.

es que no se incorporan sus presupuestos al diseño de los test y se confunde el hecho de contextualizar los ejercicios con una evaluación del uso real.

El segundo ejemplo que queremos resaltar es el del *Perfil PerLA de evaluación pragmática*³² (Gallardo Paúls, 2006; 2007). Proviene del análisis del corpus PerLA (Percepción, Lenguaje y Afasia), que ha servido para analizar el lenguaje afásico (Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2005; Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005; Hernández Sacristán *et al.*, 2007), pero que también se ha utilizado para el estudio de otras patologías del lenguaje, como el TDAH (Gallardo Paúls, 2009a), el Síndrome de Williams (Garayzábal, 2005), el Síndrome de Asperger (Rodríguez Muñoz, 2009) o las lesiones del hemisferio derecho (Gallardo Paúls *et al.*, 2011). El Perfil PerLA analiza por separado categorías de la pragmática enunciativa, textual e interactiva de manera cualitativa y utiliza también medidas cuantitativas, como el Índice de Participación Conversacional o la Agilidad de la Toma de Turno.

Desde 2006, fecha de la revisión de Gallardo Paúls que estamos comentando, se han publicado muchas otras pruebas, entre las que destacamos las siguientes. En primer lugar, traemos a colación la *Assessment Battery for Communication* (Sacco *et al.*, 2008), que, desde planteamientos pragmáticos, tiene por objetivo la evaluación de un grupo de comportamientos comunicativos en hablantes con distintos tipos de deterioro cognitivo. Para ello, emplean cinco escalas diferentes (lingüística, extralingüística, paralingüística, contextual y conversacional) con ítems que pueden ser analizados cuantitativa y cualitativamente a partir de una serie de dimensiones que garantizarían, en opinión de los autores, que la evaluación realizada por los logopedas sea objetiva. En segundo lugar, desde una fecha reciente contamos con el *MetAphAs: Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la afasia* (Rosell Clarí y Hernández Sacristán, 2014). Como bien expresa su título, está centrado en la evaluación de aquellos aspectos que surgen de la relación entre las capacidades metacognitivas y las habilidades lingüísticas. Los ítems se agrupan en seis secciones³³ y dentro de sus puntos fuertes destaca el uso de tres fuentes para conocer la capacidad metalingüística de los

³² A partir de este perfil se ha confeccionado un protocolo rápido de evaluación pragmática o *PREP-INIA* (Gallardo Paúls, 2009b) en el que profundizaremos en apartados posteriores.

³³ Estas secciones se titulan (1) Lenguaje interior, capacidad de inhibir y discurso diferido; (2) Control de procedimientos semióticos concurrentes; (3) Habilidades parafrásticas y fenómenos asociados; (4) Decir referido y fenómenos asociados; (5) Capacidad de monitorización. Marcas de contextualización; (6) Usos desplazados del lenguaje y teoría de la mente.

sujetos: la conducta del hablante con déficit ante determinadas tareas que ponen en juego habilidades metalingüísticas (test), la visión que el propio individuo tiene de sus capacidades (cuestionario paciente) y la percepción que tiene el acompañante del paciente sobre el nivel de afectación de la capacidad metalingüística de este último (cuestionario acompañante). Este protocolo, aunque originalmente destinado a personas con afasias, se ha comprobado útil para la estimulación de las habilidades metalingüísticas relacionadas con la teoría de la mente en personas con DTA (Valles González y Rosell Clarí, 2014).

Por otro lado, habiéndonos interesado por las pruebas específicamente creadas para evaluar las habilidades comunicativas de las personas con alzhéimer desde la fecha en que Gallardo Paúls (2006) llevó a cabo su revisión, descubrimos que han sido muy pocas y que, además, es difícil toparse con alguna que estudie el lenguaje en su contexto de uso. Así, el *Montreal Cognitive Assessment, MoCA* (Nasreddine *et al.*, 2005) es una prueba de diagnóstico muy parecida al Mini Mental en la que existe un ítem dedicado a la denominación de tres animales, otro que evalúa la capacidad para repetir dos enunciados y un tercero que mide la fluidez verbal. Los aspectos positivos de esta prueba son que solo se tarda diez minutos en completarla y que ha demostrado una gran capacidad para discriminar casos de deterioro cognitivo leve y de DTA en una fase inicial (bastante mejor que el Mini Mental); en cambio, se trata de pruebas descontextualizadas, bastante alejadas de la vida diaria, y solo cubren una pequeña parte de las habilidades lingüísticas necesarias para la comunicación.

Otro ejemplo es la *Severe Impairment Battery Language scale* (Ferris *et al.*, 2009), una nueva versión reducida de la batería de test publicada por Saxton *et al.* (1990). A diferencia del *MoCA*, la *Severe Impairment Battery* está diseñada para la evaluación de las habilidades cognitivas (y lingüísticas) de personas con un grado de deterioro cognitivo grave. En cuanto al test que mide específicamente el lenguaje, consta de veintiún ítems encuadrados dentro de las categorías “escritura”, “lectura”, “comprensión”, “fluidez verbal”, “denominación” y “repetición”. Como se puede comprobar, son aspectos que no se apoyan en el enfoque pragmático de la comunicación.

En cambio, desde hace pocos años contamos con el *CODEM Instrument* (Kuemmel *et al.*, 2014), una herramienta de evaluación cuyo objetivo es el análisis del comportamiento comunicativo de los hablantes con demencia a partir de la observación de breves interacciones conversacionales. Este perfil consta de quince ítems que se

dividen en dos grupos, según atiendan a la comunicación de tipo verbal (por ejemplo, “el hablante emplea términos acordes a su significado”) o a la comunicación no verbal e interactiva (por ejemplo, “el hablante muestra interés sobre su interlocutor”). Estos comportamientos son evaluados por un observador a través de una escala Likert de seis grados. En definitiva, esta es una herramienta específicamente diseñada para la DTA y que parte desde una perspectiva pragmática; cumple con su objetivo de analizar la comunicación global en un breve lapso de tiempo, aunque podría ser más detallada.

5.2 Entrevistas

5.2.1 La entrevista terapéutica

Con “entrevista terapéutica” hacemos referencia a los datos procedentes de interacciones registradas en contextos institucionales de ámbito sanitario; el término procede de Labov y Fanshel (1977), y se utiliza para dar cuenta de los intercambios comunicativos que se producen entre el médico y el paciente (o entre el médico y los familiares del paciente) en la consulta del primero. Sin embargo, nos parece que la denominación “entrevista terapéutica” no es la más adecuada, pues no es propiamente una entrevista ni se cura a través de ella. Por esta razón, tal vez sería más ajustado hablar de “interacción clínica” (cf. Salvador Liern, 2012) para referirnos a este método de obtener datos lingüísticos. No obstante, dada la amplia extensión de uso del término, mantendremos “entrevista terapéutica” como opción preferente.

Más allá de esta disquisición terminológica, como hemos comentado a raíz de la presentación de algunas baterías de test, las entrevistas y cuestionarios son otra de las opciones con las que cuentan lingüistas, neurólogos, psicólogos y logopedas para analizar el lenguaje de los hablantes con déficit. Algunos test incluyen al principio de la prueba un tramo de interacción más o menos libre entre el evaluador y el sujeto evaluado con el objetivo de conocer las habilidades discursivas de este último. La ventaja del uso de las entrevistas y los cuestionarios radica en que podemos provocar una respuesta que implique la utilización del componente lingüístico que queremos evaluar (por ejemplo, tratar de activar el significado inferencial a partir del uso de enunciados indirectos). Sin embargo, existe una serie de factores que nos impide considerar este tipo de comunicación como una conversación que ocurre en un contexto

natural³⁴. El primero de los factores que traemos a colación es el de la “relación asimétrica entre los interlocutores”, normalmente entre el médico y el paciente. Esta situación jerárquica da lugar a un tipo de intercambio “transaccional” (que tiene una finalidad más allá de la mera socialización) en el que los comentarios del paciente que no tengan una relación directa con el objetivo de la tarea en cuestión no serán considerados como relevantes. A este respecto, la “finalidad” y la “orientación interaccional” de las intervenciones repercuten en el sistema de toma de turno. El entrevistador es el encargado de provocar las respuestas del entrevistado, por lo que, mientras el primero lleva a cabo turnos predictivos e inicia los intercambios, el segundo se limita a emitir turnos reactivos informativos (Gallardo Paúls, 1998: 64-65).

Otro factor que incide en nuestra consideración sobre las entrevistas terapéuticas es el “nivel de formalidad” bajo el cual se desarrollan los intercambios comunicativos. El sujeto entrevistado se da cuenta de este hecho y trata de situarse en un registro lingüístico elevado. Sin embargo, como dice Campbell-Taylor (1984; apud Hamilton, 1994: 4), si la decisión sobre el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer depende en gran medida de lo que dice el paciente y de cómo lo dice en un examen clínico, necesitaríamos acceder a las habilidades comunicativas del paciente en una situación relativamente informal. Esto nos lleva a un último factor que caracteriza a este tipo de interacción: la “percepción de las tareas” que los pacientes tienen cuando son entrevistados, junto con las actitudes que muestran hacia ellas. Si el paciente percibe que el principal objetivo de la entrevista es evaluar su competencia lingüística y que está siguiendo una serie de tareas presentadas por el terapeuta, puede utilizar un tipo de lenguaje diferente al que usaría en una conversación normal (Hamilton, 1994: 4); esta es una consecuencia típica de la paradoja del observador según fue ya descrita por Labov.

Aunque aplicada a los programas de rehabilitación logopédica, también debemos tener en cuenta la diferencia entre “usar” y “practicar” el lenguaje (Garrett, 2000, 2003). Es necesario incluir las actividades lingüísticas en una secuencia de actos comunicativos a los que se les pueda dotar de un sentido y un propósito concretos, esto es, contextualizarlas. Se debe tener en cuenta, por lo tanto, que el contexto en que se

³⁴ Para profundizar en las características de la interacción terapéutica, remitimos al clásico trabajo de Labov y Fanshel (1977), en el que se estudia este tipo de entrevista desde un enfoque de análisis del discurso. Muchas de las disquisiciones sobre este tema, incluida la nuestra, se basan en sus postulados.

desarrolla la entrevista terapéutica es el de una situación institucional y no el que se da en una conversación cotidiana.

Por todo ello, consideramos que, a la hora de evaluar los trastornos del lenguaje, al uso de cuestionarios o entrevistas del tipo de la interacción terapéutica deben añadirse los datos conversacionales como forma de incluir en el análisis los fenómenos derivados del sistema de la toma de turno. En cualquier caso, las entrevistas terapéuticas son de gran ayuda para conocer aspectos del paciente a través del interlocutor clave (su capacidad lingüística premórbida, la evolución del deterioro lingüístico, etc.).

5.2.2 *La entrevista etnográfica*

Las mismas precauciones deben ser tenidas en cuenta con respecto a las llamadas *entrevistas etnográficas*, como veremos a continuación. La etnografía es un enfoque científico que emerge de las ciencias sociales, en especial de la antropología, y que trata de describir e interpretar los modelos de comportamiento, valores, creencias, usos lingüísticos y sus significados, desde la perspectiva del grupo social que los comparte (Müller, 2013: 90). Una de sus aproximaciones más conocidas es la *etnografía de la comunicación* (Hymes, 1972; 1974), un método que interpreta los significados generados a partir de los enunciados lingüísticos en relación con el contexto social y con el contexto de la propia interacción (Guendouzi y Currie, 2013: 112). Los enfoques etnográficos en lingüística se desarrollan desde los años 70, con especial interés en ámbitos como la sociolingüística (recordemos que son los mismos años en los que Labov traslada a la sociolingüística la “paradoja del observador”) y la lingüística aplicada a la enseñanza de lenguas.

Algunos recursos que emplean los sociólogos para obtener datos, como las entrevistas, han sido tomados por los profesionales de la lingüística clínica en sus investigaciones sobre el déficit comunicativo. En principio, es un procedimiento que presenta muchas ventajas para conocer el uso funcional del lenguaje que hace la persona con alteraciones lingüísticas. Además, formalmente, tratan de separarse de las entrevistas terapéuticas en tanto en cuanto el investigador plantea preguntas abiertas e intenta ser flexible a lo largo de la interacción. En teoría, el papel del lingüista en una entrevista etnográfica debería ser el de un oyente que valora lo que le cuenta el entrevistado, y no el de un entrevistador, ni mucho menos un interrogador, que va en busca de información especificada a priori (Müller, 2013: 97). No obstante, este tipo de entrevista sigue siendo un intercambio transaccional (en el sentido de Fishman, 1972)

donde también existe una clara diferencia de jerarquía entre los participantes, lo cual queda reflejado en que los cambios de tema siempre vienen introducidos por una pregunta del entrevistador. No podemos estar de acuerdo, por lo tanto, con la siguiente afirmación de Cameron *et al.* (1992: 13), en la que estos autores consideran que las entrevistas son una forma normal de comunicación:

“Interaction between researcher and researched does not produce some anomalous form of communication peculiar to the research situation and misleading as to the nature of ‘reality’. Rather such interaction instantiates normal communication in one of its forms”.

5.2.3 Conversaciones

El último método con el que contamos para obtener datos orales de una persona que ha sufrido una patología lingüística es la grabación de conversaciones cotidianas. Como hemos señalado anteriormente, el actual enfoque en la investigación lingüística promueve el estudio de la lengua en su contexto de uso y, dado que la situación más normal de comunicación es la conversación cotidiana, a ella debemos remitirnos como fuente para recoger los datos que después serán analizados. Esta idea no parte de la pragmática, sino que ya estaba presente en la sociolingüística y en el análisis del discurso de los años 70:

“[En la bibliografía] encontramos muchos tipos de datos empleados para proporcionar información acerca del lenguaje en su uso real: censos, cuestionarios, resúmenes de obras de teatro y novelas, tests psicológicos, informes etnográficos sobre normas de una comunidad. Sin entrar a valorar lo penetrantes o productivos que puedan ser tales estudios, no nos acercan mucho más a los datos fundamentales del lenguaje en su uso real de lo que ya estábamos [...] Muchos son los actos de percepción, recurso, selección, interpretación y traducción que se interponen entre los datos y el informe del lingüista [...] Si queremos aprehender el “lenguaje” tenemos que examinar los datos del habla cotidiana lo más detallada y directamente posible, y caracterizar su relación con nuestras teorías gramaticales con la mayor precisión posible, corrigiendo y ajustando la teoría con el fin de que se adecue al objeto de estudio” (Labov, 1972 [1983]: 256).

Diversas escuelas provenientes tanto de la sociología como del análisis del discurso comienzan a interesarse por el estudio de la interacción conversacional. En primer lugar, la etnometodología de finales de los 60 y principios de los 70, encabezada por Harold Garfinkel (1967; 1974) y Aaron Ciccourel, reacciona contra la tendencia excesivamente cuantitativa de la sociología de su tiempo y persiguen como objetivo entender la forma en la que los actores sociales organizan e interpretan las acciones de la vida diaria (Gallardo Paúls, 1996: 19). Para lograrlo, la etnometodología huye de las idealizaciones, ya que estas producen conceptos generales que solo tienen una relación vaga e indeterminada con un determinado conjunto de acciones (Sacks, 1984). Desde estos planteamientos, Harvey Sacks (1972) propone la utilización de los datos conversacionales como método de estudio sociológico, sentando las bases del análisis conversacional, que desarrollará junto a otros investigadores, como Gail Jefferson, Emmanuel Schegloff y Anita Pomerantz. Sus principales puntos de interés se centran en cuestiones como la toma de turno, los tipos de secuencia, las clases de rectificaciones y la organización de la prioridad o *preferencia*.

Sacks eligió basar sus análisis en la conversación en un intento por superar esta idealización de los sociólogos. Como explica Schiffrin (1994: 234) refiriéndose a la relación entre análisis conversacional y etnometodología:

“The meaning of a particular utterance (including the sense of particular descriptive terms) is indexical to a specific context and purpose. The contextualization of language in these ways allows its entry into the mutually constitutive relationship between action and knowledge: speakers produce utterances assuming that hearers can make sense out of them by the same kind of practical reasoning and methodic contextualizing operations that they apply to social conduct in general”.

Los datos a partir de los que trabajan estos investigadores deben ser lo más cercanos posible a una interacción conversacional producida en contextos naturales. Es, por tanto, fundamental descubrir qué rasgos caracterizan a una conversación de tipo cotidiano y la distinguen de otros acontecimientos comunicativos, como el debate o la entrevista. Para ello, desde un punto de vista pragmático, que atiende a los elementos de funcionamiento interno conversacional, Sacks *et al.* (1974) propusieron que la conversación cotidiana tiene un sistema de toma de turno caracterizado por la

simultaneidad de catorce rasgos³⁵ que Gallardo Paúls (1996, 1998), eliminando los que son redundantes, reduce a siete: (1) alternancia de turno; (2) orden variable; (3) duración variable; (4) longitud del encuentro no predeterminada; (5) contenido de los turnos no predeterminado; (6) número de participantes variable; y (7) diseño pormenorizado, turno por turno.

Como decíamos, varios de estos rasgos son constitutivos de otras situaciones comunicativas, pero solo cuando aparecen estos catorce nos encontramos ante una verdadera conversación. Por ejemplo, el debate supone un orden y una distribución del turno predeterminados; en el caso de la entrevista, cada participante tiene asignado de antemano el tipo de intervención que puede hacer (el entrevistador pregunta y el entrevistado responde); además, en ambos casos hay restricciones temáticas y de participantes (Gallardo Paúls, 1996: 25).

Por otro lado, si nos acercamos a los estudios de lingüística clínica, observaremos que la conversación cotidiana se está convirtiendo en uno de los métodos de obtención de datos orales más empleados en los últimos tiempos, ya que, al ser la situación comunicativa por excelencia en la vida diaria, resulta indispensable conocer cómo se refleja en ella el déficit lingüístico, tanto desde la perspectiva del sujeto afectado como desde la de los interlocutores sanos. Además, es en la conversación donde se perciben con mayor evidencia las alteraciones producidas por una patología de alcance pragmático, entre las que se encuentra la demencia de tipo alzhéimer. Por último, la conversación es el espacio en el que puede comprobarse de manera más fiable si la intervención logopédica resulta eficaz (Wilkinson, 2014).

En fecha reciente, Kindell *et al.* (2016) han publicado una completa y profunda revisión de los trabajos que han empleado datos verdaderamente conversacionales para analizar las interacciones comunicativas en las que participa una persona con demencia. En las investigaciones recogidas en esta revisión se pone frecuentemente de manifiesto

³⁵ (1) cambio(s) de hablantes recurrente(s); (2) en general, cada vez habla un solo participante; (3) los solapamientos (habla simultánea) son frecuentes pero breves; (4) con frecuencia, las transiciones entre turnos no son espaciadas; (5) el orden de los turnos no es fijo, sino variable; (6) la duración de los turnos no es fija, sino variable; (7) la longitud de la conversación no se especifica previamente; (8) lo que dicen las partes no se especifica previamente; (9) la distribución relativa de los turnos no se especifica previamente; (10) el número de participantes puede variar; (11) el habla puede ser continua o discontinua; (12) existen técnicas de distribución del turno; (13) se utilizan distintas unidades construccionales del turno; (14) hay mecanismos de rectificación para los errores y violaciones de la toma de turno.

la naturaleza colaborativa de la conversación y la importancia de los interlocutores sin alzhéimer a la hora de apoyar las habilidades comunicativas de los hablantes con DTA y, por consiguiente, de mejorar su calidad de vida.

No obstante, este método de obtención de datos también presenta una serie de inconvenientes o dificultades a las que debe enfrentarse el lingüista. Resulta obvio que, para trabajar a partir de conversaciones, es necesario que estas sean grabadas con medios audiovisuales (videocámaras) a fin de que siempre dispongamos de la totalidad de los acontecimientos que ocurrieron durante la interacción. Esto conlleva que mientras se produce la conversación haya una videocámara –normalmente sujeta a un trípode– que enfoca directamente al informante. Sin lugar a dudas, la presencia de la cámara puede provocar episodios de desatención por parte de los participantes y, además, que modifiquen su registro lingüístico haciéndolo más formal. Entre las soluciones que pueden darse a este problema, la más aconsejable y frecuente en la bibliografía (Guendouzi y Müller, 2006; Moreno Campos, 2011) es la de tener en cuenta que a partir de un determinado momento los participantes se implican en la conversación de tal modo que la presencia de la videocámara no les incomoda y, en ocasiones, se olvidan de ella. Por esta razón, algunos investigadores, entre los que nos incluimos, abogan por comenzar el análisis de la interacción una vez han transcurrido algunos minutos desde el inicio de la misma.

Otro aspecto muy importante que debemos considerar en relación con la utilización de este recurso para obtener los datos son las consecuencias que tiene la participación del investigador en la conversación. Si bien se puede afirmar que su presencia es necesaria en tanto que poseedor de los medios de grabación³⁶ o como forma de asegurarse de que la interacción efectivamente se lleva a cabo, también provoca que caigamos en la clásica *paradoja del observador* laboviana:

“Nos encontramos así con la Paradoja del Observador: el objetivo de la investigación lingüística de la comunidad ha de ser hallar cómo habla la gente

³⁶ Existe también la opción de dejar el equipo de grabación en la casa de la persona con déficit para que sus familiares graben una interacción conversacional cuando lo estimen oportuno. Otra alternativa, utilizada por Rutter (2008) en el estudio de las secuencias de rectificación en la disartria, consiste en que el investigador ponga en marcha la grabación y a continuación se aparte del lugar donde se produce la conversación. El modelo clásico de Brown, utilizado en los años 60, en el cual las madres nunca sabían cuando estaba activada la grabación, es una opción cuyo uso no nos consta en la lingüística clínica actual.

cuando no está siendo sistemáticamente observada; y sin embargo nosotros sólo podemos obtener tales datos mediante la observación sistemática” (Labov, 1972 [1983]: 266).

No obstante, teniendo en cuenta esta circunstancia para el análisis de la conversación, la labor del investigador como participante debe ser encontrar un equilibrio entre la tentación de monopolizar los turnos conversacionales y la necesidad de facilitar que la interacción prosiga en determinados momentos en los que el resto de interlocutores se queda callado (Müller, 2013: 99). Además, como expresa Moerman (1988), se hace necesario utilizar técnicas como la *observación participante* para garantizarnos el conocimiento de las intenciones comunicativas que expresan los hablantes en cada momento. En concreto, el análisis conversacional exige esta contextualización al obligar a que la transcripción la haga un participante en la conversación:

“Transcripts cannot be ‘collected’ as a way of amassing data for a net would-be researcher to use a primary source (for doing conversational analysis) [...] When researchers say they ‘share’ their data, what they typically mean is not that they have handed out a transcript, but rather that they have shared the original audio- or video-taped material” (Psathas y Anderson, 1990: 79).

En definitiva, la paradoja del observador se complementa con la observación participante; el análisis de la interacción solo puede llevarlo a cabo de manera correcta alguien que haya participado en la conversación y en la posterior transcripción.

Tanto en el ámbito de las entrevistas como en las conversaciones destacamos por su importancia metodológica las secuencias narrativas. Un importante número de estudios se ha centrado en la capacidad de los sujetos con déficit lingüístico para elaborar narraciones³⁷, especialmente en el ámbito infantil. La importancia de estas

³⁷ Este sesgo que privilegia el estudio de la narración sobre otros tipos textuales, como la argumentación, refleja en realidad un sesgo cultural en el mismo sentido. La narración es, sin duda, más fácil de analizar, porque su estructura es más lineal, de ahí que se use casi siempre en las pruebas de comprensión textual (tareas de *retelling*, por ejemplo, o tareas de falsa creencia); también es más fácil en la construcción

investigaciones radica en varios aspectos. Por un lado, contar algo supone reconocer la presencia de un interlocutor y hacerlo copartícipe de ciertos hechos (Sacks 1972; Gallardo Paúls, 2007: 129). Es, por lo tanto, una muestra de inclusión en la sociedad, algo que puede verse comprometido en las personas con síndrome de Asperger o con DTA, por ejemplo. Por otro lado, a través de la narración los sujetos construyen una realidad y organizan y dan sentido a cada una de sus partes (Bruner, 1993), por lo que es una manera de interpretar los hechos del mundo y de dotarlos de coherencia:

“The construction of narrative involves attribution of meaning to otherwise disconnected events and employing highly interpersonal functions of languages to provide context to these events, thus constructing a complex discursive relationship between narrator and listener” (Losh et al., 2000: 266).

La forma de obtener estas narraciones ha oscilado entre aquellos trabajos que la incluyen como una más de las tareas a las que someten a la persona con déficit lingüístico (Chapman *et al.*, 1998; Labos, 2003; Murray, 2010) y otros, que toman una apariencia de entrevista más o menos estructurada (Ramanathan, 1997) a partir de la cual se pide a los informantes que construyan un relato personal o ficticio³⁸. En el caso de los estudios del primer tipo, el análisis de la tarea de narración se ha centrado principalmente en el resultado y, a partir de ello, los investigadores han indagado en la capacidad de estas personas para producir un relato coherente. Por el contrario, otros estudios como el mencionado de Ramanathan toman en consideración el proceso por el cual se construye la narración y atienden a la naturaleza interaccional de la comunicación. Como dice esta autora (Ramanathan, 1997: 6), la habilidad de una

textual, pues no exige la existencia de un discurso alternativo, como sí ocurre con la argumentación. No obstante, ambas tipologías textuales son esenciales y complementarias, y apuntan a dos modos coexistentes de procesamiento cognitivo, según ha demostrado Bruner (1993).

³⁸ Aunque los estudios no suelen tenerlo en cuenta, creemos que dentro de esta categoría es muy importante distinguir como algo distinto el *storytelling*, o narración de historias (que pueden ser historias de vida o inventadas), y el *retelling*, que consiste en reproducir un relato que acaba de ser oído o leído. En una tarea de *storytelling* es necesario que el narrador exhiba una buena gestión temática y, por lo tanto, emplee sus habilidades para organizar los sucesos y dotar de cohesión a las partes del discurso. Una tarea de *retelling* implica, además, una escucha atenta y una capacidad memorística; si lo que se busca es que el informante realice un resumen de la historia, deberá diferenciar entre lo esencial y lo accesorio.

persona con déficit lingüístico (en este caso concreto, con DTA) para producir y mantener una narración coherente varía dependiendo de los interlocutores y del contexto comunicativo.

En cuanto a los géneros discursivos narrativos más demandados en estas pruebas y entrevistas debemos destacar las historias o experiencias de vida, y los cuentos o relatos ficticios. Cada uno de estos géneros impone demandas cognitivas distintas que se reflejan en las dificultades que experimentan los individuos con un déficit comunicativo de tipo pragmático a la hora de producir esta clase de discurso.

En primer lugar, las historias de vida son un método de investigación cualitativa que puede definirse de forma sucinta como un relato retrospectivo por el cual un individuo narra algunos aspectos de su vida. Asimismo, pueden considerarse, desde una perspectiva fenomenológica, como un producto de la interpretación que un hablante hace sobre la experiencia que le rodea (Chárriez Cordero, 2012). Estas historias de vida o autobiografías se utilizan en distintos tipos de investigación, tanto de impronta psicológica (por ejemplo, relatos de personas con trastornos de alimentación) como sociológica (por ejemplo, relatos de mujeres sobre vivencias de la guerra civil), y, además, pueden tener dos funciones, según expresa Ramanathan (1997: 12). Por una parte, son una forma de organizar los recuerdos de manera que el pasado cobra sentido en el presente. Por otra, sirven para construir una imagen de sí mismo, es decir, son un acto de creación del yo. Por estas razones, el empleo de este recurso metodológico es muy interesante en estudios con una fuerte impronta sociológica.

En segundo lugar, la narración de cuentos o historias ficticias requiere una mayor actividad cognitiva y lingüística que las historias de vida, ya que el material narrativo es más complejo: involucra la búsqueda en la memoria de un argumento ficcional que implica una distancia narrativa con el sujeto y la utilización de un léxico particular y diferenciado (Labos, 2003). Normalmente, se utilizan cuentos populares muy conocidos, como el de Caperucita Roja. En otros casos se ha empleado una herramienta lúdica, la Pequeña Fábrica de Cuentos³⁹ (Gillig, 2000), para producir narraciones en el

³⁹ “La ‘pequeña fábrica de cuentos’ de Gillig es un taller literario, una máquina para fabricar (narrar) cuentos por escrito en la que los personajes o actantes se combinan para construir un relato, fomentar la imaginación de los niños y enriquecer las competencias narrativas y del lenguaje oral. Se construye mediante una tabla plastificada blanca (100 x 70 cm) y siete discos (18 cm de diámetro). Cada uno de ellos representa un elemento de la estructura del cuento que hace referencia a los personajes, objetos y situaciones (héroe, punto de partida, objetivo, lugar, enemigo, amigo y objeto mágico). Cada elemento

José Luis Pérez Mantero

marco de análisis de las alteraciones lingüísticas en poblaciones infantiles (Gallardo Paúls, 2009a).

consta de ocho paradigmas distintos. El niño, a modo de ruleta, hará girar los discos para elegir aleatoriamente la estructura básica del cuento (p.ej., un príncipe, un sueño extraño, no envejecer jamás, un castillo abandonado, un ogro, un caballero, un tesoro). Adoptará entonces un título a su libre elección y se pondrá a redactar el cuento” (Vaquerizo-Madrid *et al.*, 2005: 87-88).

6. Justificación metodológica

Según mencionamos en la *Introducción*, esta investigación pretende ser una aproximación general al estudio de las habilidades y de los déficits comunicativos que presentan los hablantes que sufren una demencia de tipo alzhéimer en sus diferentes niveles de desarrollo. Este objetivo nos plantea una doble cuestión que debe ser resuelta a través de la metodología de investigación que hemos elegido:

1. En primer lugar, nos preguntamos cómo podemos establecer cuáles son las capacidades lingüísticas conservadas y alteradas en las personas con DTA, si tenemos en cuenta que la enfermedad de Alzheimer es una demencia neurodegenerativa y, por lo tanto, provoca que las habilidades comunicativas vayan decreciendo a medida que avanza el grado de deterioro cognitivo.
2. En segundo lugar, a la vista de que las repercusiones de la demencia en las personas que la padecen –entre ellas, las alteraciones en el lenguaje–, suelen ser diferentes en cada individuo, ¿cómo podemos estar seguros de que los problemas comunicativos descritos en una persona son representativos de la mayoría?

Para resolver la primera cuestión decidimos diferenciar los participantes con DTA según la etapa de la demencia en la que se encontraban en el momento de la recogida de datos. De esta manera, los resultados de los análisis no se verán contaminados por haber comparado las habilidades comunicativas de sujetos con diferente grado de demencia sin que esto se hubiese tenido en cuenta. En relación con la segunda cuestión, convenimos en que no es posible hacer generalizaciones más allá de los casos que hemos estudiado; es decir, aunque el propósito de esta investigación sea establecer una descripción general de las habilidades comunicativas en la DTA, no debemos considerar que los resultados obtenidos sean un reflejo mimético de toda la población con alzhéimer. No obstante, para que nuestra investigación tenga la mayor validez posible dentro de los márgenes de una metodología de estudio de tipo cualitativo, hemos querido, por una parte, presentar un número suficiente de grabaciones para su análisis y, por otra parte, realizar un estudio longitudinal de un subgrupo de participantes. De esta forma, buscamos obtener una representación válida de la evolución de las capacidades comunicativas de las personas con DTA.

Definimos como cualitativa nuestra perspectiva de investigación de acuerdo con los parámetros que algunos autores (por ejemplo, Nicole Müller) han planteado para distinguir una metodología cuantitativa de otra de tipo cualitativo. Según Müller (2013: 87):

“[...] the defining parameter of ‘quantitative’ (i.e. experimental research) studies is the degree of control [...], rather than the quantification of results. Thus, reductionists, decontextualized experiments that are designed to permit generalization of findings from a study sample to a population can be regarded as being at one end of a continuum with control as the operative principle. At the other end, there are maximally emergent and methodologically flexible qualitative studies that furnish detailed investigations of complex, contextually embedded (and context-dependent) phenomena”.

Por lo tanto, aceptando estos planteamientos podemos considerar que nuestra investigación, que se inserta en una corriente de estudio de carácter aplicado, que aboga por la validez ecológica de los datos y que tiene en el análisis conversacional un modelo teórico inexcusable para el análisis de las interacciones conversacionales en las que participa una persona con DTA, es de tipo cualitativo. Esto no nos obliga, sin embargo, a prescindir de la necesaria cuantificación de los resultados que se deriven de análisis de las diversas categorías pragmáticas presentes en el discurso de los sujetos con demencia, ya que dicha cuantificación nos permitirá comparar los datos entre distintos individuos con un mismo nivel de la enfermedad y entre los que se encuentran en etapas diferentes, además de ser un mecanismo fundamental para la objetivación científica y para observar la evolución de las capacidades comunicativas de los sujetos que participan en el estudio longitudinal.

Por último, a la hora de analizar el déficit comunicativo en las personas con alzhéimer atenderemos a la propuesta de Gallardo Paúls (1996), que distribuye las categorías pragmáticas en tres ámbitos o esferas según el realce perceptivo de la investigación se sitúe en el emisor (*pragmática enunciativa*), en el mensaje (*pragmática textual*) o en el receptor (*pragmática interactiva*).

7. Los datos

7.1 Selección de participantes

El número de informantes con DTA en nuestro estudio es de 21. No obstante, como hemos realizado una segunda grabación de un subgrupo de 6 individuos con demencia, contamos con un total de 27 conversaciones, que se dividen de la siguiente manera según el grado de desarrollo de la enfermedad:

- 1) Nivel inicial: 12 grabaciones
- 2) Nivel intermedio: 8 grabaciones
- 3) Nivel avanzado: 7 grabaciones

Conocemos esta información gracias a dos entidades con las que tenemos un convenio de colaboración y que nos facilitaron amablemente el contacto con las personas con DTA y con sus familiares: por un lado, el Servicio de Neurología del Hospital La Fe de Valencia y, por otro, la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia (AFAV)⁴⁰. En ambos casos, la inclusión de los participantes en una u otra etapa de la enfermedad fue responsabilidad de neurólogos o psicólogos y nunca de un lingüista.

Posteriormente, obtuvimos otros datos relativos a las características sociolingüísticas de los hablantes con demencia (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios, lengua materna). Sin embargo, en el ámbito de las limitaciones de nuestro estudio, es necesario apuntar que no tuvimos acceso al historial clínico de los participantes con Alzheimer en nuestro estudio, por lo que no conocemos con exactitud aspectos relacionados con las funciones cognitivas, como el grado de pérdida de memoria o las dificultades para mantener la atención, que son importantes para determinar las causas de las alteraciones comunicativas de una persona con DTA.

⁴⁰ Agradecemos a los firmantes de ambos convenios –la Dra. Beatriz Gallardo Paúls y la Dra. Montserrat Veyrat Rigat, por parte de la Universitat de València; Dña. Ana Morón Esteban, directora de AFAV; y el Dr. Miguel Baquero Toledo, responsable de la unidad de demencias del Hospital la Fe– la oportunidad que nos dieron para poder realizar esta investigación. Sin su colaboración, y la de los informantes y sus familiares, este estudio no habría sido posible.

Como podemos observar en la Tabla 5, no contamos con ningún informante con un GDS 7. La razón fundamental de esta ausencia es la no asistencia de personas con un nivel de demencia muy avanzado al centro de día de la AFAV. Hay que tener en cuenta que llega un momento en el que la estimulación cognitiva que reciben las personas que acuden al centro no redundan significativamente en su beneficio y, o bien los familiares, o bien los responsables del centro de día, deciden que deje de ir. Por otro lado, debemos resaltar que todos los participantes cuyo contacto nos facilitó el Servicio de Neurología del Hospital La Fe de Valencia se encontraban en un estadio inicial de la enfermedad.

Grabación	Identidad	Nivel DTA ⁴¹	Sexo	Edad	Nivel socioecon.	Nivel de estudios
1	TRM1	4	M	74	MB ⁴²	Primarios
2	CGS1	4	H	79	M	Primarios
3	LML	4	H	71	MB	No
4	FGB1	5	H	80	M	No
5	MSS	5	M	82	A	Superiores
6	JAC	4	M	74	M	No
7	TAZ	4	M	79	A	Medios
8	JSP	5	M	81	M	Primarios
9	IBM1	4	M	75	M	No
10	MMT1	6	M	71	MA	Primarios
11	AAP	6	M	85	MB	Primarios
12	DGD	5	M	75	M	Medios
13	LGP	6	M	78	M	Primarios
14	ALG	5	M	70	M	Medios
15	RCB	4	H	67	M	Primarios
16	AAM	6	M	76	M	Primarios
17	PVN	6	H	78	MA	Primarios
18	DGN	4	M	75	M	Primarios
19	RJC	5	M	76	M	Primarios
20	JGM1	4	H	63	M	Medios
21	PUE	4	M	83	MA	Superiores
22	TRM2	4	M	75	MB	Primarios
23	MMT2	6	M	72	MA	Primarios
24	CGS2	4	H	80	M	Primarios
25	IBM2	5	M	76	M	No
26	FGB2	6	H	82	M	No
27	JGM2	5	H	65	M	Medios

Tabla 5: *Datos sociolingüísticos de los informantes con demencia.*

⁴¹ 4 = Nivel inicial, 5= Nivel intermedio, 6= Nivel avanzado

⁴² MB= Medio-Bajo, M= Medio, MA= Medio-Alto, A= Alto.

7.2 Otros participantes: el investigador y el interlocutor clave

En las grabaciones participan otras personas que interactúan conversacionalmente con el individuo con DTA. Estos sujetos sin demencia, que pueden variar en número dependiendo de la grabación, se adscriben a dos tipos de participante: (1) investigador y (2) interlocutor clave.

Dentro del epígrafe “investigador” podemos encontrar, principalmente, al autor de esta tesis. Únicamente en dos grabaciones (DGD y ALG) coexistió la figura del investigador con la de una logopeda sin relación con el hablante con demencia. Además, en todas las grabaciones se contó con la presencia de, al menos, un familiar cercano de la persona con alzhéimer. En una ocasión, el número de familiares ascendió hasta tres, aunque lo más habitual fue que participase un único miembro de la familia, aquel más próximo al hablante con DTA.

Siguiendo la terminología del grupo de investigación de Ruth Lesser en la Newcastle Upon Tyne University, llamamos *interlocutor clave* a la persona que interactúa con más frecuencia con el hablante que sufre un déficit comunicativo. Esta noción de *key conversational partner* —en el original en inglés—, que tiene sus antecedentes en los trabajos de Prutting y Kirchner (1983), Holland (1991), Crockford y Lesser (1994), y Kagan (1995), apareció por primera vez como tal en dos protocolos de evaluación del lenguaje patológico, significativamente referidos a la afasia y el déficit cognitivo: el CAPP (Conversational Analysis Profile for People with Aphasia, de Whitworth *et al.*, 1997) y el CAPPCI (Conversational Analysis Profile for People with Cognitive Impairment, de Perkins *et al.*, 1997). Las autoras de estos trabajos identifican al interlocutor clave como un agente fundamental de la rehabilitación del paciente; es la persona que informa de las deficiencias comunicativas y facilita la interacción efectiva. Además, otro punto interesante de ambos protocolos es la petición de información al interlocutor clave sobre la conducta comunicativa del sujeto evaluado antes de sufrir la patología, con el objetivo de encontrar una situación real de comparación de las capacidades lingüísticas. Finalmente, se lleva a cabo el análisis de una conversación grabada entre el hablante afásico o con demencia y su interlocutor clave, la cual ha tenido lugar en la casa del primero, no en la consulta médica. Todos estos elementos nos permiten vincular los planteamientos teóricos y metodológicos de este protocolo con el análisis conversacional de raíz etnometodológica, cuya definición ya hemos abordado.

7.3 Procedimiento de recogida de datos

El proceso de recogida de datos orales conversacionales comienza en el momento en el que nos ponemos en contacto tanto con el Dr. Miguel Baquero, neurólogo del Hospital de la Fe de Valencia, como con Dña. Ana Morón, directora de la AFAV, con el objetivo de obtener su ayuda para encontrar los candidatos que estuviesen dispuestos a participar en nuestro estudio. Tras recabar esta información, contactamos telefónicamente con un familiar de la persona con DTA al que explicamos los objetivos de nuestra investigación y el motivo por el cual solicitábamos su colaboración. Después de obtener el consentimiento verbal del familiar, toda vez que en la mayoría de los casos no podemos considerar responsables de este tipo de decisiones a las personas con demencia, acordamos una cita para efectuar la grabación de la conversación.

En esta primera aproximación también le indicamos al familiar de la persona demenciada la necesidad de que, en calidad de interlocutor clave, participase en la conversación de manera activa; es decir, se pretende que el investigador no monopolice los turnos conversacionales y que, en cambio, la interacción que grabemos se parezca lo máximo posible a la que podría darse un día cualquiera sin la presencia del investigador⁴³. Por otro lado, con la finalidad de dotar de validez ecológica a nuestro estudio (Ahlsén, 1995; Perkins *et al.*, 1997; Joannette y Ansaldo, 1999), procuramos que la conversación se produjese en el hogar del hablante con demencia. No obstante, en el caso de que esta alternativa fuese rechazada por el familiar, le facilitábamos la opción de realizar la grabación en una sala del centro de día de la AFAV, ya que era en ese lugar donde buena parte de los participantes con demencia pasaban la mayor parte del tiempo.

El día fijado para la grabación, después de presentarnos, le entregábamos al interlocutor clave un documento por el cual solicitábamos su consentimiento para poder utilizar extractos de vídeo en actividades académicas y relacionadas con la investigación. La conversación solía comenzar mientras el investigador montaba el trípode donde colocaría la videocámara, cuya presencia fue motivo de distracción para algunos participantes. No obstante, como previsión de que esto pudiese ocurrir y, por lo

⁴³ Reconocemos, no obstante, que lo excepcional de la situación impuso la recurrencia de ciertos temas relacionados con los efectos de la enfermedad en casi todas las conversaciones (Moreno Campos, 2011). Además, en muchas ocasiones, la expectativa por parte del hablante con DTA y del interlocutor clave de que la grabación tuviese un formato de entrevista forzó al investigador a intervenir en demasía.

tanto, pudiese interferir en el normal desenvolvimiento de la conversación, siempre se desecharon para el análisis de los datos, al menos, los cinco primeros minutos de grabación. Del mismo modo, también se eliminó la secuencia conversacional de despedida y nos quedamos para el análisis con los veinte minutos centrales de cada interacción. De media, las grabaciones tienen una duración de treinta y cuatro minutos.

Otra de las propuestas del análisis conversacional que seguimos en nuestro estudio es la de procurar que la conversación gire en torno a temas próximos a la realidad del informante para que, de este modo, su competencia lingüística no se vea distorsionada por el desconocimiento de la cuestión que se está tratando. En particular, los temas que más se trataron fueron los relacionados con la biografía de la persona con demencia: su pasado, sus costumbres actuales, su experiencia en el centro de día (en el caso en que acudiese a él), etc.

7.4 Los datos: la transcripción

Una vez disponemos de la grabación, el siguiente paso consiste en transcribir los datos orales que extraemos de la conversación para convertirlos a un formato gráfico y estable. Sin duda, nos encontramos ante un proceso complejo que tiene gran importancia para el análisis de los datos. Müller y Damico (2002: 209) señalan que la transcripción del lenguaje patológico viene motivada por el hecho de descubrir los aspectos que diferenciarían el habla de un sujeto sin déficit comunicativo y el habla de un individuo con alguna alteración. Por lo tanto, la transcripción se hace con un objetivo concreto —encontrar las deficiencias comunicativas— que determina el tipo de trabajo realizado. Por otra parte, la mayoría de los investigadores (Gallardo Paúls, 2004) piensa que el proceso de transcripción no es neutral, sino que implica un primer análisis de los datos por parte del transcriptor:

“Transcribing, therefore, is a political act that reflects a discipline’s convention as well as a researcher’s conceptualization of a phenomenon, purposes for the research, theories guiding the data collection and analysis, and programmatic goals” (Green et al., 1997: 172)

En resumen, hay que tener siempre en cuenta la distancia que media entre los datos reales y la transcripción, aunque esta sea normalmente la fuente de la que parten

las investigaciones. Como apuntan Gallardo Paúls y Sanmartín (2005: 34), la solución ideal sería disponer de un formato que nos permitiese comparar la imagen y la voz grabadas junto con el texto transcrito de un modo simultáneo, mediante subtítulos. No obstante, en nuestra opinión, y siguiendo la tradición del corpus PerLA, en casos como los que tratamos el anonimato de los participantes con demencia es fundamental. Por este motivo, los vídeos no deben ser utilizados fuera del círculo del grupo de investigación y lo que se ofrece al resto de la comunidad investigadora son las transcripciones en las que se refleja la totalidad de los acontecimientos que se producen durante la conversación⁴⁴.

El proceso de transcripción comienza con un visionado previo de la grabación, antes de comenzar a transcribir, gracias al cual el transcriptor puede detectar algunos aspectos relevantes de la conversación (secuencias narrativas, fragmentos en los que solo habla el interlocutor clave, solapamientos...). El siguiente paso consiste en la transcripción propiamente dicha. Este trabajo debe estar siempre a cargo de una de las personas presentes en la filmación del vídeo, ya que su conocimiento de la interacción puede resultar clave para la resolución de pasajes confusos. Finalmente, cuando el investigador termina una transcripción se reúne con otro miembro del grupo para comprobar la fidelidad de la reproducción. Así, tras visualizar de nuevo la grabación y analizar el texto transcrito, se discuten los posibles errores y se corrigen, otorgando a la transcripción resultante una validez objetiva.

7.5 Las convenciones de transcripción

Uno de los aspectos fundamentales y previos a este proceso es la elección del sistema de transcripción que vamos a emplear, puesto que, como decíamos más arriba, implica un primer análisis de los datos. En nuestro caso, debido a las características del déficit comunicativo en la DTA, optamos por una transcripción de tipo ortográfico y no de tipo fonético, ya que esta última dificultaría en demasía la legibilidad sin aportar una clara contrapartida.

En nuestro estudio hemos utilizado el formato de transcripción, codificación y etiquetado CHAT (*Codes for the Human Analysis of Transcripts*) (MacWhinney, 2000;

⁴⁴ No solo se reproducen las intervenciones orales de los participantes, sino que se codifican elementos del nivel paralingüístico, gestos, miradas, etc. Además, añadimos en las transcripciones una serie de comentarios que presentan el contexto y clarifican el sentido de algunas emisiones verbales.

2014a), caracterizado por ser un sistema compuesto por líneas principales y líneas secundarias o dependientes. En las primeras se reproducen los turnos conversacionales de cada uno de los participantes, mientras que en las líneas dependientes se puede añadir información metalingüística de muy diversos tipos (fonológica, morfológica, semántica, gestual, proxémica...) a través de distintos códigos. En nuestro caso, la perspectiva pragmática que domina nuestra investigación, tal y como ocurre con la elaboración del corpus PerLA, hacía necesario crear nuevos códigos, algunos de los cuales se fueron publicando en sucesivos artículos (Gallardo Paúls y Fernández Urquiza, 2015; Fernández Urquiza y Gallardo Paúls, 2015). Además, observamos que gran parte de los símbolos propuestos por CHAT son opcionales, es decir, que el sistema ofrece varias posibilidades para codificar un mismo fenómeno. Por este motivo, junto con algunos miembros del grupo PerLA, en especial Maite Fernández Urquiza y Beatriz Gallardo Paúls, hemos realizado una selección de dichos símbolos con el doble objetivo de evitar redundancias en la codificación de las categorías y de facilitar la legibilidad de los datos conversacionales.

Más allá de lo que acabamos de exponer, existen dos razones principales por las que nos decantamos por este formato de transcripción. En primer lugar, CHAT es un formato estandarizado compatible con el programa de análisis automatizado CLAN (*Computerized Language Analysis*) (MacWhinney, 2014b), el cual nos permite realizar múltiples operaciones con los datos discursivos sin apenas esfuerzo y sin consumir tanto tiempo como era necesario emplear con otros modelos. En segundo lugar, el formato CHAT es el sistema que se utiliza en las transcripciones que se alojan en la base de datos internacional TALKBANK, dedicada a compilar corpus dedicados a la adquisición de primera y segundas lenguas y corpus de lenguaje patológico (afasia, demencia, lesión por trastorno craneoencefálico). De hecho, el corpus que sirve de base a esta tesis se encuentra alojado actualmente en esta base de datos, dentro de las categorías “DementiaBank / Spanish PerLA”, y las transcripciones pueden ser consultadas por toda la comunidad académica a través del siguiente enlace: <https://talkbank.org/access/DementiaBank/Spanish/PerLA.html> . En resumen, gracias al uso de CHAT podemos realizar análisis computarizados complejos de forma sencilla y ampliar la visibilidad de nuestra investigación a nivel internacional.

En cuanto a la denominación de los archivos que contienen las transcripciones, nos hemos adherido a los criterios consensuados entre todos los grupos de investigación que han participado en la adaptación del corpus PerLA, pues la uniformidad es un

requisito primordial para este trabajo conjunto entre diversas universidades. Estos criterios pueden consultarse en Fernández Urquiza y Gallardo Paúls (2015: 83-84), aunque mencionaremos aquí su aplicación en el caso concreto de nuestra muestra de conversaciones con personas con alzhéimer. De este modo, la denominación de cada uno de los archivos proporciona información sobre los siguientes elementos:

1. En primer lugar, la pertenencia al corpus PerLA se indica mediante el código PERLACH (acrónimo de PerLa CHILDES).
2. A continuación, se introduce el número de grabación original en la base de datos del corpus PerLA, el cual depende del tipo de déficit. Así, en el caso de las DTA, los archivos se numeran en el rango del 500, por lo que la primera grabación de nuestro corpus tiene el número 500 y la última, el 526.
3. El siguiente paso consiste en consignar las iniciales (nombre y dos apellidos) del informante, en letras mayúsculas. En los casos en los que se hayan realizado dos grabaciones en las que participa un mismo informante, detrás de las iniciales se coloca 1⁴⁵ o 2 según se refiera a la primera o a la segunda conversación grabada.
4. El tipo de déficit se especifica a continuación a través de unos códigos que identifican la patología. En nuestra circunstancia, Dta, por “demencia de tipo alzhéimer”.
5. Finalmente, la extensión de los archivos es .cha.

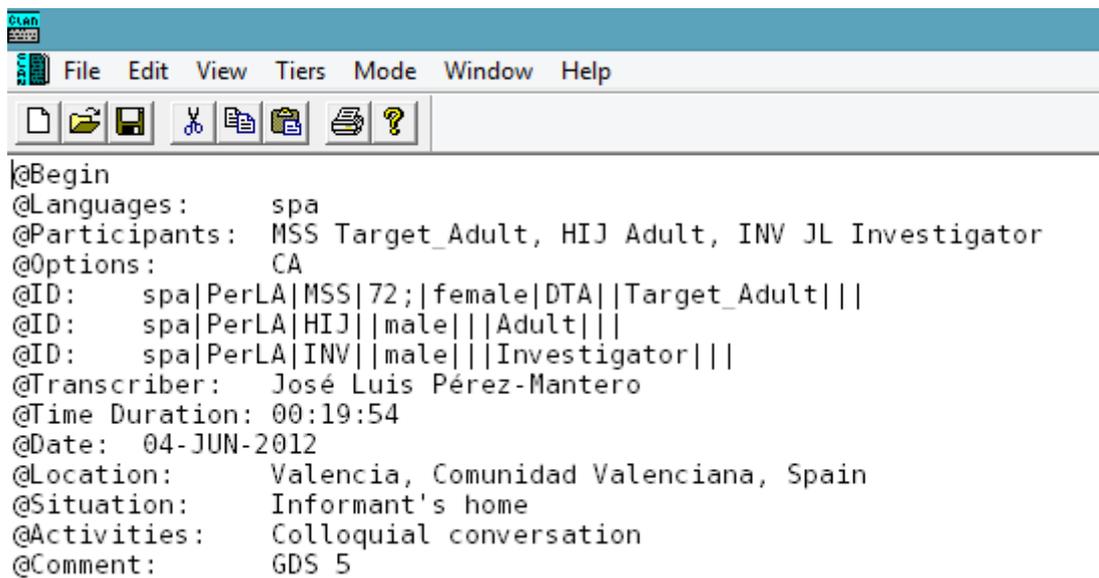
De esta forma, por ejemplo, el nombre del archivo PERLACH506.TAZ.Dta.cha nos indica que nos encontramos ante la transcripción en formato CHAT de la séptima grabación de personas con demencia de tipo alzhéimer del corpus PerLA, cuyo informante es TAZ.

En otro orden de cosas, si nos centramos en las características de las transcripciones, el sistema de etiquetado CHAT propone que cada transcripción conste de dos partes: una primera parte que contiene información sobre diversos aspectos relacionados con la grabación (lengua(s) utilizada(s), participantes, transcriptor, duración de la grabación, fecha, ciudad y lugar exacto donde se produjo la

⁴⁵ Siguiendo la propuesta de Fernández Urquiza y Gallardo Paúls (2015), preferimos no usar comillas o cursivas en la denominación de las convenciones de transcripción, pues pueden formar parte de los códigos utilizados y, por lo tanto, podría ser motivo de confusión.

conversación, actividades realizadas, y etapa de la demencia en que se encuentra el informante), y una segunda parte que se corresponde con la propia transcripción de la conversación.

Esta primera parte está compuesta por una serie de líneas llamadas “de cabecera” o *headers*, que codifican los datos que acabamos de mencionar. Una característica distintiva de estas líneas, que las separan de la transcripción propiamente dicha, es que van precedidas por el símbolo @. A continuación, nos detendremos a explicar con mayor detalle el contenido del resto de las líneas de cabecera a partir de la reproducción de un extracto de una transcripción de nuestro corpus:



```

@Begin
@Languages:      spa
@Participants:  MSS Target_Adult, HIJ Adult, INV JL Investigator
@Options:       CA
@ID:   spa|PerLA|MSS|72;|female|DTA||Target_Adult|||
@ID:   spa|PerLA|HIJ||male|||Adult|||
@ID:   spa|PerLA|INV||male|||Investigator|||
@Transcriber:  José Luis Pérez-Mantero
@Time Duration: 00:19:54
@Date:  04-JUN-2012
@Location:    Valencia, Comunidad Valenciana, Spain
@Situation:   Informant's home
@Activities:  Colloquial conversation
@Comment:    GDS 5
  
```

Figura 2: Ejemplo de líneas de cabecera de una transcripción del corpus PerLA.

Para que el programa CLAN considere apto un archivo para ser analizado, las líneas que enmarcan cada transcripción siempre deben ser, al principio, @Begin, y al final, @End. Los idiomas que se utilizan en la conversación se presentan en la línea @Languages mediante códigos que ofrece CLAN. En el caso de nuestras transcripciones, los dos idiomas empleados fueron el español (spa) y el catalán en su variedad propia de Valencia (cat). La línea @Participants identifica a los interlocutores que participan en la grabación a través de diversos códigos⁴⁶ y especifica los roles que

⁴⁶ Salvo en el caso de los informantes con demencia (cuyas siglas se corresponden con sus iniciales), los códigos que señalan a los distintos hablantes hacen referencia a la relación familiar o profesional que estos mantienen con la persona con alzhéimer. Así, los códigos más comunes son HIJ (hijo o hija), HER

cumple cada uno⁴⁷. A continuación, hemos incluido una línea @Options para hacer saber al sistema que se van a utilizar ciertos símbolos específicos del Análisis Conversacional (“CA” por sus siglas en inglés). Las siguientes líneas @ID aportan algunos datos adicionales de los interlocutores, como el idioma en que se comunican, su sexo o la edad del informante en el momento en que se realizó la grabación. La línea que se sitúa a continuación, @Transcriber, especifica quién ha sido la persona encargada de realizar la transcripción, pues no coincide en todas las ocasiones con quien ha estado presente en la grabación. En nuestro trabajo, no obstante, el autor fue siempre la persona que participó en la interacción y que realizó la transcripción. Las próximas líneas en orden de aparición son @Time Duration y @Date, en las que se reproduce la duración de la conversación medida en minutos y segundos y la fecha en que se grabó. @Location y @Situation encabezan líneas que recogen el sitio en que se produjo la grabación⁴⁸ y, específicamente, si esta tuvo lugar en la casa del informante o en una sala del centro de día de la AFAV. La próxima línea de cabecera es @Activities, que está destinada a señalar las tareas o actividades realizadas durante la grabación. Dependiendo de los objetivos del estudio, aquí se puede consignar el uso de pruebas neuropsicológicas o juegos. Sin embargo, nuestras interacciones se redujeron a mantener conversaciones de tipo cotidiano con los informantes y sus familiares. Finalmente, en la línea @Comment se indica el grado de deterioro cognitivo de la persona con alzhéimer según la Escala de Deterioro Global o GDS (Reisberg *et al.*, 1982).

En segundo lugar, en la parte de los archivos que reproducen las transcripciones, se distinguen dos tipos de líneas: líneas principales y líneas secundarias o dependientes.

(hermano o hermana; se refiere siempre a otro hijo del informante), MUJ (mujer), MAR (marido), CUI (cuidadora), LOG (logopeda) e INV (investigador).

⁴⁷ Los posibles roles están recogidos en el `defile.cut` que se encuentra en la carpeta *lib* de CLAN. El origen de este programa, relacionado con la base de datos CHILDES de lenguaje infantil, provoca que los roles disponibles no sean totalmente adecuados para el análisis de conversaciones en las que participa una persona con alzhéimer. Más allá de identificar al informante con demencia como *Target_Adult* y al investigador como *Investigator*, el resto de participantes solo encajan bien en la categoría *Adult*, por lo que hemos resuelto que en nuestro trabajo funcione como “interlocutor(es) clave de la persona con DTA”.

⁴⁸ En todas las transcripciones de nuestro corpus con personas con DTA reza la inscripción “Valencia, Comunidad Valenciana, Spain” en la línea @Location. Por un lado, es cierto que todas las grabaciones se produjeron en la provincia de Valencia, pero, para garantizar aún más la privacidad de los informantes, hemos rechazado precisar en qué localidad en concreto.

Como hemos adelantado más arriba, las líneas principales contienen las intervenciones de los interlocutores; van introducidas por un asterisco seguido del código de cada participante y finalizan con un punto, un signo de exclamación o un signo de interrogación tras un espacio. Un aspecto que suscitó el debate en el seno del grupo de investigación fue la longitud que podían o debían tener estas líneas y, en el caso de tener que segmentar el turno de un hablante, dónde hacerlo. El criterio principal que tomamos en cuenta fue que en cada línea se transcribiese un enunciado, pero, como bien afirman Fernández Urquiza y Gallardo Paúls (2015: 86), desde un punto de vista pragmático, no resulta sencillo establecer criterios fiables para identificar lo que es o no es un enunciado, por lo que en los casos en los que la intervención de un hablante se alargara un buen trecho, decidimos segmentarla al alcanzar los dos renglones por línea principal. El objetivo que perseguimos con esta separación de las intervenciones en distintas líneas fue facilitar la correcta identificación entre los fenómenos y categorías de análisis codificados en las líneas dependientes y la parte del discurso a la que hacen referencia.

A continuación presentamos dos tablas en las que se recogen todos los símbolos o códigos empleados en las líneas principales y en las líneas secundarias, junto con su significado y una tercera columna con posibles ejemplos o comentarios que ayuden a entender su uso. Así, por un lado, en las líneas principales aparecen los siguientes códigos:

CÓDIGO	SIGNIFICADO	EJEMPLO/COMENTARIOS
↑	Entonación ascendente	Solo en los casos en que se violen los patrones melódicos esperables en el enunciado
↓	Entonación descendente	
→	Entonación suspendida	
(.)	Pausa de menos de medio segundo	*IBM: pero no (.) claro que no .
(..)	Pausa de medio segundo	*HER: pero per açí per Alboraiá també te passa (..) que no t'aclarixes .
(...)	Pausa de un segundo	*JGM: eh (.) pues (...) Daniel y Pedro .
(3.0)	Pausa de tres segundos	Las pausas de más de un segundo se explicitan con el número de segundos entre paréntesis
xxx	Habla ininteligible	Cada grupo de tres x señala lo que suponemos que es una palabra

()	Permite completar las palabras que el hablante emite incompletas cuando esto dificulte la lectura	*FGB: mi nieto m(e) ha cogido y m(e) ha traído aquí .
[?]	Transcripción dudosa	*FGB: y así es la vida (.) <fjese> [?] .
[!]	Pronunciación enfática	*CGS: <sin leer> [!] .
aaa	Alargamiento vocálico	Solemos transcribir tres vocales, independientemente de su duración
[-]	Reinicio	*ALG: hi [-] hijas (.) tengo dos .
[/]	Repetición	*JGM: eso sí (.) le cuesta (.) no le des prisa [/] no le des prisa .
< >	Enmarcan un fenómeno	Como los solapamientos, la pronunciación enfática o una transcripción dudosa
[<]	Solapamiento sigue	*MAR: pero es que ahora no se puede <hacer igual> [>] .
[<]	Solapamiento precede	*DGN: <yo de mi pa> [<] [-] de mi padre .
+^	Encadenamiento de los turnos de diferentes hablantes	*ALG: tú eres . *MAR: +^ sí . *ALG: +^ mi papá .
0 . [+ trn]	Turno sin habla	*RJC: 0 [=! laughs] . [+ trn]
[=! text]	Información paralingüística	
&*INF	Sistema secundario de toma de turno	*HIJ: y otros días menos contenta &*AAM: claro .
+//.	Autointerrupción	*RJC: te soy +//. *RJC: no tengo eso de no decirlo (.) mucho .
+/. .	Interrupción ajena	*PVN: si yo cuando tenía [-] <cuando tenía> [>] +/. .
+,	Autoterminación de la intervención tras interrupción	*HIJ: <sí> [<] (.) si lo sé (.) a ver (.) dímelo . *PVN: +, cuando tenía [-] tenía [-] tenía xxx seis (.) siete (.) ocho (.) nueve y diez .
+”/.	El turno siguiente es una cita	*MUJ: mi [-] mi suegra dice +”/.
+”	Lo que sigue es una cita (se usa en combinación con el anterior)	*MUJ: +” qué nombre le habéis puesto ?
‡	Señala un vocativo	*HIJ: lo tengo en el garaje ‡ mamá .
„	Pregunta confirmatoria	*JAC: no hay mucha gente muy vieja „, eh ?

Tabla 6: Cuadro resumen de los códigos utilizados en las líneas principales.

Por otro lado, la siguiente tabla muestra los códigos utilizados en las líneas secundarias o dependientes, que son el espacio reservado en el formato CHAT para el análisis del lenguaje transcrito. Retomaremos estos símbolos y su significado en apartados posteriores, donde profundizaremos sobre las categorías de análisis empleadas en la investigación de la capacidad comunicativa de los hablantes con alzhéimer, por lo que este cuadro actúa como mera presentación y organización de dichos códigos⁴⁹:

CÓDIGO	SIGNIFICADO	EJEMPLO/COMENTARIOS
%gpx:	Información proxémica	*DGD: ah (.) que dice si he cosido ! %gpx: (emblem: intensifier) shakes her hand .
%com:	Comentarios del transcriptor	%com: a bell rings .
%xipr:	Pragmática interactiva	Representan los tres enfoques de la pragmática en los que dividimos el análisis
%xepr:	Pragmática enunciativa	
%xtpr:	Pragmática textual	
\$a	Actos de habla	Van precedidos de %xepr:
\$e	Tareas de edición	
\$i	Ilocutividad	
\$t	Intervenciones	
\$p	Actos de habla dinámicos	Van precedidos de %xtpr:
\$Gov	Déficit de recepción	
\$Agr	Déficit de concordancia	
\$Ord	Déficit de orden	
\$Int	Déficit de integración	
Vp	Acto proposicional	Van precedidos de %xepr: \$a
Il	Acto activador de inferencias	
Vl	Acto locutivo	
Nv	Acto no verbal	
Fp	Pausa oralizada	Van precedidos de %xepr: \$e
Ep	Pausa vacía	
Da	Acto borrador	
Tq	Pregunta confirmatoria	
Rp	Acto representativo	Van precedidos de %xepr: \$i
Di	Acto directivo	
Ex	Acto expresivo	
Co	Acto compromisorio	
Int	Inicio	Van precedidos de %xipr: \$t
Ret	Respuesta	
Rpt	Informe	

⁴⁹ En este cuadro se recogen únicamente los códigos y categorías que han sido utilizados en las transcripciones del corpus. Esto no significa, por supuesto, que un corpus diferente de conversaciones con personas con alzhéimer o con hablantes con otro tipo de patología lingüística no necesite contar con otras categorías de análisis. En definitiva, siguiendo las propuestas del Análisis Conversacional, en nuestro estudio las categorías de análisis se establecen a partir de los datos y no a priori.

Ast	Reacción evaluativa	
Rit	Respuesta/Inicio	Van precedidos de %xipr: \$p
Ert	Respuesta ecoica	
PhoSubs	Sustitución fonológica	Van precedidos de %xtpr: \$Gov
PhoOm	Omisión fonológica	
PhoAdd	Adición fonológica	
MorOm	Omisión de morfema	
MorSubs	Sustitución de morfema	
MorOmV	Omisión de verbo	
MorOmS	Omisión de sustantivo	
SyntOmSubj	Omisión de sujeto	
SyntOmObj	Omisión de objeto	
SyntOmProp	Omisión de proposición completa	
SemSubs	Parafasia	
SemSubsProf	Proforma sin referente claro	
PraOmTurn	Omisión de intervención predicha	
PraOmCat	Omisión de categoría textual	
PraSubsCat	Sustitución de categoría textual	
MorGen	Discordancia de género	Van precedidos de %xtpr: \$Agr
MorDei	Discordancia de deíctico de persona	
SyntSV	Discordancia sujeto-verbo	
SemTop	Ruptura temática	
PraSubsTurn	Sustitución de intervención esperable	
Synt	Alteración en el orden de las palabras	Van precedidos de %xtpr: \$Ord
Pho	Desintegración fonológica	Van precedidos de %xtpr: \$Int
Synt	Desintegración sintáctica	
Sem	Desintegración semántica	
Pra	Desintegración pragmática	

Tabla 7: Cuadro resumen de los códigos utilizados en las líneas secundarias.

7.6 Los datos: aproximaciones al corpus

La necesidad de datos reales, más allá de los compilados a través de situaciones de laboratorio o de entrevistas médicas, es lo que nos lleva a realizar grabaciones de conversaciones en las que el hablante con déficit interactúa con una o más personas de su confianza, preferiblemente en un contexto situacional no marcado, ya sea su domicilio o en cualquier otro entorno que no imponga relaciones asimétricas. Estos requisitos dotan de validez al estudio lingüístico y es lo que hemos venido llamando “validez ecológica de los datos” (Gallardo Paúls, 2007: 42-43).

De este planteamiento se deriva, entre otras cuestiones, que el análisis de los datos debe hacerse a partir de corpus lingüísticos donde se recoja el habla patológica. Esto, que parece evidente, se ha visto imposibilitado hasta hace poco tiempo debido a que la gran mayoría de los corpus existentes se basan en datos de adultos sanos y de niños con desarrollo típico del lenguaje. Solo en la última década se ha comenzado a elaborar corpus con muestras de lenguaje alterado. En España contamos con los trabajos de Gallardo y sus colaboradores en la Universitat de València y en otras universidades (Gallardo Paúls y Sanmartín, 2005; Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2005; Garayzábal, 2005; Hernández Sacristán, Serra Alegre y Veyrat Rigat, 2007; Rodríguez Muñoz, 2009; Gallardo Paúls, 2009a; Gallardo Paúls, Moreno Campos y Pablo, 2011) dentro del corpus PerLA, dedicado al lenguaje afásico en un principio y a las alteraciones específicamente pragmáticas más tarde. Tal y como indicamos en la *Introducción*, nuestra investigación se reconoce deudora de los presupuestos teóricos que llevaron a la creación del corpus PerLA y, por lo tanto, adoptamos una metodología consecuente con ellos.

De ahí que hayamos considerado también dos de las características primordiales que debe tener un corpus: la amplitud y la representatividad (Cosnier y Kerbrat-Orecchioni, 1987). En el caso de los corpus de habla patológica, como la que se produce a partir de la afasia o de la demencia de tipo alzhéimer, recoger un amplio número de conversaciones es primordial, ya que las personas con una misma patología pueden mostrar conductas lingüísticas diferentes entre sí e, incluso, puede ocurrir que estas sean bastante cambiantes dentro de una misma persona:

“Una primera aproximación al tema de las patologías verbales nos muestra, como aspecto tal vez más significativo de este campo de estudios, la enorme

heterogeneidad con la que puede manifestarse una conducta lingüística deficitaria, o que ha sido valorada como tal desde determinados patrones. [...] la heterogeneidad de la conducta lingüística deficitaria no se refiere tan solo a la pluralidad de los síndromes con los que se manifiesta, sino también al hecho unánimemente reconocido de que las conductas individuales pueden manifestar un alto grado de inconsistencia o labilidad” (Hernández Sacristán, 2002a: 175).

Por otra parte, dada la variabilidad de las alteraciones comunicativas en la demencia y que esta es una enfermedad de tipo neurodegenerativo, no es fácil determinar la representatividad del corpus. Algunos autores (Müller, 2013: 95) señalan que en los trabajos que emplean una metodología cualitativa, el investigador puede buscar que haya mucha variación entre los diferentes casos y, al mismo tiempo, que se centre en uno de ellos porque represente un caso prototípico o, contrariamente, que sea considerado anómalo.

Con el objetivo de superar estas dificultades, nos propusimos realizar un doble estudio. En primer lugar, siguiendo la división trazada por los neurólogos⁵⁰, efectuamos un estudio transversal en el que encuadramos a cada informante según el nivel de desarrollo de su enfermedad para, de esta forma, obtener datos representativos del deterioro comunicativo en cada una de las etapas de la demencia. La ventaja de realizar este tipo de investigación es que se evita la necesidad de estudiar a una misma persona o a un grupo de individuos desde que le detectan la enfermedad hasta que alcanza un grado avanzado de la misma. Sin embargo, existen muchas variables que no hemos podido controlar (otras enfermedades, características premórbidas, métodos de rehabilitación), y es bien conocida (Orange y Purves, 1996: 141) la especificidad de las alteraciones lingüísticas que, más allá de rasgos comunes, pueden aparecer en cada uno de los individuos con alzhéimer.

Por ello, decidimos realizar una segunda grabación, a modo de estudio longitudinal, de un subgrupo de hablantes con DTA. De esta forma conseguiríamos observar la progresión en el deterioro de las habilidades comunicativas en una misma persona, lo que nos llevaría a poder determinar de una manera más precisa los pasos que

⁵⁰ Recordamos que la división clásica de las fases de la demencia establece tres etapas fundamentales: un estadio inicial que se corresponde con un nivel 4 en la escala GDS, un nivel intermedio o GDS 5 y una etapa avanzada o GDS 6.

se suceden en esta evolución. No obstante, como decíamos al comienzo de este apartado, no podremos afirmar que los datos que emanan de nuestro análisis puedan generalizarse a toda la población, algo imposible, por otro lado, cuando tratamos con seres humanos.

4.3.5.1 Estudio transversal

Como decíamos, en el estudio transversal incluimos las veintisiete grabaciones de las que disponemos. El objetivo de este análisis es describir el perfil lingüístico de las personas con alzhéimer en cada una de las etapas de la enfermedad. Para ello, hemos dividido la muestra según el nivel de afectación de cada hablante, de lo que resultan tres grupos de conversaciones que analizaremos por separado. A continuación, presentamos las grabaciones pertenecientes a cada uno de estos grupos, indicando la duración total y los minutos que se han utilizado en el estudio:

Grabación	Identidad	Nivel DTA	Duración total	Intervalo análisis
1	TRM1	4	0:30:08	0:07:00-0:27:09
2	CGS1	4	0:46:17	0:14:10-0:34:15
3	LML	4	0:49:34	0:10:06-0:19:56
6	JAC	4	0:47:17	0:10:11-0:30:11
7	TAZ	4	0:40:30	0:10:35-0:30:35
9	IBM1	4	0:28:58	0:04:00-0:23:57
15	RCB	4	0:37:47	0:04:59-0:24:59
18	DGN	4	0:33:01	0:05:07-0:25:05
20	JGM1	4	0:34:54	0:04:07-0:24:06
21	PUE	4	0:40:40	0:11:10-0:31:10
22	TRM2	4	0:31:51	0:04:58-0:25:03
24	CGS2	4	0:32:57	0:04:00-0:24:06
4	FGB1	5	0:34:05	0:05:05-0:25:03
5	MSS	5	0:27:48	0:05:06-0:25:00
8	JSP	5	0:34:40	0:05:15-0:25:17
12	DGD	5	0:42:05	0:08:50-0:28:56
14	ALG	5	0:30:35	0:03:45-0:23:41
19	RJC	5	0:27:14	0:03:02-0:23:00
25	IBM2	5	0:38:58	0:08:56-0:28:59
27	JGM2	5	0:35:35	0:03:30-0:23:34
10	MMT1	6	0:24:32	0:01:37-0:21:36
11	AAP	6	0:33:55	0:06:56-0:26:52
13	LGP	6	0:34:10	0:04:28-0:24:38
16	AAM	6	0:17:07	0:00:00-0:17:07
17	PVN	6	0:29:48	0:05:00-0:24:57
23	MMT2	6	0:24:14	0:00:20-0:20:19
26	FGB2	6	0:36:56	0:04:23-0:24:30

Tabla 8: *Duración total de las grabaciones y muestra seleccionada para el análisis.*

Decidimos tomar para el análisis los veinte minutos centrales de cada conversación por varias razones. En primer lugar, esto nos permite eliminar los posibles efectos que pudiera causar la existencia de una cámara en el desarrollo de la interacción, ya que a medida que se suceden los turnos, los participantes en la grabación se van acostumbrando a la cámara e, incluso, olvidan su presencia. En segundo lugar, consideramos que veinte minutos es una cantidad de tiempo si no perfecta, ya que cuanto más datos recopilamos más representativos serán y más conocimiento tendremos sobre el hecho estudiado, sí suficiente para el análisis de tipo transversal que proponemos⁵¹. Por último, tomar los mismos minutos de cada conversación nos ha permitido realizar comparaciones más fiables entre los resultados obtenidos.

Como se puede observar en la tabla precedente, excepto en uno, en el resto de los casos hemos tratado de ajustar nuestra selección lo máximo posible a los veinte minutos de duración. Hay que tener en cuenta que puede haber una diferencia de varios segundos por encima o por debajo de esta cantidad debido a que hemos respetado la integridad de los turnos conversacionales y no hemos cortado la selección en mitad de la intervención de un hablante. La excepción que acabamos de señalar se refiere a la grabación número 16, en la que resultó imposible tanto para el investigador como para el interlocutor clave que la persona con DTA se mantuviese conversando por más tiempo. Esta grabación se realizó en el centro de día de la AFAV a petición del interlocutor clave y, durante la misma, la hablante con demencia insistió en marcharse a su casa varias veces hasta que, finalmente, decidimos que era preferible no continuar con la grabación. No obstante, pensamos que era apropiado contar con esta conversación para nuestra investigación y, por lo tanto, hemos utilizado los diecisiete minutos grabados en el estudio transversal. De todas formas, hemos tenido en cuenta esta circunstancia a la hora de comparar los resultados obtenidos de esta grabación y los del resto de conversaciones.

⁵¹ En nuestro grupo de investigación contamos con el trabajo de la Dra. Verónica Moreno Campos, que en su tesis doctoral sobre las habilidades pragmáticas en personas con afasia (Moreno Campos, 2011) seleccionó para el análisis comunicativo los veinte minutos centrales de cada grabación. Esta cifra surgió de la media de minutos que duraban sus conversaciones, extrayendo de ellas cinco minutos al comienzo y otros tantos al final de las grabaciones.

4.3.5.2 Estudio longitudinal

Por otro lado, el estudio longitudinal se compone de doce grabaciones pertenecientes a seis informantes distintos. La elección de dichos sujetos para participar en una segunda grabación estuvo condicionada por la evolución de la enfermedad en algunas personas (por ejemplo, se desestimó grabar a personas que vivían en residencias de ancianos o cuyo deterioro físico no aconsejaba someterlos a ninguna molestia), por la falta de medios para contactar con los familiares⁵² o por la negativa de alguno de estos a continuar participando en la investigación.

Dada la imposibilidad, por falta de tiempo, de plantear un estudio que abarcase las diferentes fases por las que pasa una misma persona durante la enfermedad⁵³, nos planteamos realizar una segunda grabación un año después de la primera que sirviera para detectar la evolución de las habilidades comunicativas en la persona con demencia. En este sentido, contactamos con los familiares de tres de nuestros participantes y llevamos a cabo la grabación. Tal y como podemos comprobar en la siguiente tabla, pasado un año desde la primera conversación, ninguno de estos hablantes había evolucionado a un nivel posterior de deterioro cognitivo. Además, tras un rápido análisis, nos dimos cuenta de que no se percibían diferencias significativas entre las habilidades comunicativas que mostraban en ambas conversaciones. Por esta razón, decidimos no seguir grabando. Dos años después de las primeras conversaciones retomamos las grabaciones con otros tres informantes, comprobando que en estos casos sí se había producido un cambio en la gravedad de la enfermedad.

En resumen, nuestro estudio longitudinal parte de la idea de que la gran variabilidad que experimentan las personas con alzhéimer en cuanto al déficit comunicativo puede condicionar los resultados de un estudio al uso que compare las producciones lingüísticas de distintos sujetos. De este modo, con esta segunda ronda de grabaciones a seis de nuestros informantes pretendemos recabar datos individuales que nos muestren este deterioro comunicativo en casos concretos.

⁵² Debido a las políticas de privacidad que sigue la AFAV con sus socios, tras contactar con los familiares desde las dependencias de la propia asociación, no nos quedábamos con sus números de teléfono y, si abandonaban la AFAV, no podíamos volver acceder a ellos.

⁵³ Téngase en cuenta que Hamilton (1994), único ejemplo en la bibliografía en el que se estudia la evolución en las habilidades lingüísticas de una misma persona, comenzó a grabar a su informante cuando esta se encontraba en el nivel medio de la enfermedad y aun así el estudio duró cinco años.

Grabación	Identidad	Nivel DTA	Fecha grabación
1	TRM1	4	25/04/2012
22	TRM2	4	26/06/2013
2	CGS1	4	28/04/2012
24	CGS2	4	03/07/2013
10	MMT1	6	31/05/2012
23	MMT2	6	26/06/2013
4	FGB1	5	02/05/2012
26	FGB2	6	09/06/2014
9	IBM1	4	30/05/2012
25	IBM2	5	04/06/2014
20	JGM1	4	20/06/2012
27	JGM2	5	11/06/2014

Tabla 9: *Grabaciones pertenecientes al estudio longitudinal.*

8. Conclusiones e introducción a los próximos capítulos

En definitiva, el estudio que presentamos en los capítulos que siguen se refiere a un total de 27 conversaciones en las que participan 21 hablantes diagnosticados de diversos grados de demencia de tipo alzhéimer. La suma total de nuestro corpus es de 15 horas 25 minutos y 36 segundos de grabaciones, siendo la media de cada grabación de 34 minutos y 20 segundos, aproximadamente. No obstante, para el análisis se utilizaron solo los veinte minutos centrales de cada conversación, pues así resulta más sencillo y fiable realizar comparaciones cuantitativas entre todas las muestras

Los datos se transcribieron con un sistema de notación ajustado a las convenciones del proyecto CHILDES, liderado por Brian MacWhinney, el cual se engloba en un proyecto aún mayor, TALKBANK, en el que caben bases de datos provenientes de ámbitos muy diversos: lenguaje patológico, bilingüismo y multilingüismo, lengua de signos, conversaciones telefónicas, etc. No obstante, las convenciones exactas utilizadas en nuestro trabajo se parecen mucho a la revisión de este sistema propuesta por Fernández Urquiza y Gallardo Paúls (2015) para su uso con datos clínicos. De todas formas, la elección definitiva correspondió siempre al autor de esta tesis, pues el tipo de datos recogidos determina para cada caso las convenciones y las categorías de análisis que mejor convienen a su estudio.

Una vez hemos descrito los datos que analizaremos y la metodología de investigación empleada para ello, en los siguientes capítulos presentamos propiamente el núcleo de este trabajo, repasando las tres dimensiones fundamentales de un análisis pragmático. Comenzaremos el análisis por la pragmática interactiva (capítulo 3), ya que la visión global del hecho conversacional considera todo acto de habla como un acto reactivo (de ahí que Gallardo Paúls haya denominado en ocasiones su modelo como “pragmática del receptor” (Gallardo Paúls, 1996), tomando como punto de partida los enfoques de Bateson y de la Escuela de Palo Alto). Continuaremos con las categorías propias de la dimensión enunciativa (capítulo 4), focalizando los actos de habla y algunos tipos de significado inferencial especialmente relevantes en las interacciones con hablantes con DTA. Finalmente, terminaremos nuestro análisis con la pragmática textual (capítulo 5), que se centra puramente en el mensaje transmitido y en los procesos gramaticales afectados por la demencia, y que estudiaremos siguiendo el modelo de niveles lingüísticos (rección, concordancia, orden e integración) propuesto por Gallardo Paúls (2009c) a partir de la lingüística perceptiva teorizada por Ángel López.

CAPÍTULO 3: LA PRAGMÁTICA INTERACTIVA

9. Delimitación de la pragmática interactiva

La pragmática interactiva constituye un nivel del estudio pragmático que se basa en la naturaleza conversacional del lenguaje, en considerar que todo acto de habla es la respuesta a otro anterior. De hecho, salvo en el caso del turno de apertura de una conversación, todo acto de habla es producido por un hablante que previamente ha escuchado actos de habla de otros interlocutores. Además, como comentaremos más adelante, cada turno se apoya en el turno inmediatamente anterior y establece las condiciones bajo las cuales el siguiente hablante puede emitir su turno; es decir, cada turno asume el contexto creado por el turno previo y construye el contexto del turno siguiente (Hernández Sacristán, 2003: 53); este rasgo estructural, que garantiza el encadenamiento de las intervenciones, es sin duda el más importante de la conversación natural (el “*local management*” de Sacks *et al.*, 1974). Por lo tanto, podemos concluir que la pragmática interactiva contempla los actos de habla como “reacciones en el seno de una cadena de actos de habla” (Gallardo Paúls, 2006a: 115). De acuerdo con estas afirmaciones, las unidades que hemos podido estudiar desde un punto de vista enunciativo o textual aquí toman su verdadero sentido dialógico, conversacional.

Por este motivo, una de las primeras apreciaciones que debemos hacer en este apartado tiene que ver con la naturaleza misma de la conversación. En un nivel básico, evidente a cualquier tipo de observador, cabe destacar que una conversación supone la presencia de dos o más hablantes que intercambian turnos en un mismo contexto espaciotemporal. De manera más precisa, la caracterización de la conversación puede hacerse desde distintos puntos de vista que responde a múltiples planteamientos disciplinares.

Por un lado, algunos autores proponen una serie de rasgos sociolingüísticos que definen un intercambio comunicativo. Joshua Fishman (1972), desde la sociología del lenguaje, proporciona tres rasgos para identificar los acontecimientos de una comunidad que podemos extrapolar a la caracterización de las interacciones lingüísticas: la relación funcional que existe entre los participantes, la situación social en la que se da el acontecimiento, y el dominio o ámbito temático de la conversación⁵⁴.

⁵⁴ De manera breve, la relación funcional entre los hablantes puede provocar que una interacción sea (1) *transaccional*, es decir, en la que los roles de los participantes no son simétricos, la toma de turno no es

Por otro lado, ya comentábamos en el apartado dedicado a los métodos para la obtención de datos en lingüística clínica el enfoque pragmático, que atiende al funcionamiento interno conversacional, y que tiene como punto de partida el sistema de la toma de turno. Sin duda, la referencia básica para ilustrar este punto se encuentra en el análisis conversacional, cuyo trabajo fundacional es el artículo (Sacks *et al.*, 1974), en el que Sacks, Schegloff y Jefferson identifican catorce rasgos simultáneos del sistema de la toma de turno que son necesarios para que un intercambio comunicativo pueda considerarse una conversación (cotidiana)⁵⁵:

- “1. Speaker-change recurs, or at least occurs*
- 2. Overwhelmingly, one part talks at a time*
- 3. Occurrences of more than one speaker at a time are common, but brief*
- 4. Transitions (from one turn to next) with no gap and no overlap are common. Together with transitions characterized by slight gap or slight overlap, they make up the vast majority of transitions*
- 5. Turn order is not fixed, but varies*
- 6. Turn size is not fixed, but varies*
- 7. Length of conversation is not specified in advance*
- 8. What parties say is not specified in advance*
- 9. Relative distribution of turns is not specified in advance*
- 10. Number of parties can vary*
- 11. Talk can be continuous or discontinuous*
- 12. Turn-allocation techniques are obviously used. A current speaker may select a next speaker (as when he addresses a question to another party); or parties may self-select in starting to talk*

libre y existe una finalidad ulterior, o (2) *personal*, en la que se minimizan las diferencias sociales entre los participantes y el principal propósito es la socialización. Mientras que una sesión de logopedia puede ilustrar claramente una interacción transaccional, la conversación cotidiana es un ejemplo prototípico de interacción personal. Asimismo, la sucesión de temas que pueden aparecer en una conversación cotidiana no está restringida más que a temas delicados para alguno de los hablantes.

⁵⁵ Como defiende Gallardo Paúls (1996: 23), el hecho de que la conversación cotidiana sea el tipo más representativo de conversación, a causa de que ni los rasgos contextuales ni los pragmáticos están marcados, provoca, normalmente, la identificación entre ambas y, así, cuando la mayoría de los autores define la conversación en realidad está definiendo la conversación cotidiana.

13. *Various 'turn-conversational units' are employed*

14. *Repair mechanisms exist for dealing with turn-taking errors and violations*".

Tal y como ha repetido la ingente bibliografía posterior, el gran mérito de los sociólogos del análisis conversacional fue la identificación del sistema de la toma de turno como el rasgo caracterizador del tipo de acontecimiento (lingüístico e interaccional) que llamamos conversación. Este énfasis en un "hacer", en un tipo de procedimiento que distribuye roles participativos diferentes y que es ajeno a variables sociológicas, aparece simultáneamente en caracterizaciones semióticas (Duncan 1972), y ha sido incorporado por todo el análisis del discurso posterior, ya sea de orientación pragmática o sociolingüística.

Por su parte, Gallardo Paúls (1996: 25 y ss.), dentro del enfoque pragmático, establece dos niveles en la clasificación de los rasgos que definen una conversación. En primer lugar, identifica una serie de características previas, comunes a otros tipos de acontecimiento dialógico: el sistema dual de la toma de turno, el carácter actual e inmediato, y la estructura triple básica (lenguaje, paralenguaje y cinésica). En segundo lugar, a partir de los 14 rasgos señalados, propone una reducción a siete rasgos pragmáticos cuya presencia es condición *sine qua non* para que una interacción pueda ser reconocida como conversacional (Gallardo 1998): la alternancia de turno, el orden y la duración variable de los turnos, que el contenido de los turnos no esté predeterminado, que el número de los participantes pueda ser variable, que la longitud del encuentro no esté predeterminada, la construcción pormenorizada de la interacción, turno por turno, y que exista retroalimentación.

Tal y como hemos introducido en capítulos anteriores, nuestra investigación sobre las capacidades comunicativas presentes y ausentes en los hablantes con DTA toma como referencia la situación comunicativa básica en la que toda persona se desenvuelve la mayor parte del tiempo, esto es, la conversación cotidiana. Por esta razón, y siguiendo los principios del método etnográfico, procuramos que los intercambios conversacionales que íbamos a analizar se desarrollaran dentro de un ámbito y una temática próximos a la persona con demencia. No obstante, esta situación comunicativa se ve condicionada por la presencia de diversos factores que hacen difícil si no imposible poder considerarla una representante prototípica de la conversación cotidiana. Aunque cumple con todos los rasgos pragmáticos mencionados, la participación del

investigador en la interacción, una persona no vinculada al núcleo familiar o de amistades del hablante con demencia, puede desencadenar en el resto de participantes una serie de comportamientos en cierta medida alejados de la normal dinámica conversacional. Por otro lado, el conocimiento, al menos por parte del interlocutor clave⁵⁶, del objetivo último de la interacción comunicativa (analizar las habilidades y las alteraciones comunicativas aparejadas a la demencia de tipo alzhéimer) normalmente repercute en una actitud lingüística conducente a dar un mayor protagonismo y a favorecer el habla por parte del individuo con alzhéimer. Y, si bien es cierto que en las grabaciones no se aprecia una asimetría entre los roles de los participantes muy marcada, es posible que el carácter transaccional de la conversación reduzca el valor de “cotidianidad” de la misma.

Resultaría muy aventurado por nuestra parte considerar que esta es la tónica en el resto de las interacciones conversacionales en las que participa el hablante con DTA, dado el considerable esfuerzo que a veces necesitan hacer todos los interlocutores para entender y hacerse entender. Como apuntaba Kagan (1995, 1998) para la afasia, la competencia comunicativa del sujeto queda “enmascarada” por la situación deficitaria, es decir, pasa a ser tratado a menudo como un incompetente. No obstante, como ya se ha postulado para los intercambios comunicativos en los que se incluye una persona con afasia (Gallardo Paúls, 2005), toda interacción en la que uno de los interlocutores tiene algún tipo de déficit comunicativo se ve influida por dicha circunstancia. Esto comporta que, al igual que ocurre en los casos en los que interactúan personas con distinto grado de conocimiento de la lengua en la que se comunican, el hablante con mayor competencia lingüística deba adecuarse (casi “naturalmente”) a las capacidades de su interlocutor en virtud del principio de cooperación.

Este concepto, que podríamos llamar “conversación deficitaria”, es uno de los motivos por los que pusimos nuestro foco no solo en la producción lingüística de la persona con demencia, sino en el proceso comunicativo que engloba a todos los interlocutores. Como el análisis de los datos nos muestra, algunos resultados son

⁵⁶ Tal y como puede ocurrir en las grabaciones hechas a personas con una afasia sensitiva, en el caso de las demencias y otros síndromes que cursan con un deterioro cognitivo no siempre es posible determinar el grado de conciencia y comprensión de la tarea realizada, sus motivaciones y los resultados esperados. De hecho, por esta razón, los documentos que informan a los sujetos del estudio en el que van a participar y el tratamiento que se va a dar a sus datos fueron firmados por su familiar más cercano.

claramente consecuencia de la naturaleza misma de la conversación deficitaria, por lo que la relación entre la competencia comunicativa demostrada por los hablantes con DTA a partir de sus intervenciones y la actitud lingüística del resto de los participantes debe ser tomada en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

10. Categorías de la pragmática interactiva

10.1 El turno y los fenómenos de transición entre turnos

Queremos comenzar este apartado explorando algunos de los fenómenos que configuran el sistema de la toma de turno. Pero antes de desarrollar este concepto y las implicaciones que tiene para el análisis de nuestras muestras conversacionales, es pertinente que comentemos la noción de *turno* que manejamos. Puesto que se trata de una noción ya bien conocida en el análisis conversacional, nos limitaremos a describir la acepción concreta que utilizamos

Al igual que en un juego de mesa hablamos de turnos para referirnos al momento en que cada participante puede realizar una acción, la conversación también puede dividirse secuencialmente en turnos de habla. Desde un punto de vista estructural, el turno está limitado por un cambio de hablante (Goffman, 1957; Sacks, *et al.*, 1974) y se considera la unidad básica de la conversación. Como es fácilmente entendible, es la sucesión de turnos entre varios hablantes la que produce la interacción dialógica.

Sin embargo, esta alternancia en el orden de los participantes no se produce de igual forma en un juego de mesa que en un intercambio comunicativo. Si bien en el primer caso las reglas definen claramente el momento en el que un jugador ha finalizado su turno y le toca al siguiente, en una conversación la transición entre los distintos hablantes no siempre es tan sencilla. A la dificultad que supone el hecho de que el orden de los turnos sea variable se suma el problema de saber reconocer el instante en el que un hablante puede tomar el turno⁵⁷. Esto provoca que a veces se produzcan desajustes que resultan en casos de habla simultánea, los cuales pueden ser breves y acordes a las previsiones del sistema de la toma de turno (*solapamientos*) o largos y que no respetan

⁵⁷ Los representantes del Análisis Conversacional (Sacks *et al.*, 1974) afirman que la toma de turno es un proceso regulado por una serie de reglas que se aplican en cada punto donde sería posible un cambio de hablante. Este punto, al que denominan “lugar de transición pertinente” (LTP), coincide normalmente con el final de alguna unidad sintáctica o prosódica. Por cada LTP existen tres posibilidades: (1) un cambio de hablante por selección directa del hablante en curso, (2) un cambio de hablante por autoselección del hablante que quiere intervenir, o (3) mantenimiento del turno por parte del hablante que está haciendo uso de la palabra.

las reglas para cambiar de hablante (*interrupciones*)⁵⁸. Y si bien los solapamientos breves no causan grandes problemas en el flujo conversacional y están de hecho previstos por el sistema, las interrupciones pueden ser motivo de alteraciones en el discurso que consigan afectar a la imagen de los participantes en la conversación.

No obstante, aunque comúnmente se ha entendido que la interrupción estaba orientada a conseguir el control de la conversación, no solo existen *interrupciones competitivas* o no colaborativas. Además de este tipo de interrupción, que es incoherente con los comentarios del interlocutor y que, normalmente, supone un cambio de tema, hay otro tipo, las *interrupciones colaborativas* o no competitivas, que contribuyen al desarrollo de la conversación introduciendo comentarios, cubriendo huecos de información o solicitando al interlocutor más información sobre el tema que se está discutiendo. Podemos considerar, además, un tercer tipo de interrupción, las *interrupciones neutras*, que suelen ocurrir tras un suceso externo a la enunciación, como los ruidos (Rodríguez Muñoz, 2012: 293-294).

En el ámbito de la conversación deficitaria, el uso que los distintos hablantes hacen de las interrupciones puede reflejar tanto la actitud de los interlocutores clave con respecto al déficit comunicativo de sus familiares como las posibles alteraciones de tipo cognitivo de estos últimos. Imaginémonos el caso de una persona que tenga alterada la capacidad de inhibición, algo que puede asociarse frecuentemente con la esquizofrenia o con algunos tipos de demencia y lesiones frontales (O'Callaghan *et al.*, 2013). En muchas ocasiones, esta persona interrumpirá el discurso de su interlocutor para introducir comentarios no relacionados con el tema de conversación o, incluso, para volver de forma recurrente a un tema ya tratado si, además, presenta casos de perseverancia. El interlocutor clave, por su parte, puede usar el recurso de la interrupción tanto para reconducir el discurso de la persona con alteraciones lingüísticas y facilitar su actuación como, en el caso contrario, para quitarle el uso de la palabra por no ser capaz de completar un enunciado o divagar en una respuesta. Asimismo, la

⁵⁸ Sacks *et al.* (1974) distinguen el solapamiento de la interrupción únicamente por el hecho de que un solapamiento se produce en un posible LTP, a partir de la autoselección de dos hablantes al mismo tiempo, mientras que la interrupción comienza en mitad del desarrollo de una intervención. Sin embargo, otros autores, desde Bennet (1978) a Gallardo Paúls (1993), han considerado que *solapamiento* e *interrupción* son categorías distintas. Así, el solapamiento sería un concepto puramente descriptivo, que se aplica a los casos de habla simultánea, en tanto que la interrupción conlleva una interrupción por parte de los hablantes.

interrupción se produce en muchas ocasiones por un intento de protección que lleva al familiar a intervenir en el lugar de la persona con alzhéimer para evitarle la situación amenazante de tener que hablar.

En un trabajo previo (Pérez Mantero, 2015a) realizamos una primera aproximación al tema de las interrupciones en nuestro corpus de conversaciones con una persona con DTA. En ese momento analizamos únicamente las interrupciones de las que eran responsables los hablantes con demencia en un subconjunto de nueve conversaciones. Los resultados de dicho análisis reflejaron que existía un claro aumento en el número de interrupciones a medida que avanzaba la enfermedad:

Interrupciones (Habla ntes con DTA)			
Nivel	Int. Colaborativa	Int. Competitiva	Int. Neutra
Inicial	14 (35,9%)	24 (64,1%)	0
Intermedio	43 (55,84%)	29 (37,66%)	5 (6,49%)
Avanzado	65 (65,65%)	34 (34,34%)	0

Tabla 10: *Aumento de los fenómenos de interrupción según progresa la gravedad de la DTA en los hablantes.*

Sin embargo, más interesante resultó constatar que este aumento se acompañaba de una inversión en los porcentajes correspondientes a los tipos de interrupción, y que la mayoría de interrupciones de tipo competitivo en un nivel inicial se traducía en una mayoría de interrupciones colaborativas en la etapa avanzada. Es decir, la frecuencia de interrupciones colaborativas aumenta a medida que disminuyen las interrupciones competitivas. En este sentido, podemos conectar la creciente profusión de esta última clase de interrupción con el hecho de que las personas con alzhéimer se apoyan en las intervenciones de sus familiares –en su mayor competencia comunicativa– para expresar más fácilmente aquello que no recuerdan o que no son capaces de formular:

- *HIJ: no (.) pero acuérdesese que lo tenía muy mal <y estábamos en la casa y tuvimos que> [>] .
- *FGB: <claro (.) si tuve que ir al médico> [<] y [/-] y enseguida me apañaron allí y me enrollaron y pintura tengo ahí echada muchísima .

Ejemplo 1. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. Interrupción colaborativa.

En el polo opuesto, como mencionábamos, se encuentran las interrupciones competitivas, motivadas por las ganas de hacerse con el control de la gestión

conversacional y que, a veces, dan como resultado la emisión de turnos incoherentes que rompen el flujo temático. En el siguiente ejemplo, el interlocutor clave está relatando la capacidad que conservaba su madre años atrás para poder acudir al hospital por su propio pie cuando su turno se ve interrumpido por un comentario perseverante de la informante:

- *HIJ: en aquella época mi madre todavía iba andando al Consuelo (.) sabía ir y <podía ir> [>] .
- *MSS: <cuando yo> [<] estudié aquí había Granada y Santiago que eran más fáciles y Madrid y Barcelona (.) Barcelona era la más difícil .

Ejemplo 2. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. Interrupción competitiva.

En esta ocasión, para completar nuestro estudio sobre las interrupciones en las conversaciones en las que participa una persona con demencia, hemos querido ampliar el análisis con un esbozo sobre las interrupciones provocadas por los interlocutores clave y el investigador en la misma muestra de conversaciones transcritas. Como podemos observar en la siguiente tabla, la cantidad de interrupciones que se debe a los participantes sin demencia es comparativamente mucho menor que la que es responsabilidad de las personas con DTA:

Interrupciones (Resto de hablantes)			
Nivel	Int. Colaborativa	Int. Competitiva	Int. Neutra
Inicial	8 (38,1%)	13 (61,9%)	0
Intermedio	13 (68,42%)	6 (31,58%)	0
Avanzado	12 (52,17%)	11 (47,83%)	0

Tabla 11: *Fenómenos de interrupción provocados por el resto de participantes en las conversaciones.*

Del mismo modo, salta a la vista que no existe una diferencia significativa entre el número de interrupciones que se produce en cada estadio de la enfermedad. Ambos resultados podrían ser indicadores, a nuestro modo de ver, de que los interlocutores sin demencia asumen que la conversación deficitaria es un tipo de interacción en la cual no rigen las mismas normas que en una conversación cotidiana entre personas sin una patología lingüística. En este sentido, la toma de turno por parte de los familiares es significativamente más suave y, normalmente, se pretende no interrumpir las intervenciones de la persona con demencia. Cabe pensar que la finalidad de la

grabación, obtener datos del hablante con demencia (aunque, de hecho, las grabaciones nos permiten conocer las estrategias de comunicación de todos los participantes), también facilite cierta inhibición en los familiares.

Con respecto a la proporción de interrupciones competitivas y colaborativas, no hemos podido encontrar una progresión lineal a lo largo de las diversas etapas de la DTA, posiblemente debido a factores como el pequeño tamaño de la muestra o la naturaleza individual de cada acontecimiento comunicativo. Podemos aventurar, no obstante, que el mayor porcentaje de interrupciones de tipo competitivo en conversaciones con una persona en el nivel inicial podría estar relacionado con que los interlocutores clave mantengan aún una buena consideración de la capacidad comunicativa de su familiar con alzhéimer. Por esta razón, la dinámica conversacional es más parecida a la de una conversación sin ningún tipo de restricción y, por lo tanto, se produce un mayor número de interrupciones competitivas:

*CGS: yo he estao pagando cincuenta años (.) y que tenga
que pagar ahora otra vez→ .
*CGS: cincuenta años !
*CGS: lo que me pedían .
*CGS: yo y mis jefes &*INV: sí [/] sí .
*CGS: ahora otra vez .
*CGS: Rajoy (.) el señor Rajoy .
*HER: bueno (.) no sabemos cómo va a funcionar .
*CGS: pero [/ -] pero <pa(ra) sacar seis> [>] +/.
*HER: <o tú lo sabes↑> [<] .
*CGS: +, o siete millones de euros .
*HER: yo no lo sé .

Ejemplo 3. Grabación 2 CGS1. Nivel inicial. Interrupción competitiva del IC.

En este ejemplo, la hija (HER) del informante CGS emite un turno en solapamiento que trata de arrebatar el turno de habla del hablante con demencia y dirigir el tema de conversación hacia cómo se va a aplicar una medida del gobierno. Sin embargo, como podemos observar en la transcripción, CGS no topicaliza el turno de su hija y, de este modo, la interrupción no tiene éxito.

Por otra parte, es natural que en interacciones en las que participan tres o más hablantes se produzcan *escisiones conversacionales* (Gallardo Paúls, 2005a), casos en los que se generan subdiálogos o conversaciones simultáneas. En nuestras grabaciones encontramos algunos momentos en los que el interlocutor clave y el investigador establecen un intercambio sin contar con la presencia del informante con demencia, dando lugar a la presencia de interrupciones competitivas. Como se observa en el

ejemplo 4, la persona con demencia, MMT, realiza comentarios no relacionados con el tema de conversación en cuestión, algo que ocurre de manera frecuente en esta grabación. Sin embargo, su marido y el investigador continúan hablando sobre las figuras decorativas e interrumpen los intentos de MMT por acceder al turno de habla:

*INV: sí (.) que estoy viendo que tienen muchas cosas de
decoración de sitios muy diferentes .
*MMT: <y buenos y bonitos también> [>] .
*MAR: <eso es todo> [<] .
*MAR: eso es de los→ .
*MMT: y salieron los niños .
*MMT: <y [/-] y [/-] y (.) otra vez [/] otra vez> [>] +"/.
*MMT: +" <ay mi yaya> [>] !
*INV: <eso son antigüedades verdaderas> [<] .
*MAR: <de mayas [/-] de los mayas> [<] y los aztecas .
*INV: tienen aquí un museo ,, verdad † Manoli ?

Ejemplo 4. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. Interrupción competitiva por escisión conversacional.

No obstante, el uso de interrupciones colaborativas por parte de los interlocutores clave va aumentando a partir de la etapa intermedia. A través del recurso a este tipo de interrupción los familiares demuestran su compromiso con el desarrollo de la interacción y facilitan un mejor desempeño conversacional por parte de la persona con alzhéimer, tal y como se desprende del siguiente ejemplo:

*FGB: nosotros(s) allí (.) cada uno se tumba como quiere en
las sillas esas (.) que se ponen ahí .
*FGB: pa [/-] pa(ra) el que má(s) y el que meno(s) pue(s)
má(s) ruido ahí arrastrando (.) venga arrastrando .
*FGB: (cl)aro (.) pa [/-] pa(ra) coger el sitio ya (...) <y
[/-] y [/-] y> [>] .
*HIJ: <y [/-] y ponerse en posición ,, no> [<] ?

Ejemplo 5. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. Interrupción colaborativa del IC.

Finalmente, no podríamos realizar un completo repaso por los fenómenos de transición entre turnos sin profundizar, aunque sea mínimamente, en los silencios que se producen entre el final de una intervención y el comienzo de otra. Tal y como afirma Gallardo Paúls (1991, 1993a), desde la perspectiva de la lingüística perceptiva el silencio es el fondo sobre el que destaca la conversación, que actúa como figura. Sin embargo, lo que nos interesa en este momento no es este silencio que enmarca el comienzo y el final de la conversación, sino aquellos de naturaleza interactiva que separan dos turnos.

De esta forma, basándonos en la clasificación distribucional de los silencios interactivos que propuso Gallardo (1993a) a partir de los primeros trabajos de Sacks, Schegloff y Jefferson, en este trabajo consideramos dos tipos fundamentales de silencio⁵⁹:

- **LAPSOS:** son aquellos silencios que separan intervenciones pertenecientes a intercambios distintos. A su vez, estos intercambios suelen pertenecer a secuencias diferentes, que pueden reconocerse por un cambio de tema (Maynard, 1980). Por lo general, se trata de silencios largos (normalmente, de más de un segundo de duración) que podrían dar la sensación de que los interlocutores han abandonado la conversación por un momento. De hecho, lo que conocemos como “silencios incómodos” en mitad de una interacción son un ejemplo de lapsos en los que el oyente no toma el turno en un lugar de transición pertinente y la situación permanece invariable durante demasiado tiempo. En estos y otros casos en los que se producen lapsos, el hablante que estaba en posesión del turno de habla puede decidir retomar su intervención comenzando un nuevo intercambio.
- **INTERVALOS:** son los silencios que separan intervenciones. Goodwin (1981) utiliza la noción de intervalo para poder definir los límites de los turnos. Aunque distintos autores han propugnado la pertenencia de estos silencios a uno de los hablantes (Jaffe y Feldestein, 1970; Duncan, 1972), nosotros compartimos la visión estructuralista de Gallardo (1993a: 193) y los definimos a partir de la función que cumplen dentro de la conversación.

En relación con la gestión de los silencios interactivos que hacen los individuos con alzhéimer, la bibliografía señala que, a pesar de que la toma de turno es uno de los mecanismos conversacionales que más tardan en perderse⁶⁰, el deterioro cognitivo

⁵⁹ Gallardo incluyó en esta clasificación las pausas que se localizan dentro de una intervención, tanto si son de tipo sintáctico como si aparecen señalando un proceso de planificación del habla. No obstante, nosotros hemos decidido no incluirlas en este capítulo y sí en el de pragmática enunciativa, ya que, por definición, son silencios que se encuentran en mitad de un turno, aunque puedan ser aprovechadas por otros hablantes para autoseleccionarse, dándose como resultado casos de habla simultánea.

⁶⁰ Algunos estudios en neonatos (Trevarthen, 1974; 1979; cf. Casillas, 2014, para niños en edad preescolar) han planteado que la toma de turno, al menos de una forma inicial y rudimentaria, podría ser una de las primeras habilidades pragmáticas que se desarrollan en los humanos. En estos trabajos se

repercute en que se necesite un mayor tiempo para comenzar a producir el turno (Sabat, 1991a; Causino Lamar *et al.*, 1994).

Para poder participar en el sistema de la toma de turno de manera efectiva, una persona debe ser capaz de percibir, prestar atención, y procesar e integrar todas las pistas verbales y no verbales que señalan la existencia de un lugar de transición pertinente (Orange y Purves, 1996). Del mismo modo, además de los mecanismos de atención, otros procesos cognitivos se ponen en marcha para producir el turno. La persona con demencia, en este caso, debe acceder a su memoria semántica, episódica y de trabajo tanto para comprender los enunciados emitidos por el interlocutor como para planificar una intervención conectada con la anterior.

Por lo tanto, estos silencios pueden indicar, a grandes rasgos, dos tipos de dificultad para la persona con DTA: (1) que necesite más tiempo para procesar la información que ha recibido y la que va a transmitir, o (2) que no sea capaz de comprender la ilocutividad de la intervención de su interlocutor (Guendouzi y Müller, 2006: 115). Sea cual sea la razón, este intervalo de tiempo en silencio puede ser considerado un LTP por el resto de los hablantes, que tratarán de volver a hacerse con el turno debido, posiblemente, a las amenazas para la imagen de los interlocutores que este tipo de silencios supone en nuestra cultura. De hecho, en aquellos acontecimientos comunicativos en los que participan muchas personas la rápida dinámica en el intercambio de turnos puede provocar que el hablante con alzhéimer vea muy disminuida su capacidad para participar en la conversación y adopte, como consecuencia, una actitud pasiva frente a esta situación:

“Given the split second timing which turn taking requires, however, cognitive deficits may compromise the ability of the person with dementia to secure the conversational floor or to hold onto it. Particularly in multi-party conversations, where there is more competition for the conversational floor, the person with dementia may have difficulty producing a turn quickly enough to secure a right

afirma que los bebés son capaces de detectar lugares de transición pertinente a partir de cambios en la prosodia o en los gestos faciales de sus familiares. Por otra parte, la demencia de tipo alzhéimer parece ser de carácter retrogenético (Reisberg *et al.*, 1986; Rubial Álvarez, 2010); es decir, existe una relación inversa entre la progresión en el deterioro de las habilidades cognitivas y el orden en el que se desarrollaron en la etapa infantil. Por lo tanto, es esperable que la habilidad para tomar el turno sea una de las habilidades que más tiempo se conservan en las personas con enfermedad de Alzheimer.

to the floor. The impact of this would be to impede his or her ability to initiate in the conversation, thus resulting in a passive role where contributions may only be possible when the impaired speaker is explicitly given the floor by the current speaker asking a question” (Perkins et al., 1998: 38).

No obstante, en nuestro corpus de conversaciones encontramos ejemplos que nos muestran una actuación distinta, especial, de los interlocutores clave con respecto al tratamiento de los silencios. El siguiente fragmento refleja una actitud paciente por parte del hijo de PVN gracias a la cual no se autoselecciona como hablante en mitad de la pausa de planificación. En cualquier conversación cotidiana entre personas con el mismo nivel de competencia lingüística este silencio sería aprovechado por un hablante para tomar el turno. Sin embargo, la adaptación por parte del interlocutor clave al ritmo conversacional de su padre permite que el informante termine su turno, aunque, en este caso, con un pobre resultado:

*HIJ: que qué ?
 *PVN: los chiquillos (.) que son [/ -] que se los han→ .
 *PVN: (4.0) <no sé [/] no sé> [?] .
 *HIJ: no te he entendido .
 *PVN: pues yo tampoco te he entendido a ti .

Ejemplo 6. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. El IC respeta una pausa de planificación del hablante con DTA.

Del mismo modo, observamos algunos casos de intervalos demasiado largos en conversaciones en las que participa una persona en un nivel inicial de la enfermedad que son respetados por el resto de los interlocutores. El motivo de esta latencia prolongada es una dificultad para recuperar información de la memoria episódica. Esta dificultad se manifiesta también a través del recurso de repetir la pregunta con el objetivo de ganar tiempo para responder de manera adecuada:

*INV: sí (.) bueno (.) y el nieto qué ?
 *INV: bien ?
 *INV: le gusta ?
 *TRM: +^ bien (.) claro .
 *INV: cómo se llama ?
 *INV: cómo se llama ?
 *TRM: (3.0) cómo se llama ?
 *TRM: Aurelio .

Ejemplo 7. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. Repetición de una pregunta como estrategia para ganar tiempo para responderla.

*MUJ: y luego hemos estado↑ en↑ el año pasado estuvimos en↑
.
*RCB: (3.0) el [/-] el año pasado ?
*MUJ: sí (..) allá por Tarragona .

Ejemplo 8. Grabación 15 RCB. Nivel inicial. Repetición de una pregunta como estrategia para ganar tiempo para responderla.

Siguiendo con este asunto, expondremos un caso extremo que muestra cómo permitiendo largos intervalos la persona con un deterioro cognitivo grave puede responder adecuadamente. En el siguiente ejemplo, la hablante –en una etapa muy avanzada de la demencia– solo consigue responder a la pregunta que le ha formulado su hijo tras siete segundos de silencio:

*HIJ: Adelina (.) tú te acuerdas de Adelina ?
*HIJ: (7.0) bueno .
*AAP: no (.) claro que no .

Ejemplo 9. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. El IC respeta un largo intervalo entre su pregunta y la respuesta de la hablante con DTA.

Por otro lado, nos gustaría destacar algunos aspectos relacionados con la gestión de los *lapsos*. Un primer resultado que salta a la vista tras el análisis de los lapsos en las interacciones de nuestro corpus es que se pueden observar claras diferencias entre la etapa inicial y la avanzada de la demencia en cuanto a posición más o menos activa de la persona con alzhéimer en el desarrollo de la conversación. Para explicitar este contraste vamos a basarnos en la comparación entre una informante en el nivel inicial, TRM, y una informante en el nivel avanzado, AAP.

En el primer caso, cada vez que se produce un silencio largo al finalizar un intercambio es TRM la que vuelve a tomar el turno y hace progresar la conversación. En ocasiones, tal y como observamos en el ejemplo 10, la intervención tras el lapso desarrolla un aspecto distinto del tema que se está tratando; otras veces, como se puede comprobar en el ejemplo 11, la informante detecta que un tema está agotado e introduce uno nuevo:

*INV: y qué [/-] qué le tocó hacer ayer ?
 *TRM: pues eh (.) más o menos como todos los días .
 *TRM: porque a lo mejor hacemos una cosa por la mañana y
 otra cosa por la tarde .
 *TRM: cosas así de escribir o de cuentas o lo que sea (.)
 vamos &*INV: uhhum .
 *TRM: bien (.) estamos allí .
 *TRM: (5.0) como esto el peligro sabe que hay↑ .
 *TRM: porque un día mismo un hombre (..) lo hicieron ir
 allí sus hijas porque un día se perdió .

Ejemplo 10. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. La hablante con DTA retoma el tema de conversación tras un lapso.

*MAR: déjale a ese muchacho que lo toque [/] que lo toque .
 *TRM: no [/] no .
 %com: takes the windmill away and plays with it .
 *TRM: así está bonito .
 *TRM: (4.0) 0 [=! looks at INV] . [+ trn]
 *TRM: y esto que haces de charlar por qué es ?
 *TRM: algún estudio o algo ?

Ejemplo 11. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. La hablante con DTA introduce un nuevo tema de conversación tras un lapso.

Por el contrario, la actitud conversacional de AAP es mucho más reservada, como tendremos tiempo de demostrar en posteriores apartados. Con respecto a los lapsos que se suceden en su interacción, es el interlocutor clave (HIJ) el que retoma la conversación en todas las ocasiones. Además, dada la longitud de los silencios, uno se pregunta si esta persona seguiría conversando si no fuese por la insistencia de su hijo:

*HIJ: tú vas al parque ?
 *HIJ: a la avenida [/] <a la avenida> [>] .
 *HIJ: &*INV: <a la avenida> [<] .
 *AAP: qué bonito !
 *INV: muy bonita la avenida .
 *HIJ: (9.0) tú has estado en Australia alguna vez ?

Ejemplo 12. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. El IC relanza la conversación tras un lapso demasiado largo.

*HIJ: <Quique> [<] (.) este és Quique (.) <el músic> [>] .
 *HIJ: &*AAP: <Quique> [<] (.) claro .
 *HIJ: „ eh ?
 *HIJ: tu nieto .
 *AAP: 0 [=! looks at INV] . [+ trn]
 *AAP: els diamantes .
 *HIJ: (7.0) pregunta-li a José Luis si viu [/-] si viu molt lluny .

Ejemplo 13. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. El IC relanza la conversación tras un lapso demasiado largo.

Finalmente, para completar este repaso por la casuística con respecto a la gestión de los lapsos en nuestras grabaciones, presentaremos un fragmento de la conversación de MSS en el que podemos detectar un par de fenómenos interesantes:

```
*INV:      siempre ha estado allí la farmacia ?
*MSS:      0 [=! nods] . [+ trn]
*MSS:      &*INV: sí .
*HIJ:      (5.0) ahora hemos tenido obras .
*HIJ:      porque los vecinos han cambiao (..) han ref [/ -]
           remoza(d)o la fachada (.) han instalao un ascensor
           (.) han cambiao el patio .
*HIJ:      entonces hemos aprovechao .
*HIJ:      pero ahora a mi madre no sé si le gusta mucho .
*INV:      (3.0) le gustan las obras que han hecho en la
           farmacia (..) o no ?
*MSS:      bueno (.) eh (.) está más moder [/ -] se ve más amplia
           y eso .
```

Ejemplo 14. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. Fenómenos relacionados con la gestión de los lapsos.

Por un lado, observamos que tras ninguno de los dos lapsos, que prácticamente se suceden, es la persona con demencia la que toma el turno. Esto, por sí solo, ya nos haría sospechar una falta de iniciativa comunicativa por parte de MSS. Por otro lado, el segundo lapso aparece tras una intervención del interlocutor clave que conlleva un matiz de indirección, en tanto en cuanto “pero ahora a mi madre no sé si le gusta mucho” podría entenderse como un acto de habla directivo o, lo que es lo mismo, como una intervención predictiva, que requiere una respuesta. Entendemos que la informante no ha inferido ese significado no literal, y es por esto por lo que no responde y se produce el silencio. A continuación, el investigador formula una pregunta con el mismo contenido y, en esta ocasión, sí encontramos una respuesta por parte de MSS. En conclusión, la dificultad para reconocer los actos de habla indirectos –o las inferencias, en general– puede llevar a que las personas con demencia no respondan a la acción o comentario que se les pide y, por ello, se produzcan estos silencios. Por este motivo, sería aconsejable que los interlocutores clave usaran principalmente actos de habla directos, explícitos.

10.2 El sistema dual de la toma de turno

Tras haber explorado la definición de *turno* y los fenómenos conversacionales que pueden suceder en la cesión/adquisición del turno de habla, queremos profundizar en la organización del sistema de la toma de turno a través de la división clásica en dos niveles que ya apuntaban algunos enfoques semióticos (Duncan, 1972) a propósito de la distinta conducta que muestran el hablante y el oyente. Si analizamos una conversación, se hace evidente que no todas las contribuciones tienen la misma relevancia informativa e, incluso, que cumplen papeles diferentes. Edelsky (1981) dio un paso más y estableció una distinción entre “tener el turno” y “tener la palabra”. Además, el estudio de los mecanismos de la toma de turno y de la alternancia entre hablantes la condujo a diferenciar dos tipos de turno: (1) aquellos en los que subyace un contenido referencial y (2) aquellos que cumplen una función de tipo metaconversacional.

Esta distinción nos permite considerar que existe un sistema dual para la toma de turno (Gallardo Paúls, 1996; 2006a). Los turnos que pertenecen al sistema primario se caracterizan por hacer progresar la conversación a través del aporte de contenido informativo o de la realización de alguna función ilocutiva. En cambio, el sistema secundario de turno engloba a los llamados “turnos de oyente”, aquellos que no hacen progresar la conversación informativamente, sino que se limitan a mantener estable la distribución de papeles entre hablante y oyente y dependen de un turno de nivel superior.

En un intento por conciliar las propuestas teóricas fundamentales de la pragmática dialógica de la Escuela de Lyon o la Escuela de Ginebra, y las propuestas del análisis del discurso de la Escuela de Birmingham, Gallardo propone una escala de rango de unidades conversacionales que permite dar cuenta de todas las interacciones dialógicas; así, utiliza el término *intervención*⁶¹ para denominar a los turnos del sistema primario⁶².

⁶¹ Téngase en cuenta la diferencia terminológica entre la perspectiva de Gallardo y la de Briz (2006: 277), para quien “todo turno es una intervención, pero no toda intervención es necesariamente un turno”, ya que incluye en su concepción de *turno* que este sea aceptado por el interlocutor. Gallardo (2003), puntualmente, ha coincidido con la visión de Antonio Briz, pero la abandona en trabajos posteriores (Gallardo Paúls, 2006, 2007).

⁶² Sin embargo, se ha producido una contaminación terminológica entre la intervención y lo que en la bibliografía anglosajona han llamado *move* (Owen, 1981), que es un concepto que designa al acto o

En el sistema secundario de turnos podemos distinguir dos tipos básicos de turno (Gallardo Paúls, 1996; 2006a)⁶³:

- TURNOS DE OYENTE: son turnos que se refieren a la intervención previa de otro hablante, pero que no aportan ningún valor informativo. Dentro de esta categoría podemos encontrar aquellos turnos propiamente *continuadores*, que ratifican la distribución de los roles de hablante y oyente (“uhhum”, “ahhah”, “uhm”), y *reconocedores*, que además dan la razón al hablante (“claro”, “sí”, “ya”). Normalmente, son turnos que se emiten en solapamiento y que no interrumpen el turno del hablante. Se considera que tienen una función fática, pues sirven para demostrar al interlocutor que está siendo escuchado, por lo que también han sido denominados *señales de oyente*, *turnos mínimos* o *señales de atención*.
- TURNOS DE PASO: son turnos que se utilizan para rechazar la posición de hablante, para ceder rápidamente el turno de habla al interlocutor. En este caso, no se producen en solapamiento y aparecen especialmente en secuencias de cierre: “y nada”, “y eso”, “pues nada”, “vale”...

En el caso de los hablantes que sufren un déficit lingüístico, es posible que al reconocer que tienen problemas para comunicarse de manera efectiva opten por hacer un uso generalizado de este tipo de turnos y, así, poder eludir la posición de hablante, más “arriesgada” (Adams y Bishop, 1989: 13; Friedland y Miller, 1998: 5). De esta forma, una persona puede aparentar estar participando en la interacción, aunque sus contribuciones se demuestren finalmente vacías de contenido; este es un recurso que la bibliografía señala también para hablantes con afasia sensitiva (Perkins, 1993).

conjunto de actos de habla con valor interactivo y que realizan una función por relación al turno anterior o posterior. El problema radica en que, aunque nosotros hemos traducido este concepto por *movimiento*, los autores ingleses suelen utilizar *move* como sinónimo de nuestra “intervención”.

⁶³ No obstante, Fuentes (2000: 81-82) no considera oportuna esta distinción entre tipos de turno de acuerdo con un criterio informativo. Según esta autora, la *intervención* solo se define por su carácter interactivo y, por lo tanto, no existiría tal diferencia entre un turno del sistema primario (*intervención*, para Gallardo) y un turno del sistema secundario (*turno sin intervención*). Fuentes propone, de pasada, establecer una subclasificación de intervenciones: temáticas y continuativas.

En nuestro corpus de conversaciones contamos con algunos ejemplos muy claros de este tipo de conducta compensatoria; en concreto, el uso de continuadores y turnos de paso como medio para no tomar la palabra aparece de manera puntual en algunas grabaciones, pero se hace muy evidente en otras, llegando al punto de tener que dar por finalizada la conversación. Este es el caso de la hablante AAM, cuya renuencia a asumir un papel más protagonista en la conversación dificulta en gran medida la interacción comunicativa en el siguiente fragmento:

*HIJ: y ha te [/-] teniendo cinco hijos &*AAM: eso .
 *HIJ: que ya eran bastantes &*AAM: eran bastantes (.) sí
 (.) claro que sí .

Ejemplo 15. Grabación 16 AAM. Nivel avanzado. Abuso en la utilización de turnos de oyente y turnos de paso.

*INV: usted [/-] usted de qué pueblo es ?
 *AAM: de qué pueblo es ?
 *INV: so [/-] es usted .
 *AAM: yo no sé ni donde estoy .
 *HIJ: eres de Burjassot (.) <xxx> [>] .
 *INV: <ah (.) nació> [<] → .
 *AAM: +^ sí (.) en Burjassot (.) sí .
 *HIJ: +^ ay (.) pues a ver &*AAM: sí (.) claro .
 *HIJ: contesta a lo que te están preguntando &*AAM:
 exactamente (.) claro que sí .
 *HIJ: dónde vive ?
 *HIJ: pues en Burjassot .
 *HIJ: <eso sí te lo sabes (.) mujer> [>] &*AAM: <sí (.) eso
 (.) claro> [<] .
 *HIJ: en Burjassot &*AAM: sííí .

Ejemplo 16. Grabación 16 AAM. Nivel avanzado. Uso desproporcionado del sistema secundario de turno.

Podríamos asemejar esta utilización del sistema secundario de turno a un partido de baloncesto en el que los jugadores de un mismo equipo se comportan de manera diferente en el desarrollo del juego: al tiempo que varios integrantes del equipo lanzan a canasta, driblan oponentes o realizan una penetración, existe un jugador que cada vez que recibe el balón se lo devuelve inmediatamente a la persona que se lo pasó. Probablemente, este jugador no siente la confianza necesaria para arriesgarse a realizar jugadas más difíciles y que, por su culpa, su equipo pierda la pelota o, incluso, sea abuchado por el público. Como resultado de esta actitud, es bastante posible que el entrenador decida sentarlo en el banquillo. Pues bien, con esta analogía no estamos queriendo decir que las personas con alzhéimer que toman esta postura sean “enviadas al banquillo” por el resto de los interlocutores, pero sí que puede ocurrir que terminen

cansándose de ser ellos los únicos que lleven el peso de la gestión conversacional, de manera que la calidad y la cantidad de las interacciones con sus familiares terminarán resintiéndose.

Por otro lado, no se puede atribuir un sentido de mala praxis a todos los casos en los que un hablante utiliza un turno correspondiente al sistema secundario, ya que el uso de continuadores y reconocedores es también una conducta que demuestra un correcto manejo de los mecanismos conversacionales; como mencionábamos anteriormente, estos turnos de oyente sirven para demostrar al hablante en curso que le estamos atendiendo y, al mismo tiempo, que estamos interesados en que continúe aportando información. Por esta razón, a la hora de realizar un análisis del sistema secundario de turno en una conversación en la que participa una persona con DTA, resulta más enriquecedor optar por un análisis de tipo cualitativo que por la simple cuantificación de las veces que un hablante emite un continuador.

En este sentido, cabe apuntar que los hablantes con alzhéimer conservan esta habilidad a través de todas las etapas de la enfermedad –encontramos ejemplos del uso de continuadores en todas nuestras grabaciones–, aunque es presumible que se vaya perdiendo a medida que los problemas con el mantenimiento de la atención aumentan. A partir de este momento, la función de estos turnos es principalmente la de mantener estática la distribución del turno.

Finalmente, fieles a nuestro propósito de otorgar una perspectiva interaccional al estudio, debemos hacer una mención al frecuente uso de continuadores y de reconocedores por parte del investigador en las transcripciones del corpus. La razón para este comportamiento discursivo se enmarca dentro de uno de los objetivos de la tesis doctoral: obtener datos orales procedentes de conversaciones lo más parecidas posible a las que suelen mantener las personas con DTA y sus familiares. Por este motivo, se optó por mantener un rol conversacional en un segundo plano y ceder el protagonismo de la conversación al informante con demencia y a su interlocutor clave, limitándonos a hacer pequeñas aportaciones y a facilitar la interacción cuando fuese necesario:

*IBM: en Barcelona no (.) en→ .
*HIJ: Sabadell .
*IBM: en Sabadell (..) que hemos ido también nosotros .
*HIJ: muchas veces &*INV: claro .

Ejemplo 17. Grabación 9 IBM1. Nivel inicial. Preferencia de uso de turnos de oyente por parte del investigador.

*HIJ: ah (.) no sé (.) <te ha preguntado a ti> [>] .
*DGD: <he [/-] he> [<] he cosido poco pa(ra) la calle yo !
*DGD: <madre mía> [>] !
*INV: <ah> [<] .
*DGD: pero ganaba mi dinerito &*INV: claro .
*DGD: yo lo ganaba ese dinerito .

Ejemplo 18. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. Preferencia de uso de turnos de oyente por parte del investigador.

11. Las unidades estructurales de la conversación

Una vez hemos hecho un repaso por los fenómenos y las categorías del sistema de la toma de turno, en este apartado nos proponemos caracterizar las unidades básicas de la conversación haciendo hincapié en la actuación de los informantes con demencia y del resto de los interlocutores. Para establecer la escala de rango de las unidades conversacionales partiremos fundamentalmente de los trabajos que Beatriz Gallardo y Antonio Briz han publicado durante las últimas décadas. Estas investigaciones remiten, a su vez, a los hallazgos de autores pertenecientes a diversas escuelas que han analizado el discurso –la Escuela de Birmingham (Sinclair y Coulthard, 1975; Coulthard y Brazil, 1981; Stubbs, 1983) y la Escuela de Ginebra (Roulet, 1981; Moeschler, 1985)– y la organización de los acontecimientos conversacionales (Sacks *et al.*, 1974).

Como ya sabemos, una conversación se define por la existencia de una serie de rasgos en el sistema de la toma de turno. Pero, además, la conversación se somete a tres principios generales (Gallardo Paúls, 2003) que ordenan de forma interna y externa⁶⁴ las unidades que la componen:

- PREDICTIBILIDAD⁶⁵: principio interno al sistema lingüístico, estructural, que supone la tensión entre dos fuerzas o tensiones comunicativas:
 - La *ilocutividad* que el hablante imprime a su emisión, es decir, su intención comunicativa.
 - La *orientación interactiva* con la que trata de implicar al oyente.
 La predictibilidad nos permite identificar las unidades estructurales básicas de la conversación: *acto de habla, intervención e intercambio*.
- INFORMATIVIDAD: principio que concilia la naturaleza verbal del sistema con la realidad extralingüística. A partir de este principio, podemos

⁶⁴ Tal y como expresa Gallardo (2003), se puede establecer una comparación entre lo que esta autora llama “principios” y lo que Briz (2002, 2006) denomina “órdenes”. Así, los principios de predictibilidad estructural, informatividad y prioridad social se corresponderían, respectivamente, con los órdenes interno, informativo y social, identificados por Briz.

⁶⁵ El concepto de predictibilidad procede de la escuela del Análisis del Discurso de Birmingham (Sinclair y Coulthard, 1975; Stubbs, 1983). No obstante, esta idea está presente también en otras escuelas dedicadas al estudio de la interacción comunicativa bajo la denominación de *pertinencia condicionada* en la etnometodología (Pomerantz, 1984) o de *restricciones de encadenamiento* en la Escuela de Ginebra (Roulet, 1981; Auchlin, 1988).

identificar unidades conversacionales con entidad temática y/o funcional: las *secuencias*.

- PRIORIDAD⁶⁶: principio externo al sistema, social, que se encarga de proteger la imagen de los interlocutores, potencialmente amenazada por sus intervenciones. En cada situación lingüística la prioridad establece una jerarquía de acciones en un continuum de más a menos prioritaria, dependiendo de las posibles consecuencias sociales de cada alternativa.

Por lo tanto, tal y como se deriva de esta clasificación, la noción de predictibilidad es la base desde la cual establecemos la escala de rango de las unidades conversacionales. La propuesta de Gallardo (2003, 2006) considera un sistema jerárquico compuesto por tres unidades estructurales básicas⁶⁷:

acto < turno (intervención) < intercambio

11.1 Actos de habla

Los actos de habla son la unidad constituyente mínima de las intervenciones. Aunque se trata, sin duda, de la unidad fundamental de la pragmática enunciativa, consideramos necesaria su inclusión en la dimensión interactiva también como unidad mínima, de ahí que su análisis aparezca, aparentemente, como duplicado. De este modo, desde su identificación por parte de Austin (1962) se convirtieron en el elemento prototípico de la pragmática –según nuestro planteamiento, de la pragmática enunciativa–. A pesar de que originalmente se consideró una unidad monológica y así sigue siendo para un buen número de lingüistas (Fuentes Rodríguez, 2000; Briz Gómez,

⁶⁶ Gallardo utiliza este término en lugar del original en inglés *preference* (Pomerantz, 1984; Atkinson y Heritage, 1984) porque “la palabra preferencia se acompaña de unas inevitables connotaciones psicológicas que hacen pensar en la elección subjetiva y que, a nuestro juicio, no reflejan el verdadero carácter del concepto, no solo ajeno a los hablantes, sino anterior a ellos” (Gallardo Paúls, 1991: 350).

⁶⁷ Existen múltiples clasificaciones que han intentado estructurar la conversación en unidades. Compárense, por ejemplo, las siguientes propuestas:

- Escuela de Birmingham: acto < movimiento < intercambio < transacción < lección
- Escuela de Ginebra y de Lyon: acto < intervención < intercambio < episodio < historia conversacional
- Catalina Fuentes (2000): enunciado < intervención < intercambio < párrafo < texto
- Grupo Val.Es.Co.: acto < intervención < intercambio < diálogo (Briz Gómez, 2006).

2006), otras propuestas teóricas le han otorgado también un carácter interactivo y dialogal (Coulthard, 1977; Gallardo Paúls, 2003, 2006)⁶⁸.

Aunque las vacilaciones conceptuales y terminológicas (debidas en ocasiones a inexactitudes de traducción) son frecuentes en los años de consolidación del análisis del discurso y el análisis conversacional, el carácter aplicado de nuestra investigación nos lleva a eludir las reflexiones epistemológicas sobre la escala de rango de unidades conversacionales y elegir una propuesta que ha sido aplicada con eficacia en otros estudios de lingüística clínica. De este modo, atendemos a la concepción de Gallardo (2003, 2006) de los actos de habla y su clasificación según el principio de predictibilidad, esto es:

- Por un lado, los actos de habla pueden clasificarse según su *ilocutividad*. Han sido muchos los intentos de organizar los actos de habla según su intención comunicativa; no obstante, nosotros seguiremos en el apartado dedicado a la pragmática enunciativa la clásica propuesta de Searle (1969, 1976), que distingue cinco tipos fundamentales de acto: representativos o asertivos, directivos, expresivos, compromisorios y declarativos.
- Por otro lado, los actos de habla pueden ser de diversos tipos según su *orientación interactiva*, es decir, según su posición dentro de la intervención y su relación con las intervenciones circundantes. En este sentido, Gallardo diferencia dos clases de acto: los actos *constitutivos*, que se limitan al desarrollo temático sin afectar a la distribución del turno, y los actos *dinámicos* o *de enlace*, que se refieren a la intervención previa o a la siguiente. De esta distribución de actos surgiría una estructura trimembre

⁶⁸ En trabajos anteriores, Gallardo advertía que este “acto” no se corresponde exactamente con el de la pragmática enunciativa y proponía la denominación de *movimiento* para referirse al “acto o conjunto de actos de habla dotados de valor interactivo, es decir, que involucran a un hablante y a un oyente” (Gallardo Paúls, 1996: 43), sin embargo, posteriormente la abandona, y en Gallardo (2003), considera que *acto* y *movimiento* son dos maneras distintas de considerar los mismos hechos. En nuestra opinión, habría sido preferible mantener la etiqueta de *movimiento* para evitar errores de interpretación y posibles distorsiones a la hora de combinar un análisis desde los enfoques de la pragmática enunciativa y de la pragmática interactiva. No obstante, entendemos que aglutinarlo todo bajo la denominación de *acto de habla* conviene al modelo de análisis lingüístico que aquí se plantea y, en definitiva, es preciso recordar que esta no es una tesis sobre análisis conversacional, por lo que mantendremos la categoría *acto de habla* desde la perspectiva de la pragmática del receptor.

“ideal” que contaría con un acto de enlace con la intervención anterior (acto de enlace *retroactivo*), un acto constitutivo y un acto de enlace con la intervención posterior (acto de enlace *proyectivo*); con todo, esta estructura trimembre es poco frecuente y a veces no se puede separar el acto de enlace y el constitutivo.

En este apartado nos centraremos, obviamente, en aquellos actos de habla que tienen un carácter dinámico o interactivo, puesto que con su aparición en la intervención nos dan idea del grado de conexión que un hablante establece con las intervenciones de sus interlocutores. Además, son necesarios para que la conversación se vaya desarrollando dentro de las normas de coherencia y se cree una cohesión entre sus partes. Su ausencia y, por lo tanto, un fuerte predominio de actos constitutivos, desconectados, es una de las características que Gallardo (2007: 124) identifica en la actuación comunicativa de los hablantes con síndrome de Williams, vinculándolo a un déficit de capacidad intersubjetiva. No obstante, en un trabajo anterior, Garayzábal Heinze (2005: 157-158) afirma encontrar multitud de actos de enlace en este mismo tipo de población, aunque sin aportar datos cuantitativos. Se hace necesario, pues, un mayor número de trabajos que investiguen esta cuestión.

Pasaremos ahora a detallar algunas estructuras que conforman los actos dinámicos, señalando en cada caso el código utilizado en las transcripciones:

- ACTOS DE ENLACE RETROACTIVO (%ipr: \$p rtr): aparecen al comienzo de la intervención y son, fundamentalmente, *prefacios*, es decir, marcadores discursivos que señalan la relación con la intervención previa mediante operadores argumentativos de cohesión o coherencia. Los autores del Análisis Conversacional y del Análisis del Discurso han identificado en esta posición múltiples unidades: preinicios, marcos, marcadores de posición errónea, marcadores de disyunción, marcadores de contraste, etc.: “claro—”, “hombre, no—”, “pero bueno—”, “entonces—”, “exacto—”.
- ACTOS DE ENLACE PROYECTIVO (%ipr: \$p pro): se dirigen a la intervención posterior a la vez que ceden el turno de manera manifiesta. En esta posición encontramos las *preguntas añadidas*, del tipo de “¿no?”,

¿sabes?”, “¿eh?”, y que vehiculan la predictibilidad⁶⁹, y los *prolongadores* como “pues eso”, “y nada”, “y ya está”.

Con el objetivo de determinar el grado de dinamismo de las conversaciones de nuestro corpus, seleccionamos una muestra de nueve interacciones –tres por cada etapa de la demencia– para realizar el análisis del uso de actos de habla de enlace. En un primer nivel del análisis, la cuantificación de los actos de habla dinámicos no nos mostró un patrón evolutivo en la actuación de los informantes con DTA. Las diferencias entre los datos que emanan del análisis de las conversaciones son bastante acusadas en algunos casos, por lo que bien podríamos considerar que una mayor o menor utilización de estos tipos de actos de habla es un rasgo particular de cada individuo:

Actos de habla de enlace							
Nivel DTA	Inform.	Retroactivos			Proyectivos		
		Mín.	Máx.	Media	Mín.	Máx.	Media
Inicial	Inf	9	21	14,33	4	21	10,33
	IC	6	14	9	0	2	1,33
	Inv	7	13	9,33	3	7	4,67
Intermedio	Inf	12	23	16,33	4	13	7,67
	IC	9	24	17	3	5	4
	Inv	1	11	5,67	3	5	4,33
Avanzado	Inf	13	21	17,67	4	22	10,67
	IC	10	17	13	1	11	6
	Inv	2	6	3,67	4	5	4,67

Tabla 12: Nivel de uso de los actos de habla de enlace por parte de todos los participantes según el grado de deterioro cognitivo del hablante con DTA.

No obstante, podemos aventurar algunas conclusiones a partir de estas cifras. Por un lado, se distingue un aumento en el uso de actos de enlace proyectivo por parte de los interlocutores clave desde la etapa inicial a la fase avanzada. En su inmensa mayoría, tal y como sucede en las intervenciones de las personas con alzhéimer, estos actos de enlace proyectivo son preguntas añadidas, cuyo incremento progresivo podría ser el resultado de una estrategia empleada por los familiares para facilitar el acceso al turno por parte del hablante con demencia. En palabras de Orange y Purves:

⁶⁹ En nuestro análisis distinguimos las *preguntas añadidas*, cuya función está relacionada con la cesión de turno, de las *preguntas confirmatorias* (%epr: \$e tq) o *tag questions*, considerada una categoría de las tareas de edición, dentro del estudio de la pragmática enunciativa.

“An explicit invitation for an AD individual to take a turn, using either nonverbal cues such as head nods, or verbal cues, such as tag questions or questions soliciting a response (What do you think of___?), may compensate for any loss of ability to recognize an upcoming transition relevant place” (Orange y Purves, 1996: 146).

En el caso de las personas con demencia, a pesar de la variabilidad entre la actuación de los distintos informantes, podemos observar un uso generalizado de las preguntas añadidas como recurso para incluir al oyente en el discurrir de la conversación y, con la misma o mayor importancia, para confirmar que sus aportaciones están siendo comprendidas por los interlocutores. Obviamente, esto no siempre se cumple, pero el hecho de que doten a sus intervenciones de esta orientación proyectiva es una señal inequívoca de que conservan un sentido de dinamismo conversacional durante bastante tiempo:

*LGP: es que cuando vinimos aquí (.) nos [/-] nos [/-] nos quedamos ahí en un eso grande de→ .
%gpx: (illustrator: pictograph) draws the shape of an arch
.
*LGP: que hay varias [/-] varias sitios (.) que trabajan allí ooo [/-] o que tienen preparado para los que quieren entrar .
*LGP: &*INV: uhhum .
*LGP: sabes ?

Ejemplo 19. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Uso de actos de enlace proyectivo por parte de la hablante con DTA.

Este carácter predictivo de los actos de habla puede considerarse como una manifestación del principio de cooperación (Grice, 1975), que a su vez puede ser entendido como un reflejo de la capacidad intersubjetiva o teoría de la mente de los hablantes (Gallardo Paúls, 2007: 131; Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013: 150). De esta forma, seguimos una perspectiva de estudio (Benveniste, 1974) que considera que la capacidad intersubjetiva no solo se demuestra en la comprensión de enunciados y de tareas, sino que también se hace evidente en la enunciación de los actos de habla a través de una serie de huellas formales, como las identificadas por Gallardo (2007, 2008c) en el lenguaje de los niños con Síndrome de Williams o con TDAH. En el ámbito de la demencia de tipo alzhéimer, Youmans y Bourgeois (2004) llevaron a cabo un estudio en el que concluyen que los sujetos analizados, personas con alzhéimer

en una etapa inicial-intermedia, presentaban una leve alteración de la capacidad para inferir estados mentales a partir de la realización de tareas de creencia falsa, aunque la pequeña extensión de la muestra y la interrelación con otras alteraciones cognitivas pudieron limitar la validez de su investigación. En nuestro corpus de conversaciones, sin embargo, la presencia de actos de habla de enlace proyectivo en el discurso de las personas con DTA se entiende como una manifestación concreta de la existencia de una capacidad intersubjetiva.

Por otro lado, es evidente que el uso de actos de habla de enlace retroactivo por parte de los sujetos con alzhéimer es mayor en términos absolutos, pero comparativamente menor que el de los interlocutores clave si tenemos en cuenta el porcentaje de turnos de cada participante en la conversación⁷⁰. Es posible que los familiares empleen un mayor número de este tipo de acto dinámico para reforzar el contenido de las intervenciones de las personas con DTA y para demostrarles que están ejerciendo una escucha activa; en definitiva, podría tratarse un mecanismo de cortesía para potenciar la imagen social de su interlocutor. En cualquier caso, no parece que exista una carencia de ninguna clase de prefacio en las intervenciones de los informantes con demencia:

*HIJ: eeel (3.0) que→ (...) que mañana no tiene que venir aquí .
 *FGB: entonce(s) (.) adónde vamo(s) ?

Ejemplo 20. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. Uso de actos de habla de enlace retroactivo por parte del hablante con DTA.

*HIJ: está muy cerca de [/-] de Sevilla .
 *IBM: sí (.) está casi más cerca de Sevilla que de Córdoba .

Ejemplo 21. Grabación 9 IBM1. Nivel inicial. Uso de actos de habla de enlace retroactivo por parte de la hablante con DTA.

En definitiva, cabe afirmar que la realización e interpretación de actos de habla dinámicos por parte de los hablantes con DTA es una señal fundamental de la conservación de una intención comunicativa en la que se reconoce la presencia del

⁷⁰ Véase el apartado correspondiente al índice de participación conversacional para conocer la carga en la gestión conversacional que asume cada participante en términos de turnos y palabras sobre el total.

interlocutor y sus necesidades y, en consecuencia, de la existencia de teoría de la mente o intersubjetividad.

11.2 Intervenciones

Eliminada la posibilidad de considerar el *movimiento* como unidad intermedia, la siguiente categoría en la escala de rango es la *intervención*, que ha sido comúnmente reconocida como la unidad prototípica y central desde el punto de vista de la organización estructural del diálogo.

Un aspecto importante que debemos considerar a priori es el hecho de que en un mismo turno puedan sucederse dos intervenciones, algo que resulta posible porque cada una pertenece a un intercambio distinto. Por lo tanto, no debemos caer en la confusión que se produce cuando, a veces, se equipara la intervención con el contenido lingüístico completo de un turno. En este sentido, categorizar los tipos de intervención según su predictibilidad, según la intención comunicativa que expresa y su orientación interactiva, nos resultará de gran ayuda para entender esta realidad. En definitiva, desde una perspectiva cognitiva, podemos considerar la intervención como:

“cada una de las emisiones de un hablante, esto es, un enunciado o conjunto de enunciados (acto o actos de habla) emitidos por un interlocutor de forma continua o discontinua y vinculados por una estrategia única de acción e intención” (Briz Gómez, 2000: 228).

Cabe añadir todavía una precisión terminológica más. En un trabajo reciente del grupo de investigación PerLA (Gallardo Paúls y Fernández Urquiza, 2015), dedicado al etiquetado pragmático de las categorías estudiadas dentro de la pragmática enunciativa y de la pragmática interactiva, se utiliza el término “turno” en lugar de “intervención” a la hora de establecer la denominación de las etiquetas⁷¹; no se trata de un error, sino de una dificultad derivada de adaptar al inglés la terminología empleada en el ámbito hispanohablante, ya que en la bibliografía anglosajona no se distingue entre *turn* e *intervention*. Así, según esta propuesta, podríamos tener dos turnos dentro de un turno, algo que no resulta claro. No obstante, priorizamos seguir la senda marcada por nuestro

⁷¹ Se habla de “*Initial Turn*”, “*Response Turn*”, “*Assessment Turn*”, “*Report Turn*”, y “*Response/Initial Turn*”.

grupo de investigación en cuanto a la utilización de etiquetas para que, de este modo, se establezca una coherencia de uso de los mismos términos. En cualquier caso, señalamos aquí que nosotros hablaremos siempre de intervención aunque en las etiquetas aparezca la letra t de *turn*.

Finalmente, debemos tratar un último aspecto antes de proceder a explicar los tipos de intervención que consideramos en nuestro estudio. En un primer nivel de análisis habíamos diferenciado los turnos del sistema primario, aquellos que hacen progresar informativamente la interacción, de esos otros turnos continuadores que mantenían la posición de oyente. A las primeras las llamamos *intervenciones*, siguiendo un criterio semántico o informativo para definir el término. No obstante, si aplicáramos un sentido puramente interactivo a la intervención, los continuadores también podrían ser incluidos dentro de la categoría “Reacción Evaluativa” –que definiremos a continuación–, como ya propuso Moreno Campos (2010). Nosotros abogamos por esta solución, que simplifica el análisis, y como tal lo hemos reflejado en el tratamiento de los datos.

Como decíamos, podemos establecer una clasificación de tipos de intervención a partir de su predictibilidad. Gallardo Paúls (2003, 2006, 2007), conjugando los postulados de Roulet (1981) y Stubbs (1983), propone cinco tipos básicos según:

- La *ilocutividad* que el hablante imprime a su emisión. En el nivel de la intervención, esta intención comunicativa puede resultar en que un hablante inicie un intercambio (ilocutividad *iniciativa*) o continúe el iniciado por otro (ilocutividad *reactiva*).
- La *orientación interactiva*, que en el nivel de la intervención se refiere al grado de obligación que impulsa o contrae una intervención con las de su entorno conversacional. Una intervención puede requerir la presencia de otra del siguiente hablante (*predictiva*) o no (*no predictiva*). Del mismo modo, la emisión de una intervención puede ser la consecuencia de una obligación impuesta por la intervención anterior (*predicha*) o darse por la propia voluntad del hablante (*no predicha*).

Mostramos en el siguiente cuadro la distribución de los tipos de intervención que resulta de la combinación de estos dos criterios:

		ORIENTACIÓN INTERACTIVA			
		PREDICTIVA	NO PREDICTIVA	PREDICHA	NO PREDICHA
ILOCUTIVIDAD	INICIATIVA	Inicio	Informe	Respuesta / Inicio	
	REACTIVA	Respuesta / Inicio		Respuesta	Reacción Evaluativa

Figura 3: Propuesta de clasificación de intervenciones en el modelo de Gallardo Paúls.

- INICIO (%ipr: \$t int): tipo de intervención caracterizada por los rasgos /iniciativa/ y /predictiva/. Es la intervención iniciativa prototípica, con la que un hablante desencadena un intercambio tomando el turno y dirigiéndolo a su interlocutor, al que obliga a realizar alguna acción. Los inicios se configuran como la primera parte de los pares adyacentes típicos: [saludo-saludo], [pregunta-respuesta], [petición-aceptación/rechazo], [agradecimiento-minimización/realce], [ofrecimiento-aceptación/rechazo], etc.
- RESPUESTA (%ipr: \$t ret): tipo de intervención caracterizada por los rasgos /reactiva/ y /predicha/. Es una intervención directamente desencadenada por la intervención del hablante anterior, y ligada a ella por las relaciones de predictibilidad. Las respuestas se configuran como la segunda parte de los pares adyacentes que hemos mencionado en el punto anterior. Hemos marcado como un tipo específico de respuesta la RESPUESTA ECOICA (%ipr: \$t ert), que es un tipo de intervención reactiva y predicha caracterizada por reproducir total o parcialmente las palabras del interlocutor.
- INFORME (%ipr: \$t rpt): tipo de intervención caracterizada por los rasgos /iniciativa/ y /no predictiva/. Es una intervención que se emite en la posición inicial del intercambio, pero que no obliga al interlocutor a contestar. No obstante, si esta contestación se produce, se puede dar lugar a dos situaciones: por un lado, a un par adyacente del tipo [juicio-segundo juicio], siempre y cuando el oyente interprete el informe como un inicio; por otro lado, a un par adyacente del tipo [informe-reacción evaluativa]. En caso

contrario, esta intervención quedaría suelta, ya que ningún hablante la topicaliza, es decir, no la convierte en tema de la conversación.

- REACCIÓN EVALUATIVA (%ipr: \$t ast): tipo de intervención caracterizada por los rasgos /reactiva/ y /no predicha/. Es una intervención que apoya, amplía, matiza o rechaza la intervención del hablante anterior, es decir, emite una valoración. Forma parte de los intercambios cuya primera parte es un informe, y su especificidad reside en que no viene impuesta por ninguna intervención previa. Como ya hemos mencionado, su proximidad informativa a los turnos de oyente o continuadores permite asimilar ambos tipos de turnos, aunque existen leves matices diferenciadores, como que la reacción evaluativa cierra intercambios y no se pronuncia en solapamientos, a diferencia de lo que ocurre con un continuador.
- RESPUESTA / INICIO (%ipr: \$t rit): tipo de intervención caracterizada por los rasgos /reactiva/, /iniciativa/, /predictiva/ y, en ocasiones, /predicha/. Es una intervención en la que no es posible diferenciar dos movimientos sucesivos, sino que un mismo acto de habla funciona al mismo tiempo como reacción a una intervención anterior e inicio de un nuevo intercambio. Algunas veces, este tipo de intervención es predicha por la intervención previa del interlocutor, pero no ocurre así en todos los casos⁷².

A partir del estudio de los tipos de intervención en nuestro corpus de conversaciones pretendemos analizar la actitud comunicativa de los hablantes con DTA, comprobar el volumen de gestión conversacional que corresponde a cada participante y averiguar hasta qué punto la actuación de las personas con demencia es una consecuencia de la de sus interlocutores. Para realizar este análisis ha sido imprescindible combinar una metodología de investigación cuantitativa, en tanto que se comparan porcentajes de uso de intervenciones, con una metodología cualitativa que dota al análisis de la profundidad necesaria.

⁷² No sería predicha, por ejemplo, una intervención del tipo “¿eh?”, “¿cómo?”, peticiones de confirmación o de repetición, que tienen una ilocutividad reactiva e iniciativa, pero únicamente una orientación predictiva.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de los tipos de intervención según la clase de participante y el estadio de la enfermedad de Alzheimer en la que se encuentra el informante:

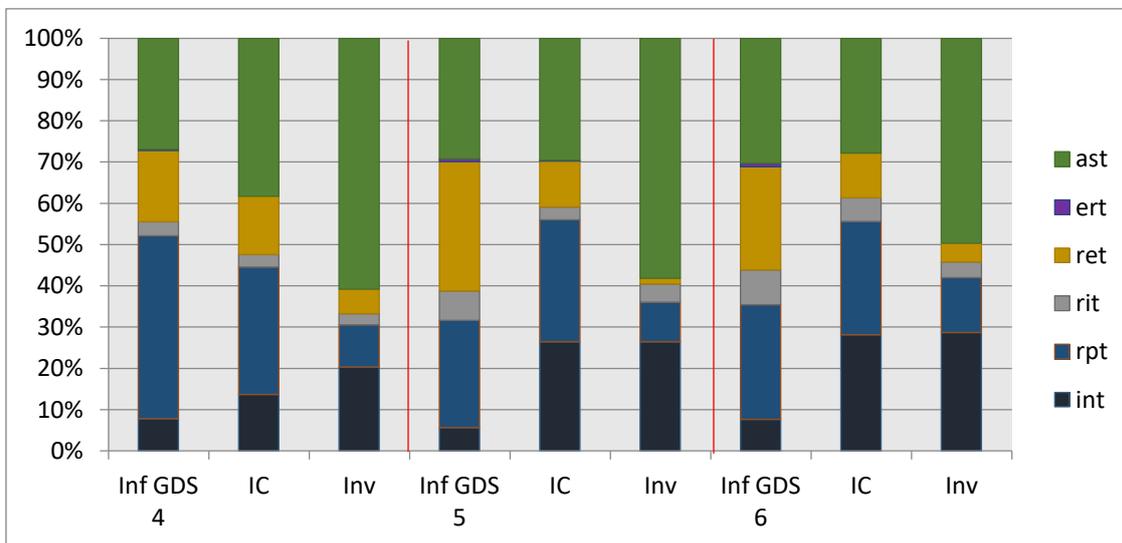


Figura 4: Tipos de intervención y estadios de gravedad de la DTA.

En la próxima figura recogemos únicamente los datos referidos a los hablantes con DTA con el objetivo de que pueda distinguirse de manera más clara la evolución en el uso de los diversos tipos de intervención a través de las distintas etapas de la demencia:

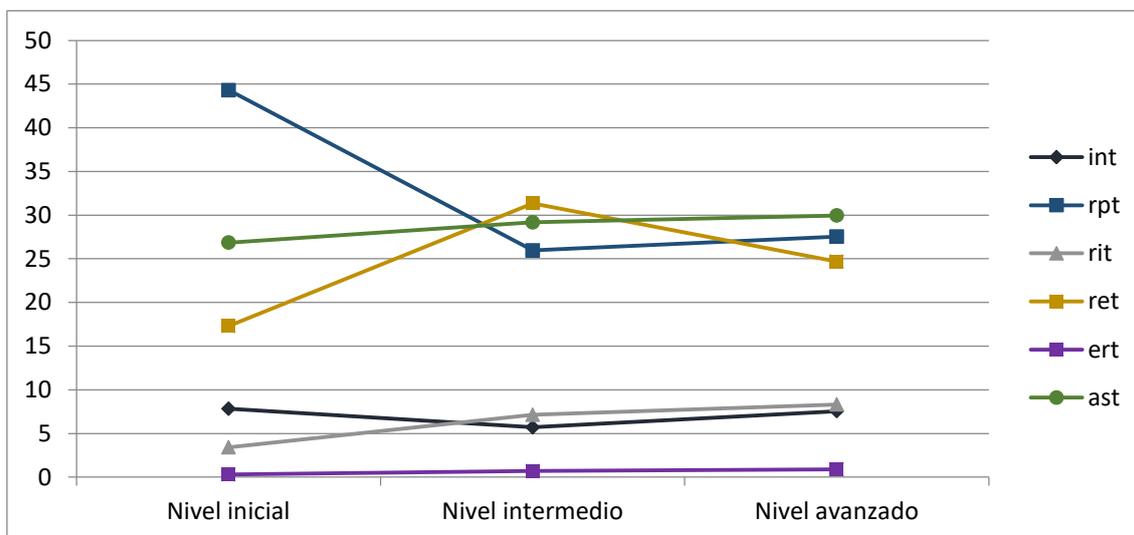


Figura 5: Evolución en el uso de los tipos de intervención según el nivel de la DTA del hablante.

Tal y como se desprende de los gráficos anteriores, las mayores diferencias en cuanto a los tipos de intervención de los hablantes con alzhéimer se sitúan en el paso de la etapa inicial a la etapa intermedia; esto es, el momento en que los hablantes alcanzan un grado 5 en la escala de deterioro global de Reisberg *et al.* (1982). Para empezar, el porcentaje de intervenciones iniciativas, que es superior al 50% en la primera fase de la enfermedad, desciende hasta un 35-40% en la fase intermedia⁷³. Como contrapunto, las intervenciones de tipo reactivo, que suponían poco más de un 40% en la etapa inicial, llegan al entorno del 60% en estadios posteriores. Esto, en términos generales, nos indica un retroceso de la voluntad comunicativa expresada a través del uso de intervenciones que inician un intercambio. Puede afirmarse, así pues, que las personas con DTA adoptan una actitud conversacional que refleja una preferencia por la orientación reactiva, por tomar una postura receptora, principalmente. En concreto, se observa un sustancial aumento en el porcentaje de respuestas, más allá del ligero crecimiento sostenido de las reacciones evaluativas.

Obviamente, este crecimiento en el número de respuestas se corresponde con un mayor porcentaje de inicios –básicamente, preguntas– a cargo del interlocutor clave y del investigador. Como se puede deducir de los datos que presentamos en el apartado dedicado a los indicadores en pragmática interactiva, el decrecimiento en la longitud de los turnos de los hablantes con alzhéimer, unido a la transmisión de una menor cantidad de información o, directamente, de información incorrecta, es una posible causa de que el resto de los interlocutores (principalmente, los familiares) emita una mayor cantidad de inicios con el objetivo de que el informante continúe hablando y complete o reformule el sentido de sus enunciados:

*HIJ: quién te enseñó a coser y a bordar ?
 *DGD: yo .
 *HIJ: no (.) quién te enseñó a ti ?
 *HIJ: <te acuerdas> [>] ?
 *DGD: <tú> [<] .
 *HIJ: yo no (.) cómo te voy a enseñar yo † cariño ?
 *HIJ: cuando eras pequeña (.) quién te enseñó a bordar ?
 *HIJ: <qué has cosido tú> [>] ?
 *DGD: <yo> [<] .
 *DGD: quién me lo ha [/–] a mí no me ha enseñado nadie a
 bordar .
 *DGD: yo lo he sacado .

⁷³ La respuesta / inicio [R/I] es un tipo de intervención predictiva y predicha al mismo tiempo, por lo que resulta imposible adscribirla únicamente a la orientación iniciativa o reactiva, ya que comparte características de ambas.

*HIJ: pero de dónde lo sacaste ?
*HIJ: quién te enseñó ?
*HIJ: <no te acuerdas> [>] +/.
*DGD: <pues yo lo> [<] .
*HIJ: +, cuando eras pequeña (.) que aprendiste ?
*DGD: cuando era pequeñita yo que sé lo que haría .
*DGD: no me acuerdo .
%gp%: (emblem: contemptuous) .

Ejemplo 22. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. Sucesión de intervenciones de inicio por parte del interlocutor clave.

Si profundizamos en el descenso del uso de intervenciones iniciativas por parte de los hablantes con DTA, nos daremos cuenta de la desproporción existente entre el número de informes y de inicios, que, siendo mayor en la etapa inicial, se mantiene a lo largo de la enfermedad. En este sentido, el análisis de las conversaciones nos da como resultado una horquilla de entre el 7% y el 8%, de media, de intervenciones de inicio en las tres fases de la demencia. Este dato es un buen indicador de la poca predictibilidad de las intervenciones de las personas con alzhéimer en nuestras grabaciones; esto es, sus intervenciones no suelen desencadenar un intercambio del tipo pregunta-respuesta.

Se podrían aducir distintas razones para intentar explicar esta baja presencia de inicios. Por un lado, las intervenciones de inicio buscan una continuación por parte del receptor; normalmente, se corresponden con preguntas cuyo objetivo es recabar información del interlocutor o comprobar que existe un entendimiento entre ambos. En este sentido, es posible que la conciencia del propio déficit comunicativo les mueva a situarse en una posición de repliegue conversacional; habría, pues, una motivación más psicológica que propiamente neurolingüística. En cualquier caso, no podemos perder de vista el hecho de que los inicios implican hacer uso de una mayor carga cognitiva y reflejan una mayor conciencia de la naturaleza interactiva del acontecimiento conversacional; además, la predictibilidad de las intervenciones es también una huella formal de la existencia de una capacidad intersubjetiva en el hablante. Por otro lado, el hecho de que la proporción de intervenciones de inicio sea prácticamente coincidente en los tres estadios de la enfermedad nos suscita la duda de si esta realidad guarda una íntima correspondencia con el tipo de interacción que hemos grabado; es decir, el bajo porcentaje de inicios con respecto al total de intervenciones podría derivarse del matiz transaccional que inevitablemente conllevan las grabaciones: son los demás interlocutores, y no la persona con demencia, los que preguntan sobre distintos aspectos de la vida del informante para conocer sus habilidades comunicativas; es decir, que

inevitablemente hay cierto “clima de entrevista” que afecta al sistema de la toma de turno. Conviene, pues, considerar también posibles motivaciones contextuales.

Desde una perspectiva de estudio similar, algunos trabajos anteriores han puesto el foco sobre la orientación iniciativa de las intervenciones de las personas con alzhéimer. Causino Lamar *et al.* (1994), en su estudio sobre las habilidades comunicativas en la etapa final de la demencia, afirman, sobre un corpus de diez hablantes con alzhéimer, que el peso de la conversación fue responsabilidad de los participantes sin demencia, ya que los sujetos con DTA raras veces iniciaron una conversación o hicieron algo para prolongarla. Por otra parte, Hamilton (1994) realizó un profundo análisis sobre las preguntas formuladas en sus conversaciones con su informante “Elsie” a lo largo de cuatro años. En este trabajo, la investigadora estudió no solo sus preguntas, sino también las que fueron emitidas por la hablante con DTA. En un primer nivel de análisis, de los resultados de su investigación se desprende que Elsie formuló más preguntas que la autora hasta que su deterioro cognitivo se correspondió con un nivel avanzado de la enfermedad. Aun así, en ese momento, la hablante con alzhéimer produjo un 37% de preguntas sobre el total, porcentaje que cayó en picado cuando la informante alcanzó un GDS 7 (4% de preguntas en su última conversación grabada).

En los gráficos que hemos reproducido más arriba no calculamos los porcentajes de las intervenciones iniciativas sobre el total de la conversación, sino sobre el total de intervenciones producidas por un mismo interlocutor. No obstante, de acuerdo con el modelo de análisis de Hamilton, que sí considera el total de la grabación, el porcentaje de inicios que corresponde al hablante con demencia frente al de los demás interlocutores sería el siguiente:

Nivel inicial	28,96%
Nivel intermedio	13,35%
Nivel avanzado	15,56%

Tabla 13: *Porcentaje de intervenciones de inicio del hablante con DTA a lo largo de la enfermedad.*

Según los datos que se reflejan en esta tabla, en ningún caso nuestros informantes alcanzaron unos niveles ni parecidos a los porcentajes que recoge Hamilton en su investigación. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que en cada una de las conversaciones que hemos grabado han participado, al menos, tres personas, algo que

ha podido repercutir indudablemente en que el conjunto de hablantes sin demencia presente un mayor porcentaje de preguntas sobre el total.

De todos modos, es el segundo nivel de análisis en el trabajo de Hamilton el que nos parece más interesante. En él, la autora presta atención a la tipología de las preguntas (abiertas o pronominales, polares, de confirmación, etc.) que emplean ambas participantes en sus conversaciones, y a la función que tienen en el discurso (solicitar información o una acción, comprobar que el interlocutor te ha entendido, etc.). Los resultados de este análisis indican que, en cuanto a los tipos de preguntas, la hablante con DTA mantiene una actuación similar hasta la etapa avanzada, con predominio de las preguntas polares sobre las abiertas y pocas diferencias cualitativas con las preguntas de la investigadora. En el apartado referido a las funciones, se observa un aumento progresivo del porcentaje de preguntas que solicitan información, lo que contrasta con un descenso en el número de cuestiones cuyo objetivo es descubrir si ha comprendido la intervención del interlocutor (es decir, intervenciones que generan secuencias laterales, metaconversacionales). Además, Hamilton no encuentra ningún ejemplo de pregunta formulada por la persona con demencia que busque testar si el interlocutor ha entendido o está de acuerdo con lo dicho por ella.

Por el contrario, en nuestro corpus de conversaciones contamos con varios ejemplos de preguntas con esta última función, incluso en personas con un nivel intermedio o avanzado de la enfermedad. Resulta interesante constatar que los hablantes con un deterioro cognitivo grave conservan esta función metalingüística y cierto grado de interés por incluir a los oyentes en su desarrollo discursivo. He aquí algunos ejemplos:

*INV: en qué trabaja usted ?
*ALG: yo en [/-] en los clavelitos .
%gpx: (illustrator: deictic) points to the right .
*ALG: &*INV: uhhum .
*ALG: sí (.) en los cla [/-] vender claveles y venden de
todo y yo cojo y compro y [/-] y [/-] y entonces
vendo también „ sabe ?

Ejemplo 23. Grabación 14 ALG. Nivel intermedio. Formulación de pregunta añadida con función confirmatoria.

*LGP: el otro día viene (.) me dice xxx +"/.
 *LGP: +" que eso es lo que crees .
 %gpX: (illustrator: deictic) points at her son .
 *LGP: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *LGP: sabes ?

Ejemplo 24. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Formulación de pregunta añadida con función confirmatoria.

Del mismo modo, además de las recurrentes preguntas relacionadas con los déficits de memoria episódica o de acceso léxico que salpican las intervenciones de las personas con DTA, no faltan ejemplos hasta la etapa avanzada de inicios que introducen nuevos temas o que prolongan temas en curso:

*FGB: pero para estar trabajando (.) eh (..) pues allá sobran los caramelos (.) pues si se le antoja alguno que se lo coma .
 %com: looks at the table as he was talking, there is a chocolate box on the table .
 *FGB: 0 [=! looks at HIJ] . [+ trn]
 *FGB: tú te comes alguno ?
 *HIJ: yo no .
 *FGB: que engañas „ eh ?
 *HIJ: no (.) que tengo la boca hecha una porquería .
 *FGB: y eso qué es (.) de los caramelos ?
 *HIJ: pss (.) todo influirá (.) o [/-] o de la [/-] o de la herencia de mi padre (.) que ya no tiene ningún diente suyo .

Ejemplo 25. Grabación 26 FGB2. Nivel avanzado. Intervenciones de inicio que inician y desarrollan temas de conversación.

11.2.1 Intervenciones no predictivas: informes y reacciones evaluativas

No obstante, la intervención iniciativa más característica de los hablantes con alzhéimer es el informe, es decir, un turno que aporta cierta cantidad de información pero que no establece relaciones de predictibilidad con respecto a los turnos previo y siguiente. En la etapa inicial los informes constituyen un 44,3% del total de intervenciones, cifra que desciende hasta el entorno del 26% en los estadios posteriores. Aun así, triplica el número de inicios en las etapas intermedia y avanzada. Estos datos están en consonancia con las capacidades comunicativas de los hablantes con demencia y, por consiguiente, con el tipo de participación que despliegan a lo largo de las interacciones. Por ejemplo, un buen número de conversaciones pertenecientes al grupo “etapa inicial” se caracterizó por la sucesión de secuencias narrativas a través de las cuales el informante relata episodios de su vida. Como ampliaremos un apartado

posterior, este tipo de secuencia se compone, normalmente, de una sucesión de intercambios formados por informes y reacciones evaluativas. Desde nuestro punto de vista, existen dos razones fundamentales que explican este protagonismo de las intervenciones de informe en los hablantes con DTA en una fase inicial. En primer lugar, la situación comunicativa grabada es percibida por algunos de los participantes no tanto como una conversación cotidiana, sino como una invitación a que la persona con alzhéimer narre algunas partes significativas de su biografía: qué profesión ha tenido, cómo se encuentra en el centro de día, cuáles son los accidentes más importantes que ha sufrido, etc. No obstante, esta percepción de la “tarea” puede darse también en los interlocutores clave de personas que se encuentren en un estadio más avanzado de la demencia. Por ello, en segundo lugar, el rasgo diferencial que supone un mayor uso de informes en la etapa inicial que en el resto es la conservación de ciertas habilidades comunicativas que se van deteriorando con la progresión de la enfermedad.

De acuerdo con estas premisas, no podemos apoyar la idea de que una mayor tasa de intervenciones de informe sea un síntoma inequívoco de desinhibición verbal o de falta de encaje en la conversación. Es posible que para otras situaciones patológicas, como la afasia de tipo fluente, esta búsqueda de la posición emisora sea una estrategia para evitar la posición receptora, más comprometida en su caso (Perkins, 2000: 21). O que, en el caso de las personas con esquizofrenia, se observe una sobreutilización de informes que demuestran una incapacidad para tener en cuenta la necesidad informativa de sus interlocutores (Durán y Figueroa, 2009: 268)⁷⁴. En cambio, nuestros informantes con alzhéimer no parecen encajar en ninguna de estas dos situaciones. Es natural que una conversación no se desarrolle a base de preguntas y respuestas, sino que buena parte de la misma descansa sobre la sucesión de comentarios y evaluaciones. Por esta razón, nuestro análisis de datos de hablantes con demencia coincide con la afirmación de Moreno Campos (2010) a propósito de la utilización de informes por parte de hablantes con afasia:

“[...] nuestros análisis han revelado que los pacientes afásicos [fluentes] presentan el mismo número de turnos de informe que los dos grupos de sujetos

⁷⁴ En el reverso de estas dos explicaciones, podríamos considerar que el uso de turnos predictivos, es decir, inicios, constituye una huella de competencia comunicativa y, por extensión, de capacidad intersubjetiva.

control. Es precisamente la falta de turnos de informe en el grupo de hablantes con afasia de tipo no fluente un índice de déficit verbal y su aparición en el grupo fluente supondría una conducta proximal a la gestión conversacional de un hablante medio” (Moreno Campos, 2010: 179).

El comportamiento discursivo de los interlocutores clave y del investigador en relación con el uso de intervenciones de informe es también una consecuencia directa del tipo de interacción grabada y del papel que juega cada uno en el desarrollo de la conversación. Así, el investigador emplea poco más de un 10% de informes, de media, en el total de las interacciones, una cifra que no llega ni a la mitad de la cantidad de inicios. La actitud comunicativa del investigador es principalmente receptiva, de dejar que el peso de la conversación recaiga sobre el hablante con alzhéimer y su familiar – obedece a la consigna laboviana de la “observación participante”–, pero, cuando adopta una posición iniciativa, el propósito que guía sus intervenciones es más el de provocar una respuesta por parte del informante con demencia que el de introducir comentarios no predictivos. Por otro lado, los datos atribuidos a la figura del interlocutor clave, que recoge la suma de las intervenciones del familiar o familiares que han participado en la grabación, nos muestran una orientación fundamentalmente iniciativa, en la que la proporción de inicios y de informes es similar en presencia de informantes en una etapa intermedia o avanzada de la demencia. En su caso, los interlocutores clave expresan intervenciones de informe con distintas funciones que van desde comentarios que hacen progresar o introducen un tema hasta la glosa de las intervenciones del familiar con alzhéimer.

No obstante, el hecho de que el interlocutor clave tome la responsabilidad de desencadenar la mayoría de los intercambios con el informante provoca una mayor ponderación entre el número de inicios y de informes. Por esta razón, no se puede concluir que el porcentaje de informes de los interlocutores clave y, en mayor medida, de los investigadores, sea normativo de una interacción entre sujetos sin déficit comunicativo.

La segunda parte de los intercambios que se inician con un informe son las reacciones evaluativas. Como decíamos al comienzo de este apartado, su aparición no viene obligada por ninguna intervención anterior, pudiendo darse una sucesión ininterrumpida de informes emitidos por distintos interlocutores. No obstante, una

organización como esta de la interacción comunicativa nos provocaría una sensación de desconexión entre sus partes. A estas intervenciones a las que no les sigue una reacción evaluativa Gallardo (1996: 48) las llama *turnos sueltos*, en tanto que ningún interlocutor las topicaliza. Aparecen comúnmente en los casos en los que el hablante con alzhéimer emite una intervención que resulta incoherente en el discurrir de la conversación o que tiene un significado opaco para el resto de interlocutores. En estas situaciones, se observa con frecuencia que los demás participantes rechazan apoyar esta intervención con una reacción evaluativa y que, en su lugar, emiten un nuevo informe o inicio; es decir, se evita señalar la posible incoherencia y se prosigue la interacción ignorando esas intervenciones del hablante con déficit:

```
*HIJ:      por ejemplo (.) ella me dice a mí papá (.) pero no es
           mi papá (.) es su papá .
%xipr:     $t rpt
*HIJ:      &*LOG: uhhum .
%xipr:     $t ast
*HIJ:      entonces hay un poquito de [/ -] ahí de confusión a la
           hora de hablar ahora mismo .
%xipr:     $t rpt
*HIJ:      por ejemplo (.) la foto .
%gpx:     (illustrator: deictic) points forwards .
*DGD:      +^ papá (.) Villamor de Órbigo .
%xipr:     $t rpt
*HIJ:      mi hermano el mayor murió .
%xipr:     $t rpt
%com:     takes her mother's arm .
*HIJ:     pues ella sabe que es su hijo .
```

Ejemplo 26. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. La hablante con DTA emite una intervención “papá, Villamor de Órbigo”, que es ignorada por el interlocutor y se queda como turno suelto.

No obstante, el déficit comunicativo impone una serie de condicionantes a la interacción, uno de los cuales tiene relación con la potenciación de los mecanismos de cortesía que protegen la imagen del interlocutor con demencia. Como recordamos periódicamente en este trabajo, las actitudes comunicativas y la gestión conversacional de los participantes sin alzhéimer están orientadas a potenciar la producción lingüística de los sujetos con DTA. Por este motivo, la recurrente utilización de reacciones evaluativas, aun cuando el significado transmitido por el informante no siempre resulte claro, es un recurso muy presente en la estrategia discursiva de los interlocutores clave y del investigador.

El análisis cuantitativo nos ofrece una imagen que equipara el ritmo de progresión descendente en la aparición de reacciones evaluativas del interlocutor clave y del

investigador, a medida que aumenta el déficit comunicativo. Obviamente, cuanto menor sea la cantidad de informes producidos por el hablante con alzhéimer, menor será el porcentaje de reacciones evaluativas del resto de los participantes.

Por otra parte, es evidente que el investigador restringe en gran medida sus intervenciones a las reacciones evaluativas. De hecho, su orientación eminentemente reactiva se debe al uso mayoritario de estas y no al de las intervenciones de respuesta, que aparecen de manera muy escasa. En general, el investigador se limita a la introducción de continuadores, tengan estos un matiz reconecedor o no, que proporcionan al informante con DTA la sensación de que está siendo atendido y que lo animan a continuar hablando:

```
*MAR:      +^ vamos (.) cuando tenemos escapada (.) como vivimos
             cerca (.) nos vamos andando (.) <hasta la playa> [>]
             .
*ALG:      <nos vamos> [<] (.) eh (.) hasta la playa (.) como
             está cerca→ .
*ALG:      &*INV: ahhah .
*ALG:      salimos (.) y nos vamos .
```

Ejemplo 27. Grabación 14 ALG. Nivel intermedio. Conducta reactiva del investigador en la conversación.

Los interlocutores clave, por su parte, presentan un mayor balance entre aquellas reacciones evaluativas que suponen un comentario o una valoración más desarrollada del turno anterior y los simples continuadores que Gallardo considera dentro del sistema secundario de turno. El conocimiento de primera mano que los interlocutores clave tienen sobre sus familiares y los sucesos que narran a lo largo de las conversaciones hace posible que participen junto a ellos en la producción colaborativa de secuencias narrativas mediante la adición de reacciones evaluativas, apoyando o rechazando la información transmitida por su interlocutor:

```
*HER:      esto cuándo ha sido ?
%xi pr:    $t rit
*CGS:      ayer [/-] anteayer (.) el último día que vine (.)
             anteayer (.) <el [/-] el [/-] el martes> [>] .
%xi pr:    $t ret
*MUJ:      <que estaba allí> [<] ?
%xi pr:    $t int
*CGS:      el martes (.) sí (.) ha venido nueva (.) voluntaria
             (.) de esas voluntarias que vienen .
%xi pr:    $t ret
*MUJ:      ah (.) de las voluntarias .
%xi pr:    $t ast
*CGS:      van a aprender +/.
%xi pr:    $t rpt
*HER:      estudiantes .
```

```
%xipr:      $t ast
*HER:       &*CGS: estudiantes (.) sí .
%xipr:      $t ast
```

Ejemplo 28. Grabación 24 CGS2. Nivel inicial. Conducta reactiva del interlocutor clave.

En el siguiente fragmento, en el que ambos interlocutores hablan sobre la última visita del nieto de LGP, es la valoración del interlocutor clave la que nos permite conocer la veracidad de los hechos expresados por la informante con DTA, comprometida por el deterioro cognitivo. Al mismo tiempo, la reacción evaluativa sirve como una llamada de atención para que la hablante con demencia reformule su discurso:

```
*LGP:       no los he visto→ .
%xipr:      $t rpt
*HIJ:       si los has tenido en brazos !
%xipr:      $t ast
*LGP:       sí (.) pero bueno .
%xipr:      $t ast
*LGP:       pero hace ya [/-] eso ha sido ya todo corriendo ,,
            sabes ?
```

Ejemplo 29. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Corrección del interlocutor clave a través de una reacción evaluativa.

Lo mismo ocurre en el siguiente ejemplo, en el que madre e hija comentan una caída de la informante. Es interesante observar que la persona con demencia se encuentra en el nivel inicial de la misma, pero ya presenta algunos problemas con la memoria episódica que son subsanables gracias a las rectificaciones apuntadas por el interlocutor clave a través de una intervención del tipo de la reacción evaluativa:

```
*JAC:       pegué un batacazo p(ara) atrás !
%gpx:       (emblem) puts her hand on her head .
%xipr:      $t rpt
*INV:       ugh !
%xipr:      $t ast
*JAC:       madre mía !
%xipr:      $t rpt
*HIJ:       ese fue el segundo en mi casa .
%xipr:      $t ast
*JAC:       pos entonces→ .
*HIJ:       0 [=! laughs] . [+ trn]
*JAC:       entonces este fue el fri [/-] el primero (.) que caí
            to(do) lo larga que era .
%xipr:      $t rpt
*HIJ:       y te rompiste el brazo .
%xipr:      $t ast
```

Ejemplo 30. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. Rectificación por parte del interlocutor clave a través de una reacción evaluativa.

Por lo tanto, es evidente la importancia que adquiere el interlocutor clave desde la primera etapa de la demencia. De hecho, aunque la mayoría de los trabajos que han investigado las estrategias comunicativas utilizadas por los familiares de personas con alzhéimer se ha centrado en la orientación iniciativa de sus intervenciones (Orange y Purves, 1996; Tappen *et al.*, 1997; Small y Gutman, 2002; Wilson *et al.*, 2012), algunos protocolos de rehabilitación y guías comunicativas para la afasia u otros déficits lingüísticos enfatizan el papel que cumple el interlocutor clave como reforzador conversacional (Kagan, 1998; Lock *et al.*, 2001; Kagan *et al.*, 2004; Gallardo Paúls, 2005; Fernández Urquiza *et al.*, 2012). En el caso de la demencia de tipo alzhéimer, podemos destacar el trabajo de Ramanathan (1997), en el que esta autora concluye que el uso de continuadores⁷⁵ por parte de la investigadora fue uno de los principales motivos por los que sus conversaciones con una persona con DTA mostraron un desarrollo adecuado.

Por último, no debemos desdeñar el uso que hacen los hablantes con demencia de este tipo de intervención. Como ya hemos señalado, las reacciones evaluativas tienen la función, por un lado, de hacer visible al interlocutor que sus comentarios son tenidos en cuenta y, por otro, de completar los intercambios iniciados mediante un informe por otro participante. En ambos casos, es un tipo de intervención fundamental para que la conversación progrese adecuadamente y con un constante aporte de información.

Si se observan los datos recogidos en la figura 4, se concluye que los hablantes con alzhéimer presentan, prácticamente, el mismo porcentaje de uso de reacciones evaluativas que los interlocutores clave. De hecho, la actuación comunicativa de ambos participantes en cuanto al uso de los diferentes tipos de intervenciones (a partir de la etapa intermedia) solo se diferencia por la proporción de inicios y respuestas. Por lo tanto, desde un punto de vista cuantitativo, estaríamos ante un uso normal de esta clase de intervención.

⁷⁵ Dentro de esta categoría, Ramanathan incluye algunos “elementos” que no entrarían dentro de nuestra concepción de reacción evaluativa, como las preguntas del tipo “¿en serio?”, a las que consideramos intervenciones de respuesta/inicio. No obstante, el resto de subcategorías que plantea la autora (“valoraciones”, “prolongaciones”, “formulaciones” y “colaboraciones”) encajan perfectamente en el tipo de intervención de reacción evaluativa.

Resulta sorprendente comprobar que nuestros informantes utilizan continuadores incluso cuando da la sensación de que no son conscientes de lo que se está hablando, en momentos en lo que la interacción gira en torno al investigador y al interlocutor clave:

*INV: no hay ni un tema→ .
*MAR: ni un tema para xxx (.) <bueno (.) puedes xxx lo que
quieras> [>] .
*MMT: 0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
*INV: <cosas así (.) digo> [<] (.) cosas así de muy [/-] de
su niñez a lo mejor .
*MAR: nada [/] nada [/] nada [/] nada .
*MAR: &*MMT: claro .

Ejemplo 31. Grabación 23 MMT2. Nivel avanzado. Producción de continuadores en un nivel avanzado de la DTA.

Este es, por lo tanto, un mecanismo que nos da cuenta de que las personas con DTA mantienen ciertas habilidades procedimentales de gestión conversacional hasta una etapa muy avanzada y, de hecho, podría reflejar una conducta cooperativa previa al intercambio conversacional. En este sentido, aunque Hamilton (1994) no los incluye dentro de los tipos de lenguaje relativamente automático que su informante con demencia es capaz de usar, podríamos considerar la utilización de los continuadores como un posible automatismo que refleja el funcionamiento pragmático de la alternancia de turnos y que se conserva hasta una fase avanzada de la enfermedad⁷⁶.

Por otro lado, cabría pensar que la emisión de reacciones evaluativas más elaboradas que los simples continuadores señala la existencia de un buen funcionamiento de ciertos procesos cognitivos, como la memoria de trabajo, la memoria a corto plazo o la capacidad de atención sostenida. En efecto, valorar y ampliar los comentarios del resto de los interlocutores requiere seguir atentamente los derroteros por los que se mueve la conversación y almacenar en la memoria la información transmitida por las intervenciones anteriores. En la fase avanzada encontramos una mayoría de ejemplos de reacciones evaluativas que confirman lo dicho por el interlocutor. Por supuesto, el asentimiento y la ratificación, decir que sí, es cognitiva y comunicativamente más sencillo que contradecir o especificar los enunciados de otro participante. En este sentido, se explica que este último tipo de reacción evaluativa esté

⁷⁶ Esta habilidad podría relacionarse con la típica situación en que un hablante es capaz de simular que participa en una conversación, aunque, en realidad, está pensando en otra cosa en ese momento y no está prestando atención al contenido de la interacción.

más presente en las intervenciones de los informantes en un estadio anterior de la demencia:

```
*RJC: cante (.) pues no cante !
%xipt: $t rpt
*HIJ: vosté [/-] vosté canta (.) y también era [/-]
perteneía a la cofradía <de la Virgen> [>] .
%xipt: $t ast rpt
*RJC: <sí (.) a la cofradía> [<] (.) no (.) que <estoy [/]
que estoy> [>] .
%xipt: $t ast
*HIJ: <que está [/] que está> [<] (.) pero antes era de la
Junta Directiva .
%xipt: $t ast rpt
```

Ejemplo 32. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. La informante con demencia emite una reacción evaluativa que matiza y enriquece la intervención del IC.

11.2.2 Intervenciones predictivas: inicios y respuestas

A continuación, de acuerdo con la perspectiva interaccional que hemos tomado para analizar el uso de los tipos de intervención por parte de todos los participantes en las conversaciones, profundizaremos en el estudio de los intercambios iniciados por una pregunta de un interlocutor sin demencia y continuados por una respuesta del hablante con alzhéimer. Ya señalábamos al comienzo de este apartado que, a medida que se deterioran las habilidades comunicativas, los intercambios de tipo informe-reacción evaluativa iban dando paso a una preferencia por los de tipo inicio-respuesta. En este punto, por lo tanto, nos situamos en un ámbito de intersección entre el estudio de las intervenciones y el de los intercambios, en el que profundizaremos en el próximo apartado.

Existe una serie de motivos que justifican estudiar pares de preguntas y respuestas en conversaciones en las que participa una persona con DTA (Hamilton, 1994: 79-81). En primer lugar, las dificultades comunicativas de estos hablantes se distinguen con mayor facilidad en el nivel del discurso; los enunciados que, aislados, parecen normales, se convierten en extraños e incoherentes en el contexto conversacional. En segundo lugar, el hecho de preguntar o de responder una pregunta indica un deseo de incluir a otra persona en la interacción o, al menos, una habilidad para reconocer que está presente. En caso contrario, la falta de predictibilidad podría ser un síntoma de un posible déficit de teoría de la mente o capacidad intersubjetiva, en la medida en que la predictibilidad supone otorgar al interlocutor capacidad interactiva.

Por otro lado, una pregunta actúa como una prueba para testar la comprensión del receptor, ya que toda intervención funciona como reflejo del análisis que hace el hablante de la intervención anterior (Stubbs, 1983). Finalmente, dependiendo de la percepción que los interlocutores tengan del grado de adecuación de las respuestas de la persona con alzhéimer, podrán alterar la división del trabajo mediante la utilización de más o menos preguntas o favoreciendo el uso de un tipo de preguntas que requieran menos esfuerzo para ser contestadas. No obstante, puede ocurrir que la valoración de las habilidades comunicativas de la persona con DTA no sea acertada y que las capacidades que conservan se enmascaren con las interlocuciones de los demás hablantes. En estos casos, lo que se concibe como un acercamiento a las posibilidades comunicativas del hablante con demencia se convierte en una hipercorrección o sobreadaptación (Ryan *et al.*, 1995), que puede ocasionar la percepción de la persona como un ser dependiente y, en consecuencia, alguien con quien no se puede mantener una interacción.

Así, desde mediados de los años 90 del siglo pasado, algunos autores han puesto el foco sobre la relación entre los tipos de preguntas que cuidadores o investigadores realizaban a la persona con alzhéimer y la adecuación o inadecuación de su respuesta (Hamilton, 1994; Tappen *et al.*, 1997; Ripich *et al.*, 1999; Small *et al.*, 2003). Desde estos planteamientos, en un trabajo que publicamos anteriormente (Pérez Mantero, 2014a) tuvimos en cuenta las variables “tipo de pregunta”, “tipo de respuesta”, “persona que formula la pregunta” y “grado de deterioro cognitivo”. Las conclusiones a las que apuntaban los resultados del análisis fueron que:

- 1) las actitudes comunicativas de los familiares y del investigador eran diferentes;
- 2) existe un mayor grado de inadecuación en la respuesta tras una pregunta pronominal que tras una pregunta polar, ya que aquella demanda una mayor actividad cognitiva;
- 3) el tipo de inadecuación varía a lo largo de la enfermedad.

En esta ocasión, siguiendo la investigación de Small y Perry (2005), nos propusimos completar el análisis con la inclusión de la variable “tipo de memoria requerida” para poder responder a las preguntas de manera adecuada, ya que múltiples estudios han descrito la disociación entre la memoria semántica y la memoria episódica, y el mayor deterioro en esta última en las personas con DTA (Orange y Purves, 1996; Becker y Overman, 2002). Por lo tanto, nos planteamos la hipótesis de que los hablantes

con demencia tendrán mayores dificultades para responder de manera adecuada a una pregunta que requiera acceder a la memoria episódica y que, además, sea de respuesta abierta.

Con el propósito de obtener unos resultados lo más fiables y representativos posible hemos partido de una muestra de doce conversaciones, distribuidas equitativamente entre los tres estadios de la demencia⁷⁷. En un primer nivel de análisis, observamos que, efectivamente, existe una correlación entre la progresión de la enfermedad y el aumento en el número de preguntas por parte del resto de los interlocutores, en especial, entre la etapa inicial y la intermedia, donde se produce un incremento en el número de preguntas de un 190,9%. Asimismo, detectamos que, si bien el investigador fue el encargado de realizar un mayor número de preguntas en las conversaciones correspondientes a la fase inicial de la demencia, esta situación se invierte en las siguientes etapas:

	Interlocutor clave	Investigador	Total preguntas	Aumento %
Nivel inicial	36,36%	63,64%	66	–
Nivel intermedio	66,15%	33,85%	192	+190,9 %
Nivel avanzado	63,38%	36,62%	213	+10,94 %

Tabla 14: *Relación entre el aumento de intervenciones interrogativas y la gravedad de la DTA.*

Según estos datos, cabe afirmar que el interlocutor clave potencia la orientación interactiva de sus intervenciones y desencadena intercambios de inicio-respuesta cuando disminuyen significativamente tanto la longitud media de los turnos de la persona con alzhéimer como la cantidad de información que transmiten, pues su porcentaje de preguntas sobre el total pasa del 36% en la etapa inicial a más del 60% en estadios posteriores. Del mismo modo, no es accesorio señalar que la igualdad porcentual entre las intervenciones de inicio del interlocutor clave y las del investigador (que tal y como se observa en la Figura 4 son de IC= 14,04% e Inv= 20,87% en la fase inicial, IC= 26,47% e Inv= 25,34% en la etapa intermedia, e IC= 27,87% e Inv= 28,85% en la avanzada) no supone una necesaria equidad en cuanto al porcentaje de preguntas. De

⁷⁷ La muestra se compone de las siguientes grabaciones: 505 JAC, 506 TAZ, 507 JSP, 508 IBM1, 509 MMT1, 511 DGD, 512 LGP, 517 DGN, 524 IBM2, 525 FGB2 y 526 JGM2.

hecho, es la gran diferencia en el número de intervenciones de uno y otro participante la que produce esos resultados que reproducimos en la tabla anterior.

El siguiente paso en la investigación supone establecer una clasificación de las clases de pregunta formuladas por los participantes sin demencia. Para ello, decidimos basarnos en un criterio interaccional, y no tanto en uno formal, y tomamos como punto de partida las demandas que cada tipo de pregunta impone en el interlocutor. Esto, por una parte, nos permitió distinguir aquellas preguntas que se pueden contestar afirmativa o negativamente, con un “sí” o un “no”, de aquellas en las que la proposición aparece incompleta y que requieren una respuesta más compleja⁷⁸. A las primeras se les ha llamado comúnmente *preguntas polares* o preguntas totales, mientras que las segundas son conocidas como *preguntas pronominales* o de respuesta abierta. Las diferencias entre ambos tipos de pregunta radican en la cantidad de información que proporciona la pregunta y, consecuentemente, en la distribución de presuposiciones y focos. Parece obvio asumir que los hablantes con alzhéimer, dados sus problemas para el acceso léxico, tengan más dificultades a la hora de contestar de manera adecuada a una pregunta pronominal. En cambio, es bastante posible que consigan responder “sí” o “no” sin necesidad de haber comprendido la pregunta.

Por otra parte, hemos establecido una segunda clasificación de tipos de pregunta atendiendo al tipo de memoria a la que es necesario acceder para responder la cuestión. En este punto seguimos los criterios de Small y Perry (2005) y de Levine *et al.* (2002), que separan dos categorías, “memoria semántica” y “memoria episódica”⁷⁹, y que, dentro de esta última, distinguen la “memoria episódica reciente” de la “memoria episódica remota”. Las preguntas de memoria semántica o *preguntas semánticas* son aquellas que requieren una respuesta en la que hay que acceder a un conocimiento general, al significado de las palabras o a sucesos que están ocurriendo en el presente; en todo caso, que no demandan información temporal o espacial relacionadas con un

⁷⁸ En Pérez Mantero (2014) utilizamos una clasificación compuesta por “preguntas polares”, “preguntas confirmatorias”, “preguntas de repetición” y “preguntas abiertas”, que, finalmente, pueden reducirse a los dos tipos que presentamos en este trabajo. Del mismo modo, hemos considerado las preguntas alternativas, del tipo “¿Quieres vino o cerveza?”, dentro de las preguntas polares, ya que requieren una respuesta en la que simplemente se elige entre dos opciones.

⁷⁹ No obstante, esta separación en dos sistemas funcionalmente independientes no está comprobada. De hecho, parece que ambos sistemas interactúan en gran medida y que dicha separación se toma, normalmente, como una solución metodológica (cf. Becker y Overman, 2004).

suceso pasado. Por el contrario, las *preguntas episódicas* se asocian con respuestas en las que se necesita evocar información autobiográfica sujeta a un tiempo y a un lugar específico. Este último tipo de preguntas se divide entre aquellas que requieren información de un suceso reciente (*preguntas episódicas recientes*) y aquellas que demandan acceder a información del pasado lejano (*preguntas episódicas remotas*). En el caso de las personas con Alzheimer, la memoria episódica reciente comienza a deteriorarse en la etapa inicial de la demencia; es a partir de la fase intermedia cuando empiezan a notarse disfunciones en la memoria episódica remota y en la memoria semántica, que parece ser la que tarda más tiempo en verse completamente afectada⁸⁰ (Caselli y Yanagihara, 1991; Sartori *et al.*, 2004; Bourgeois y Hickey, 2009). En resumen:

- Según la *cantidad de información* que proporciona la pregunta:
 - PREGUNTAS POLARES
 - PREGUNTAS PRONOMINALES
- Según el *tipo de memoria* que requiere su respuesta:
 - PREGUNTAS SEMÁNTICAS
 - PREGUNTAS EPISÓDICAS
 - PREGUNTAS EPISÓDICAS RECIENTES
 - PREGUNTAS EPISÓDICAS REMOTAS

A continuación expondremos los resultados que surgen del análisis de las preguntas en la submuestra de las doce conversaciones seleccionadas. En primer lugar, en cuanto al tipo de pregunta formulado, la labor de ambos interlocutores sin demencia puede distinguirse claramente en todo momento. En el caso del investigador observamos una marcada preferencia por el uso de preguntas polares, que suponen entre un 60 y un 80% de media según la etapa de la demencia en la que se produjo la conversación. La figura del interlocutor clave, por el contrario, prioriza la utilización de preguntas pronominales cuando interactúa con un familiar en el nivel inicial, etapa en la que llegan a ser un 80% del total. En cambio, la distribución de preguntas polares y pronominales está prácticamente en equilibrio en las fases posteriores:

⁸⁰ Los problemas para encontrar la palabra deseada, presentes desde la etapa inicial, parecen estar relacionados con una dificultad en el acceso léxico, en lugar de ser la consecuencia de una pérdida de los conceptos o del significado de las palabras (cf. Nebes, 1992).

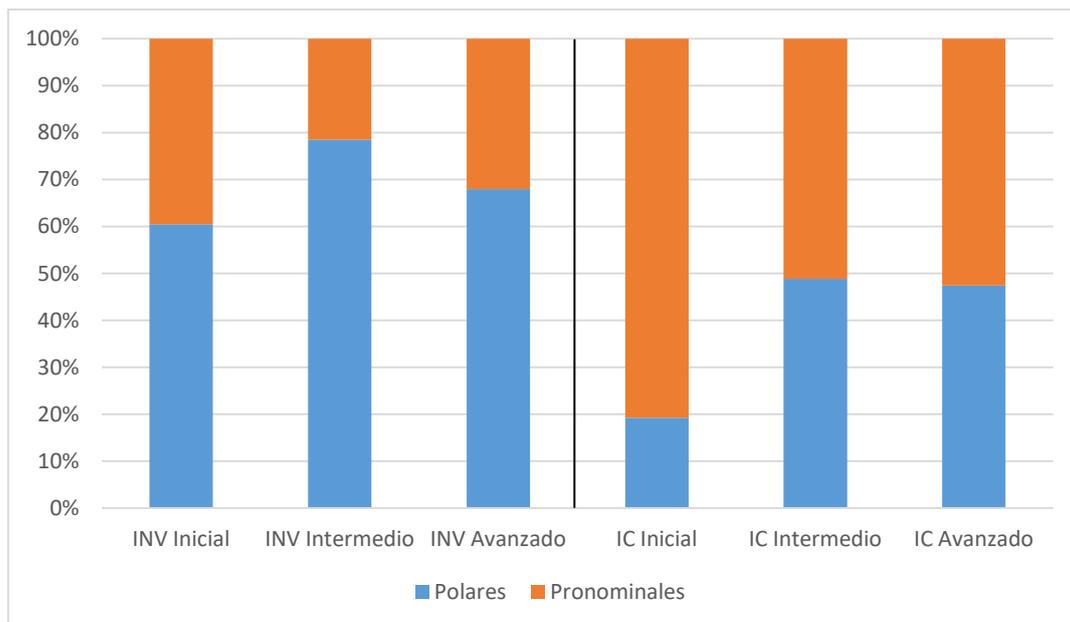


Figura 6: Distribución de los tipos de interrogación en el investigador y el interlocutor clave según el grado de demencia.

Esta diferencia entre la actuación de ambos interlocutores podría estar relacionada con las características de la investigación, ya que uno de los objetivos primigenios fue que la conversación girase en torno a la interacción entre el hablante con demencia y su interlocutor clave, que debía ser el encargado de introducir temas relevantes para su familiar. Al mismo tiempo, el interlocutor clave suele creer que el propósito del estudio es analizar las habilidades lingüísticas de la persona con demencia, y no la manera en la que normalmente se comunica con sus familiares más cercanos. Por este motivo, el amplio uso de preguntas pronominales podría deberse a un intento por que el individuo con DTA hable lo máximo posible. No obstante, no resulta desdeñable suponer que el investigador y el interlocutor clave actúen de manera diferente llevados por una distinta percepción de las habilidades comunicativas que conserva la persona con demencia o, quizás, por los prejuicios sobre las mismas. En este sentido, el considerable aumento en el porcentaje de preguntas polares que emite el interlocutor clave a partir de la etapa intermedia puede estar íntimamente relacionado con que aprecie una brusca disminución de la capacidad comunicativa de su familiar.

Podemos comparar estos resultados con los de otros estudios que han analizado previamente la labor de los participantes sin demencia como iniciadores de un intercambio de pregunta-respuesta. En el caso del estudio longitudinal de Hamilton (1994: 92), la actuación del investigador se caracteriza por una amplia mayoría de

preguntas polares, que alcanzan un 78% en las conversaciones pertenecientes al nivel intermedio y un 62% en el nivel avanzado⁸¹. Estos datos guardan una profunda similitud con los del presente trabajo; no obstante, al no existir la figura del interlocutor clave en la investigación de Hamilton no podemos comparar completamente nuestros resultados con los suyos. En cambio, otros estudios nos dan esta oportunidad. Por ejemplo, Ripich *et al.* (1999), en un trabajo que recoge los intentos por mejorar la comunicación entre las personas con DTA y sus cuidadores, advierten que, antes de ser entrenados en una serie de estrategias comunicativas, estos empleaban una mayor proporción de preguntas de respuesta abierta. Sin embargo, tras este período de entrenamiento, los interlocutores sin demencia formularon más preguntas de tipo polar, presumiblemente más sencillas de responder para las personas con DTA.

Por otro lado, Small y Perry (2005), en un estudio basado en 18 conversaciones entre hablantes con alzhéimer en etapas inicial e intermedia y sus esposos, detectan una práctica identidad entre el porcentaje de uso de preguntas pronominales y el de preguntas polares y, además, que esta proporción no varía con respecto al estadio de la demencia. Estos datos no se corresponden exactamente con los resultados de nuestro estudio, porque, a pesar de que en ambos trabajos se observa (1) que los interlocutores clave emiten una cantidad proporcional de los dos tipos de pregunta estudiados y (2) que esta situación se da en dos fases distintas, en nuestra investigación la equivalencia se produce entre la fase intermedia y la avanzada, siendo el porcentaje de preguntas polares muy escaso en la etapa inicial.

En definitiva, aunque no podemos afirmar con absoluta certeza cuál es la causa de esta disparidad entre la actuación del investigador y la del interlocutor clave, parece claro que el investigador es consciente de que usando preguntas polares podrá obtener más respuestas adecuadas, algo que no es tan evidente en el caso del cuidador que no haya recibido un entrenamiento para mejorar la comunicación con su familiar. No obstante, de esta afirmación no se debe colegir que únicamente sea recomendable usar preguntas cerradas con los hablantes con demencia. Tanto el estudio de Ripich *et al.*

⁸¹ Hamilton no estudia las habilidades comunicativas de su informante en el nivel inicial de la demencia de tipo alzhéimer (GDS 4) y sí lo hace, en cambio, en el nivel final (GDS 7), que nosotros no analizamos en este trabajo, y donde la persona con alzhéimer presenta una situación cercana al mutismo. En esta última etapa, la investigadora utiliza un 84% de preguntas polares y solo un 8% de preguntas pronominales.

(1999) como el de Tappen *et al.* (1997) demuestran que, aunque las preguntas polares pueden facilitar la realización de actividades de la vida diaria (elegir la ropa que ponerse, planificar una comida, etc.), el uso de preguntas de respuesta abierta estimula la interacción sobre sentimientos y relaciones entre los hablantes, en lugar de “condenar” al hablante con déficit a que sus intervenciones estén limitadas a respuestas del tipo “sí” y “no”. En este mismo sentido, Wilkinson *et al.* (2010) refieren un caso en el que una intervención logopédica basada en el programa de entrenamiento conversacional *SPPARC* (Lock *et al.*, 2001) ayudó a que un hablante con afasia mejorase su producción lingüística a partir del menor uso de preguntas cerradas por parte de su esposa. Estos mismos resultados fueron expuestos por Sage (2010) en su intervención en las *VI Jornadas de Lingüística Clínica*, celebradas en la Universitat de València.

En segundo lugar, tras analizar el uso que los participantes sin demencia hacen de las preguntas polares y pronominales, presentaremos los resultados que surgen al atender al tipo de memoria requerida por las preguntas. Como se muestra en el siguiente gráfico, las preguntas episódicas fueron las más abundantes en todos los casos estudiados menos en uno: la contribución del investigador en las conversaciones con una persona en la etapa inicial de la demencia:

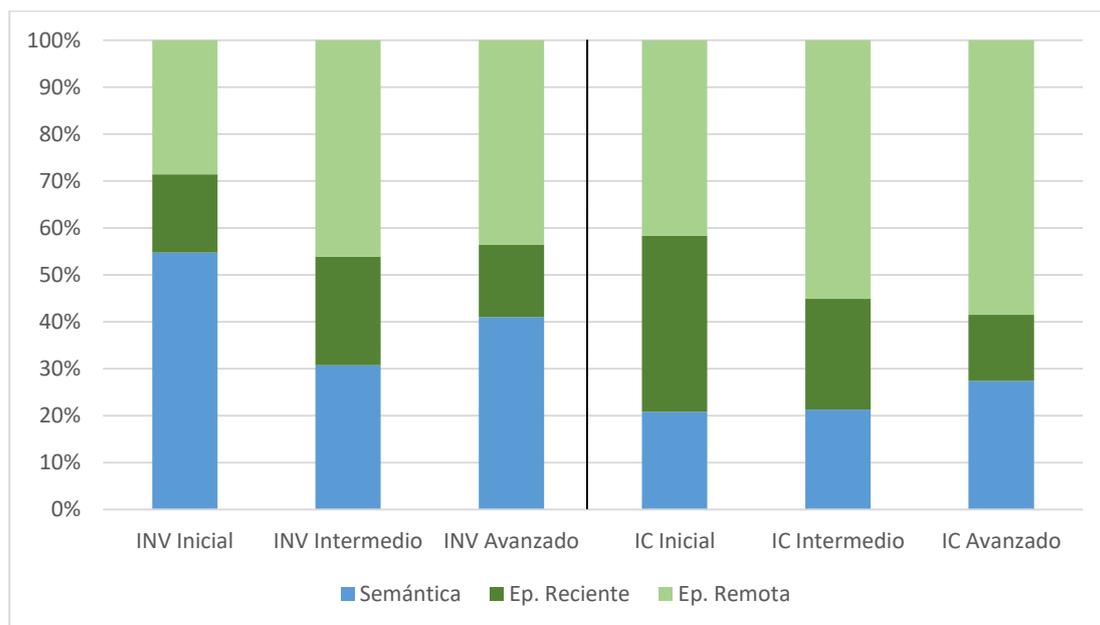


Figura 7: Relación entre el tipo de preguntas usadas por los interlocutores del hablante con DTA y los requerimientos de memoria.

Este panorama resulta lógico si aceptamos la siguiente premisa: debido a la consabida dificultad que las personas con alzhéimer tienen para recordar información del pasado, los interlocutores clave sienten la necesidad de comprobar qué recuerdos conserva o ha perdido su familiar (Ekström *et al.*, 2015). Por esta razón, la mayoría de las preguntas que realizan demandan acceder a la memoria episódica, siendo bastante frecuente que la conversación se desarrolle a través de preguntas sobre acontecimientos pasados de la vida del informante. En ocasiones, la intención de los familiares se hace explícita:

```
*HIJ:      no te'n recordes de quin color era el traje ?
*JSP:      com era ?
*HIJ:      no ho sé (.) <vale> [>] .
*HER:      <no passa> [<] res &*HIJ: no passa res .
*HIJ:      era negre ,, no ?
*HER:      negre .
*HER:      xxx una xxx i una mantilla ,, no ?
*JSP:      era negre ?
*HIJ:      no se'n recorda .
*HER:      pues eixes coses se les ha borrat també .
```

Ejemplo 33. Grabación 8 JSP. Nivel intermedio. Utilización de preguntas con respuesta conocida para comprobar qué recuerdos mantiene la hablante con DTA.

Este tipo de intervención, sin embargo, no se caracteriza por ser una pregunta genuina, en tanto que el emisor ya conoce la información que debería aparecer en la respuesta de su interlocutor. Por este motivo, su función no es otra que la de comprobar (mediante secuencias laterales) la competencia de la persona con alzhéimer para recordar sucesos autobiográficos, algo que en otras condiciones podría considerarse como un acto amenazante para la imagen del interlocutor (Brown y Levinson, 1987). Si a esto se le suma que los hablantes con DTA, de hecho, encuentran grandes dificultades para acceder a la información almacenada en la memoria episódica, estas preguntas no solo suelen ocasionar numerosos fallos en el flujo conversacional, sino que también pueden minar su autoconfianza (Smith y Perry, 2005).

Los resultados que aparecen reflejados en el gráfico anterior nos indican una actuación ligeramente diferente por parte del investigador y del interlocutor clave. Si bien el primero formula un mayor porcentaje de preguntas semánticas, estas no suponen la mayoría salvo en las conversaciones con un informante en la etapa inicial de la demencia. En cualquier caso, aunque el investigador emita un mayor porcentaje de preguntas semánticas en las fases intermedia y avanzada que el interlocutor clave, en

conjunto, el hablante con DTA tiene que responder a muchas más preguntas episódicas, debido a que es el interlocutor clave quien formula la mayoría de las preguntas en esas interacciones.

En este punto, nos gustaría detenernos en la evolución en el uso de preguntas por parte del interlocutor clave. Si nos fijamos en los resultados que surgen del análisis, el rasgo más destacado es el crecimiento progresivo de preguntas episódicas remotas a costa de un acusado descenso en el porcentaje de preguntas episódicas recientes, que pasan de un 37,5% en la etapa inicial a un 14,07% en la avanzada. Estos datos pueden estar relacionados con la creciente dificultad de los hablantes con alzhéimer para acceder a información del pasado inmediato. A medida que los familiares perciben que la persona con DTA no es capaz de recordar lo que hizo el día anterior o la visita de sus nietos hace una semana deciden dirigir la conversación hacia acontecimientos del pasado remoto. En este sentido, es cierto que se produce una adaptación a las habilidades del informante con demencia, ya que la memoria episódica remota tiene un mejor funcionamiento durante más tiempo en las personas con alzhéimer (Sartori *et al.*, 2004).

La investigación de Small y Perry (2005) es la única de la que tenemos constancia que haya tomado en consideración la variable “tipo de memoria requerida” para responder una pregunta. La réplica entre este trabajo y el nuestro no puede ser exacta, ya que (1) Small y Perry analizaron conversaciones en las que participaban únicamente la persona con alzhéimer y su esposo, y (2) los sujetos del estudio se distribuían entre la fase inicial y la intermedia. No obstante, es un buen punto de partida para establecer un marco de referencia a través del que valorar los resultados de nuestra investigación.

En cuanto a la proporción de preguntas semánticas y preguntas episódicas que formula el interlocutor clave, en nuestro trabajo, no existen diferencias perceptibles entre un estadio y otro de la demencia (80% y 20%, respectivamente). En el estudio de Small y Perry, en cambio, sí que se distingue un aumento en el porcentaje de preguntas episódicas en las conversaciones de la etapa intermedia (del 58% se pasa al 78%), lo que está en consonancia con la idea de que las preguntas en interacciones con una persona con alzhéimer sirven fundamentalmente para comprobar sus habilidades para el recuerdo de acontecimientos pasados. Por otro lado, al centrarnos en los dos tipos de memoria episódica considerados, es sorprendente comprobar en el estudio de Small y Perry que los participantes sin demencia emplearon un número mucho mayor de preguntas episódicas recientes que de preguntas episódicas remotas, hasta el punto de

que suponen tres cuartas partes del conjunto de preguntas que demandan acceder a la memoria episódica. De acuerdo con la hipótesis que manejamos, los interlocutores clave de nuestro estudio adaptaron en mayor medida sus contribuciones a las habilidades conservadas por su familiar con alzhéimer.

El siguiente paso consistió en analizar el grado de (in)adecuación de las respuestas de los hablantes con DTA a las preguntas formuladas por el resto de interlocutores teniendo en cuenta las dos variables que hemos seleccionado: (1) la cantidad de información aportada por la pregunta y (2) el tipo de memoria requerido para contestarla. A partir de los resultados obtenidos podremos testar la hipótesis de partida, esto es, que las personas con alzhéimer presentan crecientes dificultades para responder adecuadamente a preguntas pronominales y que demanden información almacenada en la memoria episódica, especialmente en la memoria episódica reciente.

En la primera gráfica se muestra el porcentaje de respuestas inadecuadas⁸² tras una pregunta semántica, dependiendo del nivel de deterioro cognitivo del sujeto con DTA. Como se puede observar, por un lado, existe un crecimiento sostenido en la cantidad de inadecuaciones tras una pregunta polar, aunque se parte de cero errores en la etapa inicial. Por otro lado, los fallos que siguen a una pregunta pronominal experimentan un aumento exponencial en la fase avanzada, llegando al 72%, justo cuando el deterioro de la memoria semántica se hace más evidente. No obstante, el menor porcentaje de respuestas inadecuadas a una pregunta polar deja la media de inadecuaciones tras una pregunta semántica en el 46,38% en el nivel avanzado.

⁸² Consideramos inadecuada toda respuesta que no cumple con las demandas de la pregunta a la que sigue; en definitiva, que no proporciona la información requerida por la pregunta. En Pérez Mantero (2014) distinguimos cuatro tipos de inadecuación, siguiendo la clasificación de Hamilton (1994): respuestas vagas, respuestas agramaticales, respuestas incorrectas según el tipo de pregunta y no respuestas. Los resultados del análisis señalaron que la principal causa de inadecuación en las respuestas en la etapa inicial fueron las respuestas vagas (compuestas por términos genéricos y circunloquios), mientras que a partir de la etapa intermedia y, sobre todo, en la etapa avanzada aumenta el número de no respuestas (silencio o respuestas que no guardan relación con la pregunta).

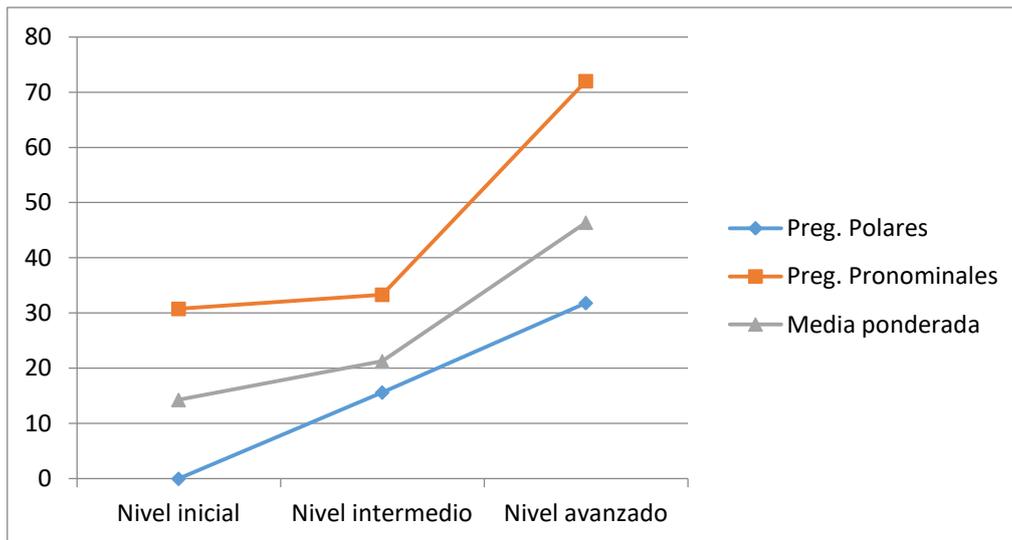


Figura 8: Porcentajes de respuestas inadecuadas tras una pregunta semántica, según el nivel de la DTA y el tipo de pregunta.

A continuación, representamos en una gráfica el porcentaje de respuestas inadecuadas tras una pregunta episódica, sin hacer distinción entre las dos categorías en que pueden dividirse. En este gráfico podemos observar una progresión muy similar entre las inadecuaciones surgidas a partir de una pregunta polar y las que se deben a respuestas a preguntas pronominales. En este caso, a diferencia de lo que ocurría con las respuestas que tenían que acceder a la memoria semántica, el mayor aumento de respuestas inadecuadas se produce en el transcurso del nivel inicial al nivel intermedio. Según nuestros datos, la memoria episódica se deteriora a un mayor ritmo cuando la persona con Alzheimer alcanza un GDS 5, al tiempo que no encontramos diferencias notables con los fallos en las respuestas debidos a una dificultad con la memoria semántica en la etapa inicial. En este sentido, la variable “cantidad de información aportada por la pregunta” parece contar con una mayor importancia a la hora de responder de forma adecuada a una pregunta en la fase inicial de la demencia.

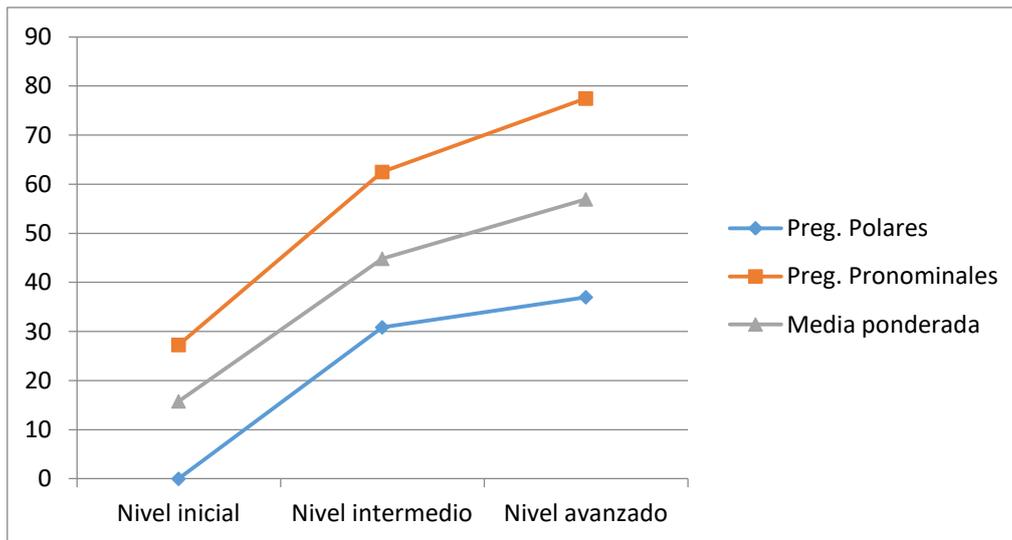


Figura 9: Porcentajes de respuestas inadecuadas tras una pregunta episódica, según el nivel de la DTA y el tipo de pregunta.

Pero, además, otro de nuestros objetivos fue comprobar si existía una actuación distinta de acuerdo con el tipo de memoria episódica a la que el hablante con DTA necesitaba acceder. Por este motivo, en el siguiente gráfico mostramos una comparativa del grado de inadecuación de las respuestas según la información necesaria estuviese almacenada en la memoria episódica reciente o en la memoria episódica remota. Los resultados de este análisis determinan la existencia de dos bloques bastante diferenciados: por un lado, las inadecuaciones tras una pregunta polar y, por otro, los fallos tras una pregunta pronominal. En cuanto a las primeras, son siempre menores que tras una pregunta de respuesta abierta, existiendo más errores en las respuestas que atienden a la memoria episódica reciente a medida que avanza la enfermedad. Por otra parte, el mayor porcentaje de respuestas inadecuadas a reglón seguido de una pregunta pronominal presenta visibles diferencias de acuerdo con el tipo de memoria requerida. Como aventurábamos en nuestra hipótesis, las personas con DTA demuestran grandes dificultades para acceder a la información almacenada en la memoria episódica reciente, siendo este uno de los primeros síntomas observables de la demencia. Un aspecto relevante, no obstante, es que estos problemas se hacen mucho más evidentes en las respuestas a preguntas pronominales. Así, contabilizamos un 50% de respuestas inadecuadas en la etapa inicial y una diferencia de cincuenta puntos porcentuales en las dos primeras fases estudiadas con respecto a las respuestas tras una pregunta polar.

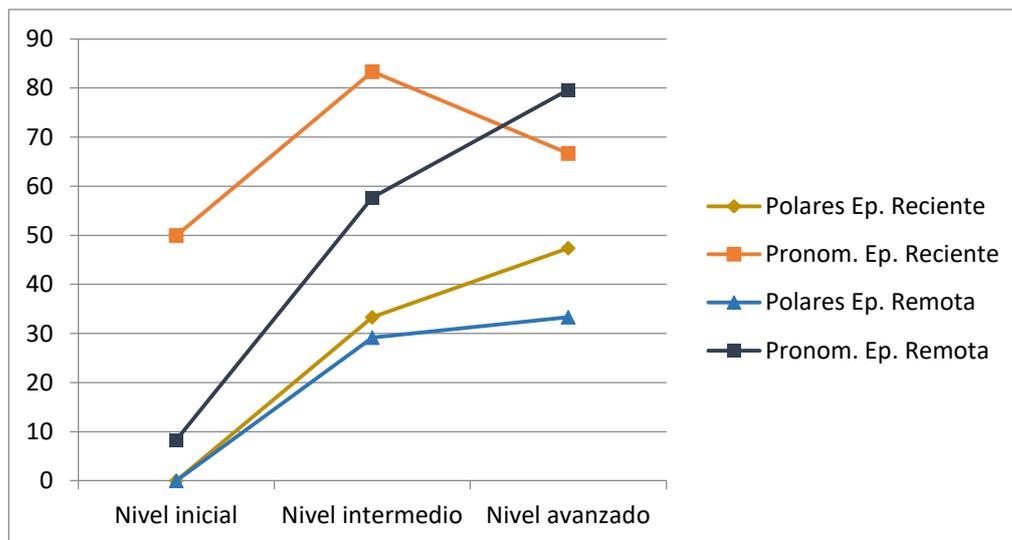


Figura 10: Porcentajes de respuestas inadecuadas tras una pregunta episódica reciente o remota, según el nivel de la DTA y el tipo de pregunta.

En resumen, las dos variables analizadas dan cuenta de las razones por las que se produce un aumento en el porcentaje de respuestas inadecuadas con el paso del tiempo y el progresivo deterioro de los procesos cognitivos. En cuanto a la cantidad de información proporcionada por la pregunta, no recogemos ningún caso de respuesta inadecuada tras una pregunta polar en la etapa inicial. En esta fase de la demencia resulta totalmente posible responder correctamente con un “sí” o un “no” a una pregunta, con independencia del tipo de memoria demandada. Esta capacidad se pierde, no obstante, en estadios posteriores, donde observamos una evolución al alza de las respuestas inadecuadas bastante en consonancia con las fases de deterioro de los tipos de memoria implicados en las respuestas. En este sentido, los resultados nos muestran que el comienzo de una mayor afectación de la memoria episódica se produce en la etapa intermedia, mientras que se retrasa a la etapa avanzada en el caso de la memoria semántica. Podemos reflejar esta evolución diferenciada a partir de la media de respuestas inadecuadas en el nivel intermedio de la demencia: es el 21,28% tras una pregunta semántica, pero el 44,83% después de una pregunta episódica. De ahí que consideremos que el tipo de memoria requerida para responder una pregunta es una variable pertinente a la hora de determinar el grado de dificultad que esta comporta para el hablante con Alzheimer. En este punto, nuestro estudio coincide con el de Small y Perry (2005), quienes afirman que no siempre es más difícil para la persona con demencia responder a una pregunta pronominal que a una polar. Estos autores ponen como ejemplo que en su estudio, en la etapa intermedia, se recoge un número

ligeramente mayor de respuestas inadecuadas tras una pregunta polar episódica que tras una pregunta pronominal semántica (39% vs. 36%). En nuestro caso, no llega a producirse este *sorpasso* en la etapa intermedia, pero el porcentaje de respuestas no adecuadas tras una pregunta polar episódica (30,86%) está muy cercano al de fallos tras una pregunta pronominal semántica (33,33%). Véanse, por ejemplo, los siguientes casos:

*HIJ: el fi de setmana també ve Ana ?
 *JSP: tots els dies .
 *HIJ: no .
 *HER: el fi de setmana no .
 *HIJ: ‡ mare (.) el fi de setmana estem mosatros .
 *JSP: jo no me recorde ‡ xica .

Ejemplo 34. Grabación 8 JSP. Nivel intermedio. Ejemplo de respuesta inadecuada tras pregunta polar episódica.

*HIJ: <qué te gusta hacer de comer> [>] .
 *LOG: <qué le gusta> [<] hacer de comida ?
 *DGD: ay !
 *DGD: según lo que quiera mi hijo .
 %gpx: (illustrator: deictic) points at her son .
 *HIJ: pero a ti qué te gusta ?
 *HIJ: ella te dice qué te gusta a ti hacer .
 *HIJ: imagina que tienes que hacer la cena esta noche (.)
 qué tie [/ -] qué harías ?
 *HIJ: qué te gustaría hacer ?
 *DGD: ahora te lo digo (.) dilo tú .
 *HIJ: no (.) te lo ha [/ -] la mujer te lo pregunta a ti .
 *DGD: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *DGD: <ya no me acuerdo> [>] .

Ejemplo 35. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. Ejemplo de respuesta inadecuada tras pregunta pronominal semántica.

En el primer ejemplo, la hablante con demencia responde incorrectamente a una pregunta polar que requiere acceder a la memoria episódica reciente; la madre no recuerda que son sus hijas y no la persona que la cuida normalmente, Ana, las que están con ella los fines de semana. En el segundo ejemplo, se produce un intercambio en el que dos interlocutores de la persona con DTA le preguntan a esta sobre sus gustos culinarios. A través de esta cuestión, la hablante con demencia no necesita acceder a información almacenada en la memoria episódica, sino a la denominación de los alimentos, o sea, a la memoria semántica. Sin embargo, DGD se muestra reticente a contestar y pasa la responsabilidad de la respuesta a su hijo, probablemente, por una dificultad de acceso léxico. Por lo tanto, a través de estos ejemplos observamos cómo,

en el nivel intermedio de la demencia, es el tipo de memoria requerida, y no tanto el tipo de pregunta, el que determina el grado de éxito en la respuesta.

De todas formas, la adecuación de las respuestas está mucho más comprometida cuando tienen que añadir información no contenida en la pregunta. Téngase en cuenta, por ejemplo, que ya en la etapa inicial el 30% de las respuestas a este tipo de preguntas no cumplen con su objetivo, porcentaje que aumenta por encima del 70% en la etapa avanzada. De este modo, el hecho de que la mayoría de las preguntas formuladas en las conversaciones fuesen de tipo polar pudo contribuir a que el número de respuestas inadecuadas por parte del informante con demencia fuese menor.

En definitiva, de los datos expuestos parece posible afirmar que, siendo la variable “nivel de deterioro cognitivo” la más significativa de todas para predecir el grado de inadecuación de las respuestas, el tipo de pregunta formulado es tremendamente relevante. Por otro lado, la clase de memoria requerida es particularmente importante para la actuación de los hablantes en la etapa intermedia de la enfermedad, sin que por ello dejemos de considerar las dificultades para acceder a la memoria episódica reciente desde el comienzo de la demencia.

11.3 Intercambios

Una vez analizados los movimientos, o actos de habla desde una orientación dinámica, y las intervenciones, la siguiente unidad que estudiaremos es el intercambio, la unidad máxima estructural de la conversación. Siguiendo esta perspectiva estructural, el *intercambio* se define como la serie de intervenciones vinculadas por relaciones de predictibilidad, y presididas por una intervención iniciativa (Gallardo Paúls, 2006: 126). Sin duda, el intercambio prototípico y, a su vez, su versión mínima, es el *par adyacente*, identificado por los autores del análisis conversacional (Sacks y Schegloff, 1973: 295) por una relación de pertinencia condicionada, de tal forma que a una primera intervención determinada le corresponde una (o varias) segunda(s) parte(s) determinada(s); esto es, la pertinencia de la segunda intervención (por ejemplo, una aceptación) está condicionada por la aparición de la primera (en este caso, una invitación o un ofrecimiento).

En la última parte del epígrafe anterior llevamos a cabo un estudio pormenorizado de las intervenciones que configuran el par adyacente básico, el de [pregunta-respuesta].

Este, como otros intercambios bimembres típicos, adopta un formato de [intervención de inicio-intervención de respuesta], el carácter predictivo de cuyo primer turno se marca mediante la sintaxis interrogativa. Puede haber pares adyacentes en los que la predictibilidad carezca de esta huella formal, como ocurre en los formados por [juicio-segundo juicio].

No obstante, junto al par adyacente, otro de los tipos básicos de intercambio es el formado por una intervención de informe seguida de una reacción evaluativa; es decir, un intercambio en el cual no se establece una relación de predictibilidad, pero que sí se configura a partir de una intervención iniciativa. Y, si bien se afirma comúnmente que los intercambios comprenden todas las intervenciones que giran en torno a una intervención iniciativa, algunos autores han considerado únicamente el par adyacente a la hora de analizar la unidad máxima estructural de la conversación. En este sentido, la siguiente definición de Stubbs da cuenta del carácter especial que se otorga al par adyacente como intercambio por excelencia. Este autor considera el intercambio como:

“[...] a minimal interactive unit, in which an initiation I by A is followed obligatory by a response from B, and optionally by further utterances” (Stubbs, 1981: 110).

Sin embargo, otros autores han utilizado distintos criterios para determinar la longitud de los intercambios, el número de intervenciones que lo componen. Uno de estos criterios puede ser el de la integridad o “completud” interaccional, que Miche (1998: 24) recoge de la Escuela de Ginebra y aplica al español. Según esta visión, un intercambio comienza con un problema que da lugar a una iniciativa del locutor, a la cual sigue una reacción del interlocutor. Si esta reacción es favorable, el locutor puede cerrar esta negociación, es decir, el intercambio, expresando a su vez su acuerdo. En este sentido, el intercambio tendría una estructura tripartita⁸³ (Inicio-Respuesta-Reacción Evaluativa) y finalizaría cuando se llegase a un doble acuerdo. No obstante, si no se llega a este acuerdo, la negociación no se cierra y la condición de integridad interaccional no se realiza. En este caso, el locutor tendría que relanzar su iniciativa

⁸³ Esta estructura trimembre, con el turno final de sanción por parte del primer hablante, se identifica en múltiples estudios sobre interacción transaccional, por ejemplo, los intercambios en el aula estudiados en los años 70 por los autores Birmingham, los intercambios en los mercados, etc.

hasta que la integridad interaccional se cumpla por un doble acuerdo entre los interlocutores, dando lugar a un “intercambio complejo”.

Así, atendiendo a este criterio informativo, aceptamos que la organización jerárquica de la conversación permita que un intercambio genere otro intercambio relacionado con él para formar una unidad mayor con entidad temática y/o funcional⁸⁴. Roulet hace una distinción entre los *intercambios coordinados*, entre los que no existe una relación de dependencia, y los *intercambios subordinados*, en los que la intervención iniciativa de un intercambio depende o se genera por una intervención de otro intercambio anterior. De esta forma, los intercambios pueden estar yuxtapuestos o encajados unos en otros y realizar cada uno una determinada función macroestructural: introducir el tema, pedir explicaciones, aclararlo, etc. (Fuentes, 2000: 114).

⁸⁴ Para Fuentes (2000), el intercambio o la unión de intercambios que tienen una completud temática configuran otra unidad estructural superior, el *párrafo*, que podría corresponderse probablemente con lo que Gallardo denomina *secuencia*.

12. Secuencias

Esta dimensión informativa de los intercambios nos permite clasificarlos según su coherencia discursiva y el tema que comparten. A partir de estos criterios semánticos podemos establecer una nueva unidad, la *secuencia*, que ya no se define por ser una unidad estructural de la conversación. Así, según Gallardo (1993b: 39), la secuencia es el “*intercambio o conjunto de intercambios dotados de entidad temática y/o funcional en el seno de una conversación*”. Por lo tanto, cuando un intercambio o una sucesión de ellos comparten un tema pasan a tener estatus de secuencia.

Desde los postulados de la lingüística perceptiva, Gallardo (1993b, 1996, 2003, 2006) propone una clasificación de los tipos básicos de secuencia en los que puede dividirse cualquier conversación. Antes de introducir esta clasificación, es necesario señalar que la conversación o cualquier otro acontecimiento dialogado se organizan como una sucesión de secuencias que actualiza una estructura abstracta más o menos predeterminada y que es conocida por los hablantes en virtud de su competencia comunicativa. En el caso de la interacción conversacional, se podría aceptar una estructura ideal simple compuesta por tres elementos: [apertura [temas de conversación] cierre].

Esta estructura nos permite diferenciar dos tipos de secuencia en un nivel primario:

- Las *secuencias marco*, que pueden ser de apertura o de cierre, son aquellas que establecen una frontera perceptiva entre la figura (los intercambios que desarrollan la conversación) y el fondo (el silencio existente antes y después de la interacción). Las secuencias de apertura incluyen saludos o presentaciones, mientras que las secuencias de cierre se caracterizan por resumir las consecuencias de la conversación, emplazarse para un futuro encuentro y despedirse.
- Las *secuencias temáticas* o tópicas son las encargadas de desarrollar los temas de la conversación. Según hemos dicho, Gallardo adopta los planteamientos de la lingüística perceptiva, de tal manera que para proponer una tipología de secuencias tiene en cuenta cuál es el elemento de la comunicación que destaca perceptivamente: forma, función, significado o uso; a partir de estas cuatro dimensiones, la autora sistematiza los tipos de secuencia que habían sido identificados en la bibliografía del análisis del

discurso y del análisis conversacional. Esta clasificación perceptiva le permite establecer correlaciones⁸⁵ entre cada tipo de secuencia y los actos de habla, las leyes perceptivas y los niveles de organización lingüística, y, como veremos, es también el modelo teórico que utiliza posteriormente para proponer una clasificación del déficit textual. Según estos criterios, se distinguen cuatro tipos fundamentales de secuencia:

- *Secuencias de historia*: se producen cuando uno o varios intercambios cumplen, básicamente, la función de narrar ciertos hechos. Destaca la monopolización del turno que hace el hablante y la transmisión de información. Por el contrario, es típico que el receptor de la historia limite su participación a turnos del sistema secundario u otro tipo de valoraciones. Por esta razón, la secuencia de historia se configura como la versión ampliada de un intercambio [Informe-Reacción evaluativa].
- *Secuencias de concordancia*: se definen por la predictibilidad que encadena sus intervenciones, por una estructura típica de par adyacente [Inicio-Respuesta]. Destacamos dentro de los tipos de secuencias concordantes las *secuencias de retroalimentación*, por la rentabilidad que tiene en las conversaciones en las que participa una persona con alzhéimer. Se trata de un tipo de secuencia de petición, que adopta la estructura de un par adyacente de pregunta-respuesta, y que se emplea para “facilitar que el hablante en curso siga ampliando el tema que desarrollaba, con frecuencia una historia conversacional” (Gallardo Paúls, 1996: 78). Cuando el hablante B no ofrece una respuesta satisfactoria o “prioritaria” al turno iniciativo del hablante A, la secuencia se alarga hasta lograr esa “integridad” de la que hablábamos arriba.
- *Secuencias de lateralización*: se caracterizan por provocar una discontinuidad formal o semántica que interrumpe (momentánea o definitivamente) el hilo del discurso. Esta discontinuidad puede ser de carácter interno (básicamente, las actividades de rectificación

⁸⁵ Aquí no nos detendremos en desarrollar estas correlaciones. Véase Gallardo Paúls (1993b) para un conocimiento detallado de las relaciones entre los tipos de secuencias temáticas y su polaridad perceptiva.

conversacional, provocadas por el mismo discurso) o de carácter externo (porque el interlocutor introduce un tema motivado por el contexto).

- *Secuencias de inserción*: son aquellas que aparecen incrustadas dentro de otra, por lo general, en el interior de un par adyacente. Son casos en los que el oyente necesita una información específica antes de poder dar su respuesta, por lo que intercala un nuevo inicio solicitando esa información necesaria.

En las transcripciones que hemos utilizado para el estudio de las conversaciones con un hablante con demencia no solemos recoger ejemplos de secuencias marco, ya que tomamos la decisión de no analizar los cinco primeros y últimos minutos de las grabaciones. No obstante, en ocasiones pueden observarse intervenciones de los informantes típicas de las secuencias de cierre, en momentos en los que el participante con demencia expresa su interés por dar por terminada la conversación. En cualquier caso, no nos detendremos en el análisis de las secuencias de apertura o de cierre por su escasa presencia en nuestro corpus. Lo que sí que haremos será centrarnos en el estudio de dos tipos de secuencias temáticas que, por la importancia que adquieren en la conversación deficitaria, merecen un lugar diferenciado y un desarrollo en profundidad. Nos estamos refiriendo a la secuencia de historia y a la secuencia de lateralización.

12.1 Secuencias de historia

Una de las funciones básicas de la conversación es la transmisión de información entre los participantes. Narrar hechos puede tener un componente lúdico, ser una simple excusa para socializar con otros hablantes, o puede ser la razón principal por la que se entabla una conversación. Normalmente, toda narración se configura a partir de un esquema tripartito [prólogo-historia-evaluación] a modo de la superestructura narrativa propuesta por Van Dijk (1978a) y los estudios sobre narratividad realizados desde múltiples perspectivas. No obstante, el tema de la (in)adecuación de las historias relatadas por los hablantes con alzhéimer de acuerdo con este esquema cognitivo-textual será un punto que trataremos en el capítulo dedicado a la pragmática textual. En este apartado, en cambio, nos centraremos en la construcción compartida de las secuencias de historia y haremos hincapié en la carga cognitiva asumida por cada hablante en el

proceso narrativo. Tomaremos como base para este análisis el paradigma de la “cognición distribuida” (Rogers y Ellis, 1994; Hutchins, 1995; Clark, 1997) y sus aplicaciones en el ámbito de la interacción conversacional con personas con déficits comunicativos ocasionados por un déficit cognitivo (Wu *et al.*, 2008; Hydén, 2014; Müller y Mok, 2014).

En el marco del estudio de las habilidades lingüísticas de las personas con alzhéimer, las investigaciones psicolingüísticas han privilegiado el análisis de su capacidad para producir narraciones, principalmente, a partir de tareas en las que se les encomendaba contar un cuento o relatar partes significativas de su vida (Ulatowska *et al.*, 1988; Ska y Guénard, 1993; Labos, 2003); estos trabajos suelen tener como marco de referencia las propuestas generativistas sobre gramáticas de historias. Por otro lado, los trabajos que adoptan una perspectiva centrada en la interacción lingüística han preferido poner su foco de atención en el proceso de construcción de la narración. Por ejemplo, Ramanathan (1994, 1995, 1997) ha identificado una serie de comportamientos de los familiares de personas con demencia que pueden provocarles un rechazo a la hora de producir un relato. Esta situación se suma a la ya de por sí difícil tesitura en la que se encuentra una persona con alteraciones en la memoria frente a la posibilidad de organizar un discurso que recoja de forma cronológica los acontecimientos más relevantes de su vida. En este sentido, la ayuda del interlocutor clave es fundamental para que la persona con alzhéimer pueda elaborar una historia lo más detallada posible. Así, en un estudio de Kemper *et al.* (1995), se afirma que los hablantes con DTA fueron capaces de contar “*significantly longer and more elaborated personal narratives in collaboration with their spouses than they were able to tell in the solo condition*” (Kemper *et al.*, 1995: 214).

En definitiva, las personas con demencia tienen que usar sus habilidades lingüísticas y cognitivas en coordinación con otras personas para realizar conjuntamente actividades de la vida diaria, que abarcan desde preparar la comida a decidir la ropa que van a ponerse. Y entre estas acciones también se encuentran la conversación cotidiana y la narración de sucesos autobiográficos. Por lo tanto, resulta esencial organizar la colaboración de los participantes de tal manera que los déficits causados por la demencia puedan ser compensados por el resto de individuos sin demencia, lo cual se hace teóricamente posible desde una perspectiva de estudio que considera que los recursos cognitivos no son exclusivamente individuales, reducidos a ciertas partes del cerebro/mente de una persona, sino parte de un “ecosistema” cognitivo y comunicativo

(Goodwin, 2004; Hutchins, 2010) donde los procesos cognitivos pueden “distribuirse” entre los miembros de un grupo social (Hollan *et al.*, 2000). Esta teoría de la cognición distribuida es la que asumimos en la descripción de nuestro corpus.

Uno de los aspectos que se incluyen dentro de la cognición distribuida es el *collaborative remembering*, es decir, la habilidad para recordar sucesos de manera compartida (Hydén, e.p.). Este proceso es particularmente importante en las secuencias de historia insertas en conversaciones en las que participa una persona con DTA:

```
*CGS:      este [/ -] este nos nació el treinta de octubre del
            sesenta .
%gpx:      (illustrator: deictic) points at his son .
*HIJ:      muy bien .
*CGS:      y ella el veintiocho de se [/ -] no sé (.) sesenta y
            tres ?
*HIJ:      0 <[=! laughs]> [>] . [+ trn]
*HER:      0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
*HER:      quién [/ -] quién es mayor ?
*HER:      qué manía de ponerme más [/ -] más años .
*HER:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*CGS:      en el sesenta y dos [/] en el sesenta y dos .
*MUJ:      no [/] no .
*HER:      que no .
*MUJ:      cuándo [/ -] cuántos años se llevan ?
*HER:      que [/ -] si lo sabe (.) déjale que piense .
*CGS:      el sesenta (.) tú naciste pues en el sesenta yyy uno
            sería „ o qué ?
*HER:      no (.) cuántos años nos llevamos (.) mi hermano y yo
            ?
*CGS:      tres o cuatro .
*HER:      no .
*CGS:      o cinco .
*HIJ:      <casi> [>] .
*HER:      <no> [<] casi .
*MUJ:      más de cinco .
*CGS:      o seis .
*MUJ:      eso sí .
*CGS:      pues en el sesenta y seis nació mi hija .
*MUJ:      eso sí .
```

Ejemplo 36. Grabación 2 CGS1. Nivel inicial. Los familiares del hablante con DTA lo ayudan a recordar un dato de manera colaborativa.

Esta forma de redistribuir las actividades y las responsabilidades en la interacción remite a la “teoría del andamiaje” propuesta por Bruner y sus colegas (Wood *et al.*, 1976). Según esta teoría, que surgió en el ámbito del aprendizaje infantil, el adulto o “experto” construye una estructura, un andamio, a partir de la organización de tareas, apoyos y comentarios de tal manera que el niño, con esta ayuda, pueda resolver un problema por sí mismo. Hydén (e.p.) aplica este modelo a los casos de cognición

distribuida en los que participa una persona con alzhéimer y, en ellos, distingue tres tipos de andamiaje:

1. *Encuadre de la actividad*: compuesto por elementos que facilitan las contribuciones a la actividad conjunta.
2. *Acciones*: compuesto por elementos que permiten la realización de contribuciones significativas a la actividad.
3. *Actividad reparadora*: compuesto por elementos que se encargan de resolver los problemas que surgen durante la actividad colaborativa.

Esta última clase de andamiaje, en términos de Hydén, será la protagonista de un apartado posterior, como representante de un tipo de secuencia lateral. En este momento nos centraremos en aquellas aportaciones de los interlocutores sin demencia que ayudan a construir una secuencia de historia dentro de una conversación. En un plano general, los interlocutores clave monitorizan las contribuciones de los hablantes con alzhéimer y son los encargados de guiar el proceso narrativo cuando la capacidad cognitiva de estos últimos compromete el éxito de la interacción. Por ejemplo, una de las mayores dificultades que acompañan a la enfermedad de Alzheimer es el corto período de tiempo que se puede mantener la atención en el transcurso de una actividad; esto da lugar a continuas digresiones que afectan a la coherencia del discurso. En estos casos, la función más facilitadora del interlocutor clave es, posiblemente, la de reconducir las contribuciones de la persona con DTA hacia el tema que se estaba tratando. En el siguiente ejemplo, FGB y su hijo están discutiendo sobre la mala salud dental de ambos, lo que ocasionó que el primero necesitase llevar una dentadura postiza y el segundo haya tenido problemas con las piezas dentales. En un momento dado, parece que el informante vuelva a un tema del que se había estado hablando anteriormente en la conversación, la cantidad de nietos que tenía. La intervención del interlocutor clave, a través de la mención explícita del tema de conversación en curso, se hace necesaria para recuperar la atención del hablante con DTA y mejorar la función de la memoria de trabajo:

*FGB: claro (.) por eso te digo (.) que los tengo .
 *HIJ: sí (.) que los tiene todos .
 *HIJ: &*FGB: todos .
 *HIJ: pagados .
 %gpx: (illustrator: kinetograph) close his hand and hits
 the table, gesture of paying with money .
 *FGB: menos dos o tres .
 *HIJ: o cuatro .
 *FGB: no [/] no [/] no .
 *HIJ: no [/] no ?
 *HIJ: bueno muy bien [/] muy bien .
 *FGB: la niña (.) el niño↑ .
 %gpx: (regulator: beat) .
 *HIJ: estamos hablando de dientes .
 *FGB: ah (.) dientes .
 %gpx: (illustrator: deictic) points at his mouth .
 *HIJ: sí (.) dientes .
 *FGB: es que yo con lo mejor que como es con los dientes .

Ejemplo 37. Grabación 26 FGB2. Nivel avanzado. El interlocutor clave ayuda al funcionamiento de las habilidades de atención y memoria del hablante con DTA mediante la mención del tema de conversación.

En otras ocasiones las aportaciones de los interlocutores clave a las historias contadas por los hablantes con alzhéimer no tratan de reorientar sus contribuciones hacia el lógico discurrir de la conversación, sino que sirven para dotar de significado a las intervenciones de estos últimos en aquellos casos en los que los problemas comunicativos y cognitivos afectan gravemente a la coherencia discursiva. Este comportamiento por parte de los cuidadores es sintomático de su deseo de otorgar un sentido a las intervenciones de las personas con demencia que conforman una secuencia de historia, a la vez que parece mostrar una desconfianza en que el informante sea capaz de encauzar sus contribuciones dentro de un mismo marco temático aun con la ayuda del interlocutor clave.

Profundicemos, por ejemplo, en el caso de la grabación 10 MMT1. En la conversación que mantuvieron el interlocutor clave y el investigador con esta informante, la persona con demencia, MMT, emitió muchas secuencias de historia en las que se producían constantes digresiones temáticas, continuos cambios de sujeto y fallos de cohesión por la dificultad para identificar el referente de los pronombres. Cuando estos problemas afectaban a la inteligibilidad del discurso de MMT, su marido intentaba resolverlos mediante la explicitación del sujeto de los enunciados:

*MMT: es que tenemos tantos flores† .
*MMT: y las cogían (.) las [/ -] los niños (.) les echaban
las flores así así p(ara) arriba p(ara) arriba .
%gpx: (illustrator: kinetograph) moves her arms up .
*MMT: pero [/ -] pero estaba precioso todo .
*MMT: y es la niña que donde está allí .
%gpx: (illustrator: deictic) points to the left .
*MMT: y [/ -] y lo que está allí (.) que está bonito (.) que
es el crucifijo y todas esas cosas .
*MAR: ah !
*MAR: la cena [/ -] la Santa Cena .
*MAR: no (.) te está hablando .
*MAR: &*INV: uhhum .
*MAR: de la Santa Cena .
*INV: sí [/] sí (.) del cuadro .

Ejemplo 38. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. El interlocutor clave identifica el sujeto del enunciado ambiguo emitido por la hablante con DTA.

A través de estos ejemplos hemos podido constatar la necesidad de que las secuencias de historia se construyan de forma compartida entre el hablante con alzhéimer y su interlocutor clave. En las etapas intermedia y avanzada de la demencia, es fácilmente detectable la importancia de la puesta en juego de este andamiaje para lograr completar una narración significativa y con coherencia entre sus partes.

Esta situación no es comparable a la que se produce en las interacciones con una persona en el nivel inicial de la enfermedad. En las conversaciones de nuestro corpus pertenecientes a esta etapa inicial (recordemos que nuestras grabaciones nacen con la finalidad de grabar a la persona con alzhéimer) las secuencias de historia comenzadas por el hablante con DTA presentan una extensión mucho mayor que en fases posteriores, pudiendo considerarse en algunos casos que la interacción se compone básicamente de una serie de relatos autobiográficos del sujeto con demencia, sin que exista un nivel similar de participación de cada interlocutor. De hecho, las intervenciones de los familiares y del investigador se reducen a continuadores y breves valoraciones que, unidos a ciertas secuencias de retroalimentación, otorgan todo el peso de la narración a la persona con alzhéimer. Sin embargo, estas habilidades narrativas se van reduciendo a medida que avanza la enfermedad y los hablantes con DTA deben confiar en el apoyo cognitivo y comunicativo que les facilitan los interlocutores clave para construir una secuencia de historia o cualquier otra acción, sea lingüística o no, de manera adecuada.

12.2 Secuencias de concordancia

Por otra parte, en las interacciones grabadas en las que participa una persona con demencia se suceden con mucha frecuencia secuencias de tipo concordante. La explicación de por qué esta secuencia aparece con tanta asiduidad en nuestro corpus tiene que ver, una vez más, con dos motivos de diversa naturaleza que son característicos de nuestras grabaciones. En primer lugar, aunque el propósito declarado a los familiares de la persona con alzhéimer fue que con las grabaciones pretendíamos documentar la manera en la que se comunicaban día a día con ellos, la actitud que mostraron tanto el hablante con DTA como su interlocutor clave fue, en buena parte de los casos, encaminada a mostrar las habilidades comunicativas de la persona con alzhéimer. De este modo, en las grabaciones se evidencia una estrategia consistente en que el interlocutor clave y, en casos concretos, el investigador, introducen, a través de preguntas, temas de conversación que son desarrollados por los hablantes con DTA en sus turnos de respuesta. Sea por un reflejo de otras tareas y pruebas que anteriormente haya realizado el individuo que desarrolla la demencia (en las que el sujeto y sus capacidades son los únicos objetos de estudio), o bien, por la presencia excepcional de una cámara y de una persona desconocida, la realidad es que en muchas grabaciones se percibe cierto clima de conversación semidirigida por parte de los interlocutores sin alzhéimer.

Asimismo, podemos adivinar una estrecha relación entre la profusión de secuencias de concordancia y la necesidad de los cuidadores de conocer los recuerdos que conserva o ha perdido su familiar con DTA. Como indicábamos en un apartado anterior sobre preguntas y respuestas, en el desarrollo de las conversaciones se observa cómo los interlocutores clave realizan una gran cantidad de cuestiones sobre el pasado autobiográfico de los hablantes con alzhéimer. Evidentemente, esta sucesión de preguntas y respuestas da lugar a que la conversación se estructure en gran medida a través de secuencias de concordancia.

En segundo lugar, la progresión del deterioro cognitivo y comunicativo provoca que los turnos de los informantes con demencia sean más cortos y que el contenido que transmiten presente más fallos e incoherencias a medida que avanza la enfermedad. Por lo tanto, en las conversaciones con sujetos que se encuentran en un estadio más avanzado de la DTA se observa una menor cantidad de secuencias de historia y, por el contrario, un mayor número de secuencias de concordancia; dadas estas dificultades

comunicativas, existe un intercambio de turnos más dinámico entre los interlocutores. De hecho, en la presentación de los tipos de secuencia temática fundamentales, señalábamos la frecuencia con la que aparecían *secuencias de retroalimentación* –como subtipo de secuencia de concordancia– en las conversaciones en las que participa una persona con alzhéimer. No es un dato que deba sorprendernos, pues estas son secuencias que se caracterizan por que un hablante requiere a su interlocutor información adicional sobre un tema de conversación. En el caso del corpus que hemos analizado, estas situaciones suelen darse de manera habitual en aquellos momentos en los que el informante con DTA no recuerda algún acontecimiento de su vida del que se está hablando o en instantes en los que el resto de los interlocutores quieren saber más sobre el tema en cuestión. En este sentido, las preguntas del interlocutor clave o del investigador funcionan como soporte y estímulo para que el hablante con alzhéimer logre construir un relato más extenso y con más contenido.

Obsérvese, por ejemplo, el siguiente fragmento de transcripción que traemos a colación. En él se recoge un momento de la conversación entre FGB, una persona que se encuentra en una fase avanzada de la demencia, y su hijo (con una pequeña aportación por parte del investigador). Como se puede comprobar, el interlocutor clave intenta que su padre recuerde datos muy precisos y relevantes de su vida a través de preguntas con las que trata de ir acotando el tema ante los evidentes fallos de memoria del sujeto con DTA. Si acudimos a la transcripción completa podemos ver que esta secuencia de retroalimentación se alarga durante bastantes turnos más, pues es la manera que el interlocutor conversacional parece considerar más adecuada para comunicarse con su padre:

```
*HIJ:      en qué año vino a Valencia ?
*HIJ:      el qué pasó el año que vino a [/-] a Valencia ?
*HIJ:      en qué año vino ?
*FGB:      en qué año vivo ?
*INV:      no .
*HIJ:      vino a Valencia desde Málaga .
%gpx:      (illustrator: spatial) points downwards .
*HIJ:      en qué año ?
*HIJ:      qué es lo que pasó ese año ?
%gpx:      (emblem) FGB makes a gesture of not knowing .
*FGB:      pues yo ahora→ .
*HIJ:      cuando vino a Valencia no llovió mucho ?
*FGB:      sí .
*HIJ:      qué pasó ese año ?
*FGB:      ese año (.) que yo sepa→ .
%gpx:      (emblem) makes a gesture of not knowing .
*HIJ:      no fue el año de la riada ?
*FGB:      sí .
```

- *HIJ: y qué [/ -] y dónde estaba usted que no podía irse +//?
 *HIJ: dónde vivía entonces (.) en la Cañada (.) en Paterna o dónde ?
 *FGB: pues yo vivía (.) creo que era en la Cañada (.) creo
 .

Ejemplo 39. Grabación 26 FGB2. Nivel avanzado. Secuencia de retroalimentación entre el hablante con DTA y su interlocutor clave.

12.3 Secuencias de lateralización: las rectificaciones

El tercer tipo de secuencia que vamos a tratar es la de lateralización, en concreto, aquella en la que se produce un problema comunicativo que da lugar a una reformulación de lo dicho. Este tipo de secuencia se ha venido en llamar *secuencia de rectificación*⁸⁶ y ha sido profusamente estudiada en poblaciones con y sin déficit lingüístico a partir de los presupuestos del Análisis Conversacional (Schegloff *et al.*, 1977; Ferguson, 1992; Watson, 1999; Valles González, 2009). Esto no es de extrañar, ya que esta metodología de investigación se centra en cómo se organiza la interacción y en cómo se negocian los significados entre los interlocutores.

Si la comparamos con una interacción conformada por hablantes sin ningún tipo de déficit comunicativo, en el caso de las conversaciones en las que participa alguna persona con demencia las alteraciones comunicativas dan lugar a un mayor número de situaciones en las que una secuencia de rectificación es necesaria. En particular, las dificultades para el acceso léxico provocan la anomia que caracteriza desde el principio a las producciones lingüísticas de los hablantes con alzhéimer. En este sentido, es pertinente estudiar las diversas causas y manifestaciones de estos problemas comunicativos y la forma de resolverlos, bien sea por parte de otro interlocutor o por parte del hablante en curso. Hay que tener en cuenta, además, que rectificar las intervenciones de otro hablante puede ser considerado como un acto que amenaza la

⁸⁶ Preferimos el término *rectificación* a *reparación*, muy utilizado por contagio de la voz inglesa *repair*. Del mismo modo, siguiendo las puntualizaciones de Schegloff *et al.* (1977), estamos de acuerdo en no usar *corrección* ni *error*, ya que los hablantes a veces revisan sus enunciados cuando no existe un error aparente y, por otro lado, pueden ignorar un error o una ambigüedad si no impide la capacidad para producir una próxima intervención secuencialmente relevante. Esto, que ocurre en las conversaciones entre personas sin ningún déficit comunicativo, cobra especial importancia en el caso de interacciones en las que participa una persona con demencia, ya que sugiere que no todos los errores que se dan a causa de las alteraciones comunicativas serán necesariamente “problemas” que requieran una rectificación.

imagen del interlocutor. Este hecho es, incluso, más significativo en el contexto de la demencia de tipo alzhéimer, donde los hablantes sin demencia pueden caer en dos extremos: estar pendientes de rectificar rápidamente el mínimo “error” cometido por la persona con DTA o, por el contrario, ser reticentes a señalar estos problemas por miedo a incurrir en un acto de descortesía verbal. Por esta razón, frente a una secuencia de rectificación, los interlocutores clave necesitan mantenerse en un lugar intermedio entre ambas posturas, sin ofender a la persona con DTA, ni ocupar su lugar conversacional, y proporcionándole la ayuda que requiera para intervenir significativamente en la conversación (Guendouzi y Müller, 2006: 102). Obviamente, esta habilidad no es sencilla de cultivar en todos los casos, aunque presumimos que el interlocutor clave actúa guiado por una intención colaborativa que facilita el desarrollo de la interacción. Además, existe una serie de programas de entrenamiento conversacional para los cuidadores de personas con afasia (por ejemplo, el *SPPARC* de Lock *et al.*, 2001) y de hablantes con alzhéimer (véase el caso del programa *TRACED* de Small y Perry, 2013) que proporcionan herramientas válidas para enfrentarse a los problemas comunicativos y a su posible rectificación.

Asimismo, el estudio de las rectificaciones es importante porque la capacidad pragmática se puede manifestar a través de la habilidad para identificar los problemas comunicativos y para poder subsanarlos, en una suerte de capacidad *metapragmática* que es foco de atención específico en la lingüística clínica. Las rectificaciones sirven como señal de una monitorización cognitiva efectiva (Valles González, 2009: 262); es decir, por una parte, su empleo muestra que el hablante es capaz de identificar un fallo en su expresión o de pedir información para comprender a su interlocutor. Por otra parte, la utilización de una rectificación nos indica el interés que un hablante tiene por lo que dice otro o, en el caso de las rectificaciones del propio discurso, por transmitir la información de manera clara y concreta. En la demencia, dado el déficit cognitivo que aumenta la existencia de dificultades comunicativas en la conversación, la capacidad de hacer rectificaciones es particularmente importante.

En algunos casos, la actividad rectificadora se produce antes de que pueda percibirse ningún fallo en la comunicación. Como apuntan Hernández Sacristán *et al.* en el estudio introductorio a su protocolo de exploración de las habilidades metalingüísticas naturales en la afasia, *MetAphAs*:

La autocorrección puede entenderse a veces en términos de reinicio con el que modificamos un plan expresivo a fin de evitar posibles problemas en la producción de un enunciado (o incluso problemas de comprensión que anticipamos en nuestro interlocutor). Esto es, las autocorrecciones tendrían que ver en ocasiones, no tanto con errores detectados, cuanto con potenciales errores que se evitan (Hernández Sacristán et al., 2014: 30).

Del mismo modo, como adelantábamos en la última nota al pie, detectar un posible problema de comunicación no implica necesariamente que el hablante inicie una secuencia de rectificación en el caso en que no considere el fallo lo suficientemente grave como para alterar el plan comunicativo. Así, la rectificación no solo presupone una capacidad para monitorizar lo dicho y lo que se va a decir a continuación, sino que pone en juego otras habilidades dependientes de la función ejecutiva general, como la toma de decisiones. En términos de Hernández Sacristán *et al.* (2014: 31), en una rectificación se dan los siguientes procesos ejecutivos:

Corrección = Monitorización de un error + Evaluación del error + Toma de decisión

Una vez establecida la pertinencia de realizar un estudio sobre el uso de la rectificación en las conversaciones con una persona con DTA, debemos profundizar en las características de las secuencias de rectificación. Para ello, seguimos la senda marcada por los etnometodólogos en uno de sus trabajos clásicos (Schegloff *et al.*, 1977), en el que Schegloff, Jefferson y Sacks distinguen dos parámetros a tener en cuenta: las rectificaciones, que se producen a partir de un problema comunicativo, constan de dos momentos: un inicio y un final, y cada uno de estos momentos puede ser protagonizado por el propio hablante en cuyo turno se sitúa el problema o por su interlocutor. Esto es, por un lado tenemos que las rectificaciones pueden ser realizadas por el hablante o por su interlocutor y, por esta razón, se dividen entre *auto-rectificaciones* y *hetero-rectificaciones*. Por otro lado, dependiendo de quién comienza la secuencia de rectificación, de quién señala el problema, estas pueden ser *auto-iniciadas* o *hetero-iniciadas*. Además, es importante resaltar que el hablante que inicia una rectificación no tiene por qué ser el mismo que la produce efectivamente, por lo que podemos encontrarnos con (1) *auto-rectificaciones hetero-iniciadas* y con (2) *hetero-*

rectificaciones auto-iniciadas. No obstante, otras trayectorias de rectificación únicamente cuentan con la acción de un mismo hablante. El esquema de los tipos de trayectorias de rectificación se completa, por tanto, con las (3) *auto-rectificaciones auto-iniciadas* y con las (4) *hetero-rectificaciones hetero-iniciadas*. Pero además, es posible que la señalización de la existencia de un problema comunicativo no desemboque en la subsecuente rectificación. En estos casos, nos enfrentamos a otros dos tipos de trayectorias de rectificación truncadas, (5) *no rectificación auto-iniciada* y (6) *no rectificación hetero-iniciada*, que no han recibido el mismo nivel de análisis por parte de los investigadores de la conversación.

Según afirman Schegloff *et al.* (1977: 375-376), el tipo más frecuente de secuencia en la conversación cotidiana es aquella en la que el hablante en curso inicia y termina una trayectoria de rectificación en el mismo turno, es decir, la auto-rectificación auto-iniciada. De manera lógica, existe una preferencia por la auto-rectificación, ya que las oportunidades para señalar un problema comunicativo se presentan con anterioridad para el hablante que está en posesión del turno de palabra y este se da cuenta antes de la necesidad de aclarar y rectificar su intervención. No obstante, si el hablante no procede con esta rectificación en este momento, existen sucesivas oportunidades para que él o el interlocutor puedan hacerlo en turnos posteriores según un orden de preferencia establecido (cf. Levinson, 1983: 341).

En el caso de las conversaciones en las que participa una persona con DTA, el mayor o menor uso de uno u otro tipo de trayectoria de rectificación es particularmente importante. Así, en primer lugar, la capacidad para señalar y rectificar un fallo comunicativo propio (auto-rectificación auto-iniciada) demuestra que el hablante tiene conciencia de sus dificultades lingüísticas y la habilidad para ponerse en el lugar de sus interlocutores; es decir, indica que el hablante es consciente de que debe aclarar algo que ha dicho para ayudar al oyente a lograr un entendimiento mutuo. En definitiva, es un claro ejemplo de teoría de la mente, en tanto que la persona con alzhéimer es capaz de prever la intelección que hará el interlocutor. En segundo lugar, la capacidad de iniciar una secuencia de rectificación de una intervención del interlocutor clave (auto-rectificación hetero-iniciada) es una habilidad importante para compensar el déficit cognitivo, incluyendo los fallos de memoria y las dificultades de comprensión que pueden entorpecer la capacidad de la persona con demencia para producir una reacción apropiada (Perkins *et al.*, 1998).

Por otro lado, desde el punto de vista de los interlocutores sin alzhéimer, las hetero-rectificaciones pueden darse tras un problema detectado por el hablante con DTA (hetero-rectificación auto-iniciada), o directamente por iniciativa propia (hetero-rectificación hetero-iniciada). En el primero de estos casos, suele ocurrir que el interlocutor de la persona con demencia repone una palabra a la que esta no consigue acceder. En las hetero-rectificaciones hetero-iniciadas encontramos, fundamentalmente, correcciones de fallos cometidos por el hablante con alzhéimer.

Pensamos que este último tipo de secuencia de rectificación es el más lesivo para la imagen de la persona con demencia, ya que muestra a las claras las dificultades comunicativas que experimentan y, además, no les permite rectificar el problema, sino que ya les dan la solución. Es probable, no obstante, que el grado de la enfermedad en que se encuentre la persona determine la pertinencia de uso de esta estrategia de rectificación, pues, aunque en una etapa avanzada puede convertirse en la manera más rápida y certera de hacer avanzar la interacción de manera coherente y sin que la persona con déficit se ofenda por ello, en las primeras fases puede provocar rechazo y un sentimiento de discapacidad. Por lo tanto, es preferible, hasta el momento que esto sea posible, señalar el problema comunicativo y dejar que sea el hablante con demencia el que efectúe la rectificación. Por supuesto, confluyen aquí múltiples causas que pueden convertir la conversación con personas con DTA en una experiencia estresante o dificultosa para los interlocutores clave: desde su propia habilidad discursiva y conversacional, hasta los variados factores psicológicos que envuelven las relaciones familiares y la gestión de la enfermedad y del dolor; todos ellos nos llevan a defender la importancia de atender la gestión conversacional en los programas de ayuda a los cuidadores y al personal sanitario, tanto desde una perspectiva institucional como desde las instancias académicas y sanitarias (cf. Martín Duarte *et al.*, 2008, como representante de un manual de ayuda al familiar en su comunicación con los profesionales, otros cuidadores y el enfermo, y Small y Gutman, 2002, o Small *et al.*, 2003, como ejemplos de estudios académicos que reproducen las estrategias comunicativas que los cuidadores afirman emplear y analizan cuáles son más o menos eficaces).

En un segundo paso del análisis, siguiendo fundamentalmente la clasificación propuesta por Watson (1999), organizamos los comportamientos que señalan un problema comunicativo y los tipos de rectificación de la siguiente manera:

- *Comportamientos que señalan un problema comunicativo:*

1. *Disfluencias:* emisiones del propio hablante que indican una dificultad para producir el mensaje: pausas oralizadas, reinicios, repeticiones de sonidos y de sílabas, etc.
2. *Falta de continuación:* enunciados inacabados a causa de un problema de acceso léxico con entonación suspendida.
3. *Equivocación:* informaciones no correctas que el oyente percibe y quiere corregir.
4. *Comentario metalingüístico:* emisiones que expresan de forma explícita una falta de comprensión de lo dicho o la imposibilidad de producir un mensaje.
5. *Petición mínima de repetición:* emisiones del oyente que indican que no ha entendido o no ha oído algo del turno anterior, pero sin especificar el problema.
6. *Petición de confirmación:* repetición de parte del turno anterior con entonación ascendente.
7. *Petición de información específica:* pregunta por parte del oyente que trata de obtener más información o que el hablante sea más preciso.
8. *Hipótesis:* intento de adivinar qué quiere decir el hablante mediante una pregunta en la que se encuentra la información que falta.

- *Tipos de rectificación:*

1. *Repetición:* Repetición de parte o toda la intervención donde se encuentra el problema comunicativo, sin añadir información nueva.
2. *Revisión / Reformulación:* Cambio en la forma del enunciado, pero manteniendo el mismo contenido (utilización de palabras o sintaxis diferentes); vacilaciones, pausas, etc.
3. *Adición / Especificación:* Inclusión de información adicional o de información más específica que la que se contenía en el enunciado donde residía el problema.
4. *Confirmación / Rechazo:* Respuesta de tipo afirmativo o negativo que es necesaria para aclarar algún problema en la conversación.

5. *Corrección*: Puede suponer un turno completo en el que se explicita un error en el turno anterior y se corrija o simplemente ser la palabra correcta que el interlocutor ha confundido.

Con estas variables de estudio presentes (trayectorias de rectificación, comportamientos que señalan un problema comunicativo y tipos de rectificación), hemos elegido una muestra para el análisis de las secuencias de rectificación en nuestro corpus de conversaciones con una persona con DTA consistente en 15 fragmentos de 10 minutos que se distribuyen equitativamente entre las tres etapas de la demencia estudiadas (Pérez Mantero, 2014b). Tal y como ocurre en el resto de análisis de diversos aspectos comunicativos comprometidos en la demencia, tomamos una perspectiva diacrónica que nos permita establecer características diferenciadas en las secuencias de rectificación a lo largo de las distintas fases de la enfermedad de Alzheimer.

En la siguiente tabla se muestra el número mínimo y máximo de ocasiones en las que cada tipo de trayectoria de rectificación es protagonizada por los distintos participantes. Se debe tener en cuenta, tal y como afirman Perkins *et al.* (1999) en su estudio sobre rectificaciones en afasia, que el nivel de variabilidad que se produce entre las conversaciones y los distintos interlocutores es demasiado alto como para buscar una sistematicidad, por lo que las cuantificaciones deben ir siempre acompañadas de un análisis cualitativo:

Nivel Inicial						
	Auto-Auto	Auto-Het	Het-Auto	Het-Het	Auto-No	Het-No ⁸⁷
Informante	13-23	1-2	0-2	0-2	1-4	0
Otros	0-8	0	0-2	0-1	0-1	0-1
Nivel Intermedio						
Informante	3-24	0-2	0-7	0-6	0-4	0-1
Otros	7-13	0	1-5	0-1	0-1	0-1
Nivel Avanzado						
Informante	9-27	0-6	0-10	0-5	1-6	0-4
Otros	4-16	0	2-4	0-1	0-1	0-1

Tabla 15: *Trayectorias de rectificación según el nivel de la DTA.*

⁸⁷ Los constituyentes separados por el guion siguen el orden de la secuencia de rectificación (inicio-producto). Por lo tanto, “Auto-Auto”= auto-rectificación auto-iniciada; “Auto-Het”= hetero-rectificación auto-iniciada; “Het-Auto”= auto-rectificación hetero-iniciada; “Het-Het”= hetero-rectificación hetero-iniciada; “Auto-No”= no-rectificación auto-iniciada; “Het-No”= no-rectificación hetero-iniciada.

En primer lugar, tal y como ocurre en las conversaciones entre personas sin déficit comunicativo, observamos que en todas las etapas del alzhéimer las *auto-rectificaciones auto-iniciadas* son el tipo de trayectoria de rectificación más empleado, muy por encima de cualquier otro. Así, existe una media de 18,4 rectificaciones en el nivel inicial, 11,8 en el nivel intermedio y 15 en el nivel avanzado. Sin embargo, como acabamos de apuntar, es muy difícil hacer una comparación entre estos tres datos, ya que la variación entre las distintas conversaciones pertenecientes a una misma etapa puede ser muy grande: 3-24 en la etapa intermedia; 9-27 en la etapa avanzada.

De estos datos se puede extraer el convencimiento de que las personas con alzhéimer no pierden la capacidad para rectificar sus propias intervenciones hasta una etapa en el que el deterioro comunicativo es muy grave. Esto indica también que son conscientes de que necesitan modificar su mensaje para que sea ajustado a la verdad y el oyente pueda comprenderlo, a la vez que muestra sus dificultades crecientes en la producción lingüística. En cuanto al tipo de inicio más empleado, sin duda, las *auto-rectificaciones auto-iniciadas* se desarrollan fundamentalmente a partir de disfluencias mínimas que el mismo hablante corrige a través de reformulaciones:

*MSS: yo como al [/-] cuando fui al médico me hizo receta
 de pensionistas.

Ejemplo 40. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. La hablante con DTA señala un problema en su enunciado mediante de una disfluencia y lo rectifica a través de una reformulación.

En segundo lugar, el resultado de nuestros análisis sobre *hetero-rectificaciones auto-iniciadas* (es decir, aquellas cuyo inicio está en el propio turno del hablante con demencia, pero que efectivamente realizan los interlocutores), nos indica que aparecen en todas las conversaciones del nivel inicial, en tres del nivel intermedio y en solo una del nivel avanzado, aunque en esta lo hace hasta en seis veces.

*TRM: que un día hice así .
%gpx: (illustrator: kinetograph) gesture of falling down .
*TRM: como un recalcón (.) dice +"/.
*TRM: +" huy (.) eso es (.) el hueso .
*TRM: así como→ .
*HIJ: osteoporosis .

Ejemplo 41. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. La hablante con DTA presenta un fallo de acceso léxico que señala a través de un enunciado suspendido. El IC completa la rectificación a través de una especificación.

En este caso, tal y como aparece en el ejemplo anterior, la secuencia más típica es la siguiente: una falta de continuación por parte del hablante con DTA, normalmente debida a problemas de acceso léxico, seguida por una rectificación del interlocutor de tipo adición / especificación.

Sin embargo, es interesante observar en este punto que, en bastantes ocasiones, aparecen casos en los que existe un problema de comunicación de este tipo, es decir, un caso de falta de continuación por anomia en el que el interlocutor opta por no suplir la palabra necesaria. La razón de este comportamiento bien podría ser que el familiar de la persona con demencia considere normal estos problemas de comunicación a causa de la enfermedad y que, por no evidenciar más estas dificultades, las pase por alto:

*LGP: es que cuando vinimos aquí (.) nos [/-] nos [/-] nos quedamos ahí en un eso grande de→ .
 %gpx: (illustrator: pictograph) draws the shape of an arch
 .
 *LGP: que hay varias [/-] varias sitios (.) que trabajan allí ooo [/-] o que tienen preparado para los que quieren entrar .

Ejemplo 42. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con DTA muestra un problema de anomia que el interlocutor clave no rectifica.

Hasta aquí hemos ofrecido un repaso por las secuencias de rectificación en las que el problema comunicativo está en un turno de la persona con DTA y ella misma lo señala. A continuación profundizaremos en los casos en los que son directamente los interlocutores los que detectan la dificultad comunicativa. Tenemos en primer lugar las *auto-rectificaciones hetero-iniciadas*, que son aquellas iniciadas por el familiar y efectivamente realizadas por la persona con DTA. Es, prácticamente, el único tipo de secuencia en el que se observa una progresión constante a lo largo de la enfermedad. De unas 0,6 de media en la etapa inicial se pasa a 2 en la etapa intermedia y a 3,4 en la etapa avanzada. Los comportamientos que señalan un problema e inician la rectificación son la petición de información específica y la petición de confirmación, fundamentalmente. La primera se utiliza cuando el interlocutor detecta que la información transmitida por la persona con DTA no es todo lo precisa que necesitaría, y la segunda, cuando el oyente tiene dudas acerca de lo dicho por el hablante y quiere que confirme su veracidad. En algunos casos esta señalización se produce a través de la formulación de una hipótesis que contiene la información que nos parece que falta. Las

personas con DTA realizan la rectificación mediante los tipos adición/especificación, principalmente, y confirmación/rechazo:

*INV: no (.) porque va muy elegante .
*PVN: xxx qué va a ir !
*PVN: va chorizando .
%gpx: (illustrator: kinetograph) gesture of stealing .
*INV: que va chorizando ?
*PVN: sí señor .

Ejemplo 43. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. El investigador detecta un problema comunicativo, y formula una hipótesis que el hablante con DTA confirma.

En el caso contrario, el de las rectificaciones que comienzan las personas con DTA y terminan sus interlocutores, encontramos una progresión similar en cuanto al número de veces que aparecen. Sin embargo, aquí existen algunas diferencias en cuanto al tipo de señalización del problema y el tipo de rectificación. Si bien se mantienen la petición de confirmación y la confirmación/rechazo como algunos de los integrantes que más aparecen en las secuencias, el tipo de inicio más frecuente por parte de los hablantes con alzhéimer es la petición mínima de repetición (posiblemente por mayores dificultades de comprensión y porque es menos costoso cognitivamente), y los tipos de rectificación más utilizados pasan a ser la repetición y la revisión/reformulación. No obstante esta simplificación en el inicio de las rectificaciones, que suele agravarse con el desarrollo de la enfermedad (Hamilton, 1994), es interesante observar que las personas con demencia mantienen el interés por comunicarse durante toda la enfermedad:

*INV: siempre la han tenido allí ?
*MSS: eh ?
*INV: siempre ha estado allí la farmacia ?

Ejemplo 44. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. La hablante con DTA señala un problema de audición o de comprensión y el investigador rectifica su enunciado mediante una reformulación.

Otro tipo de trayectoria de rectificación son las *hetero-rectificaciones hetero-iniciadas*. En este tipo de rectificaciones, el oyente identifica el problema en el turno del hablante y lo corrige sin dar oportunidad a que lo haga el propio hablante. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que es una forma de solucionar un problema de comunicación que atenta contra la imagen de la persona que es rectificada. En nuestro estudio no encontramos una evolución en el uso de esta secuencia que acompañe a la progresión de la enfermedad. Lo que sí se observa es que no aparece ningún caso en conversaciones

en las que el familiar parece más consciente de los problemas de la persona con demencia y, por ello, no le exige más de lo que puede dar. En cuanto al tipo de inicio y de rectificación, como cabía esperar, se trata de casos en los que el hablante comete un error de contenido y el oyente lo corrige, proporcionando la información correcta:

*FGB: <no [/] no [/] no> [<] ni yo he ido a ningún sitio .
 *FGB: pero como allí en el colegio tenemo(s)→ .
 *HIJ: el colegio está aquí .

Ejemplo 45. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. El hablante con DTA confunde el lugar en que se encuentra y el IC lo corrige mediante una hetero-rectificación hetero-iniciada.

Finalmente, también contamos con fragmentos en los que el interlocutor sin demencia señala un problema en la intervención del hablante con DTA, pero este no hace nada por remediarlo. Normalmente, el inicio de estas secuencias se produce a partir de una petición de información específica o de una petición de confirmación. No obstante, finalmente no se produce la rectificación, quizá debido a que el hablante con demencia no quiere mostrar su incapacidad para satisfacer las demandas de su interlocutor. Esta hipótesis se vería reforzada por el hecho de que encontramos un aumento de casos a medida que avanza el deterioro cognitivo:

*MMT: y como había ido al cole (.) pues llegamos y fu [-] vinimos aquí a esta casa &*MAR: sí .
 *MMT: y cuando estaba la casa (.) <estaban los niños> [!] .
 *MAR: sí (.) dónde ?
 *MMT: toma (.) claro .

Ejemplo 46. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. El interlocutor clave señala un problema comunicativo en el enunciado de la persona con DTA, que esta no rectifica.

Como conclusión, tenemos que reconocer que no contamos con datos suficientes como para establecer una correlación entre las trayectorias de rectificación y la progresión de la enfermedad, pero sí se puede encontrar un mayor o menor uso de algunos tipos de rectificación y de señalización del problema comunicativo dependiendo del nivel de la demencia, tal y como ya se desprendía de los estudios recogidos en Orange y Purves (1996) y Perkins *et al.* (1998).

12.4 Secuencias de inserción

Finalmente, comentaremos de manera sucinta la presencia de secuencias de inserción en las conversaciones que componen el corpus de datos. Como apuntábamos anteriormente, este tipo de secuencia se caracteriza por aparecer incrustada en mitad de un par adyacente a causa de la necesidad que el oyente tiene de información adicional para emitir una respuesta. En el caso de nuestros informantes, las dificultades en el procesamiento de la información y aquellas relacionadas con problemas cognitivos como el deterioro de la memoria de trabajo o de la memoria a largo plazo pueden dar lugar a un elevado y característico uso de las secuencias de inserción. Concretamente, en las conversaciones grabadas se observan muchas ocasiones en las que el hablante con DTA responde a una pregunta con otra pregunta, dando lugar a una secuencia de inserción⁸⁸. Como decíamos, presumimos que el motivo fundamental de dicha profusión se encuentra en que las personas con demencia utilizan estas secuencias como una estrategia para dilatar el tiempo que tienen para responder a la pregunta que se les ha formulado, o bien, para tratar de obtener más información sobre el sentido de la pregunta.

Compruébese en el siguiente fragmento lo que acabamos de señalar. En lugar de responder de manera inmediata a la pregunta que le formula el investigador, la hablante con alzhéimer en fase inicial, JAC, descarga la responsabilidad de la respuesta en quien hizo la pregunta. A primera vista se podría pensar que esta situación en concreto – preguntar por la edad de una persona– con frecuencia deriva en una secuencia de inserción en la que se establece un juego para adivinar la edad de ese hablante. No obstante, en este caso, tal y como ocurre en tantos otros dominados por el déficit de memoria de los sujetos con alzhéimer, la introducción de una secuencia de inserción viene provocada por la dificultad que experimenta la persona con DTA para recordar los años que tiene⁸⁹, algo que aquí se observa de manera explícita a partir de los comentarios de JAC.

⁸⁸ En definitiva, esta pregunta del hablante B actuaría como una intervención de respuesta/inicio.

⁸⁹ Préstese atención, no obstante, a que tanto en esta como en otras grabaciones los hablantes con alzhéimer no llevan la cuenta de los años que tienen, pero sí recuerdan de manera precisa el día en que nacieron. Podríamos aventurar que este dato, que está almacenado en la memoria episódica a largo plazo, es más resistente a ser olvidado por haber sido recordado durante toda la vida.

*INV: qué edad tiene usted ?
 *JAC: cuál [/-] qué edad [/-] qué edad te piensas tú que tengo yo ?
 *INV: ea !
 *JAC: a ver (.) te [/-] te [/-] te [/-] te lo pregunto a ti porque tú eres más listo que yo .
 *INV: yo no he venido aquí <a dar respuestas> [>] .
 *JAC: <tú dime a mí> [<] .
 *INV: esto no es un examen .
 *INV: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *JAC: eh (.) cuántos tengo (.) espérate .
 *JAC: ya no me acuerdo yo .
 *JAC: setenta y dos [/-] setenta y tres .
 *JAC: el día veintitrés de septiembre los hago .
 *HIJ: cuatro .

Ejemplo 47. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. Las dificultades de la hablante con DTA para recordar su edad provocan la introducción de una secuencia de inserción.

En otros casos, fundamentalmente en conversaciones en las que se interactúa con una persona en un estadio avanzado de la enfermedad, se llega a observar la utilización de *preguntas ecoicas*⁹⁰ en las que no cambia ni siquiera la forma verbal utilizada, lo que comporta irremediamente un fallo de cohesión con la intervención anterior:

*INV: usted [/-] usted de qué pueblo es ?
 *AAM: de qué pueblo es ?
 *INV: so [/-] es usted .
 *AAM: yo no sé ni dónde estoy .
 *HIJ: eres de Burjassot (.) <xxx> [>] .

Ejemplo 48. Grabación 16 AAM. Nivel avanzado. Secuencia de inserción introducida a través de una pregunta ecoica.

⁹⁰ En el apartado dedicado a las intervenciones distinguimos un tipo de respuesta, la *respuesta ecoica*, por tratarse de una intervención con la que una persona responde a una pregunta con las mismas o las últimas palabras que hubo empleado su interlocutor. Aunque no haya merecido considerarlo una categoría distinta de análisis, en el caso de las preguntas ecoicas nos encontramos ante otro comportamiento de tipo ecoico por parte de los hablantes con alzhéimer, quizás un grado anterior a la ecolalia propiamente dicha.

13. Indicadores en pragmática interactiva

En este apartado vamos a presentar varios índices que nos permiten cuantificar algunos aspectos interactivos de la conversación en la que participa una persona con demencia. El empleo de este tipo de instrumentos surge a partir de la crítica⁹¹ que frecuentemente acompañaba a los trabajos que partían de un enfoque pragmático para el estudio del habla patológica y que recelaba de los mismos por su supuesta incapacidad para “ponderar estadios relativos de evolución en el habla de una persona, o comparar la situación de varios hablantes” (Moreno Campos, 2006: 87).

No obstante, desde las propuestas pioneras de Prutting y Kirchner (1983, 1987) o Penn (1985) contamos ya con trabajos y protocolos pragmáticos que han incorporado índices cuantitativos en su caracterización del perfil comunicativo de varios grupos poblacionales. En concreto, queremos destacar para nuestro ámbito el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática* (Gallardo Paúls, 2008, 2009b) y su versión revisada (Fernández Urquiza *et al.*, 2015), que incluyen algunas de las medidas que hemos valorado en nuestro análisis de los datos.

13.1 El Índice de Participación Conversacional

En primer lugar, el Índice de Participación Conversacional (IPC) nos remite al grado de participación de cada hablante en la interacción. Se calcula, en un primer paso, a través de la contabilización de las unidades conversacionales (ya sean palabras, actos de habla, turnos o intervenciones) emitidas por cada interlocutor y, en un segundo paso, calculando el porcentaje relativo a la participación de todos los hablantes. Es un concepto que Gallardo toma del protocolo de *Cuantificación de Conductas Conversacionales* de Crockford y Lesser (1994), el cual aborda tres aspectos fundamentales en toda actividad conversacional, que dan cuenta de la implicación de todos los actores en el desarrollo de una interacción en la que participa una persona con déficit comunicativo:

- Tareas de edición (*editing elements*)
- Rectificación colaborativa (*collaborative repair*)
- Responsabilidad conversacional (*conversational loading*)

⁹¹ Véase Ball *et al.* (1991) y Ball (2000) para una crítica razonada sobre los problemas que surgen al evaluar las capacidades pragmáticas en la afasia a partir del análisis de dos protocolos pragmáticos.

Este último apartado, del que extraemos el IPC, profundiza en el conocimiento de la carga comunicativa que asume cada hablante en la conversación, es decir, su voluntad para hacer progresar el intercambio comunicativo y participar en el mismo. Por esta razón, nos proporciona una medida válida para descubrir su actitud lingüística frente al déficit. No obstante, no debemos caer en la falacia de considerar que un resultado demasiado alto o demasiado bajo en este índice refleja la actuación habitual de un hablante ni su capacidad para comunicarse de manera adecuada. En primer lugar, resulta comprometido considerar que existen criterios de “normalidad” que sirvan de referente para esta medida; los valores que indican el IPC de un individuo están sujetos, por un lado, a sus rasgos psicológicos (todos conocemos a personas muy o poco habladoras) y, por otro lado, a las características de la situación comunicativa en la que participan (el tema de conversación, el número de interlocutores, el grado de conocimiento entre ellos, etc.). De hecho, lo normal es que un mismo hablante tenga un diferente IPC en cada conversación de su vida. En segundo lugar, debemos tener en cuenta que no es un rasgo que nos informe con precisión de la capacidad comunicativa del hablante; esta debe ser descrita a través de un análisis más global:

“El índice de participación conversacional no se corresponde con la eficacia comunicativa real; una cosa es la capacidad de tomar el turno, y otra distinta conservar la habilidad para rellenarlo según las convenciones gramaticales, manejando los componentes fonológico, morfosintáctico y semántico” (Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2005: 52-53).

No obstante, a pesar de estas consideraciones, los hablantes, gracias a nuestro conocimiento experiencial, tenemos una serie de expectativas relacionadas con el grado de participación que los interlocutores deben tener en una conversación y podremos coincidir, aproximadamente, a la hora de identificar si una persona ha sido parca en palabras o, por el contrario, habla demasiado.

Moreno Campos (2006, 2010) comparó el IPC en conversaciones coloquiales de hablantes típicos y en conversaciones en las que participa un hablante con afasia. Esta autora estudia el rango en el porcentaje de turnos de habla que emiten ambos tipos de interlocutores dependiendo del número de participantes en la conversación. Sus resultados demuestran que el IPC de los afásicos se mueve –si no lo supera– en los niveles máximos de las conversaciones en las que participan hablantes típicos. De

hecho, en una medición más detallada en la que Moreno Campos distingue cuatro grupos de población –afásicos fluentes, afásicos no fluentes, interlocutores clave y grupo control–, el IPC medio de las personas con afasia es algo superior al de los otros dos tipos de participantes⁹².

La explicación que ofrece la autora, totalmente en correspondencia con nuestra visión sobre este asunto, es que la propia naturaleza de la conversación grabada otorga un inevitable protagonismo al hablante con déficit comunicativo frente a los demás. En una conversación en la que participan dos hablantes el número de turnos emitidos por cada uno siempre será el mismo (no así su longitud). Sin embargo, cuando un intercambio comunicativo se establece entre tres o más personas, el grado de participación de cada una de ellas puede ser variable. En el caso de la conversación cotidiana, es perfectamente posible esperar que todos los hablantes asuman una carga comunicativa similar. Por el contrario, en aquellas interacciones en las que los interlocutores adopten un rol diferenciado (jefa-empleados, maestra-alumnos), es habitual que el tipo de participación sea distinto⁹³.

En las conversaciones grabadas en las que participa una persona con déficit comunicativo, realizadas con la finalidad de incluirse en un proyecto como el nuestro, se observa un mayor número de turnos desencadenantes o predictivos que se dirigen al hablante que presenta alteraciones lingüísticas. El resto de participantes trata, consciente o inconscientemente, de provocar la mayor cantidad posible de producción lingüística por parte de su familiar para que el investigador disponga de material suficiente para el análisis. Esta circunstancia no solo afecta al tipo de intervención predominante en cada interlocutor, sino que, cuantitativamente, la proporción de turnos que emite el hablante

⁹² Los resultados, en Moreno Campos (2010), reflejan que las personas con afasia fluente emiten un 41,9% de turnos de media en sus conversaciones, los afásicos no fluentes un 38,9%, los interlocutores clave son los responsables de un 33,3% de turnos y la media en el grupo control es de 34,1%. Echamos en falta, no obstante, que otras unidades, como el número de palabras, hubiesen sido tenidas en cuenta a la hora de contabilizar la carga comunicativa asumida por cada hablante, ya que los resultados serían presumiblemente dispares. Resulta sencillo pensar que los turnos de una persona con afasia no fluente serán mucho más breves que los de un afásico fluente, por ejemplo.

⁹³ Muy relacionadas con este punto se encuentran las recomendaciones que Fernández Urquiza *et al.* (2015) plantean a los profesionales de la logopedia para valorar adecuadamente el ítem del índice de participación conversacional en el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática-Revisado*. En su opinión, el logopeda debe tener en cuenta la relación asimétrica que a veces se da entre médico y paciente y, por lo tanto, esperar una serie de contribuciones limitadas a la posición receptiva.

con déficit es superior a la del resto de interlocutores y está sobredimensionada con respecto a la que tendría en una conversación no grabada.

En los trabajos que ha realizado el grupo de investigación en lingüística clínica de la Universitat de València se contabilizan los turnos de cada hablante sin hacer una distinción entre los que constituyen verdaderas intervenciones y los que pertenecen al sistema secundario, esto es, los turnos de oyente. La razón que subyace tras el hecho de no llevar a cabo esta diferenciación tiene que ver con el origen mismo del corpus PerLA, cuando el meollo de la investigación radicaba en el análisis de las capacidades lingüísticas de personas con afasia. Debido a la naturaleza de las emisiones producidas por los hablantes con casos más graves de afasia no fluente, en muchas ocasiones no resultaba sencillo delimitar qué funcionaba como una intervención de tipo evaluativo y qué era simplemente un turno de oyente, el cual, no modifica la distribución de roles conversacionales entre los distintos interlocutores. Sin embargo, como forma de completar este análisis, también se considera pertinente cuantificar el porcentaje de palabras que corresponde a cada uno de los participantes, ya que no tiene la misma repercusión para la evaluación y el tratamiento logopédico que un hablante emita turnos cuasi monolexémicos o que, por el contrario, monopolice la conversación.

Habiendo tenido en cuenta estas premisas, en nuestra investigación hemos llevado a cabo el análisis del índice de participación conversacional a partir de las siguientes consideraciones:

- Tratamos de forma separada las intervenciones y los turnos que no suponen una intervención, ya que el tipo de lenguaje empleado por las personas con DTA nos permite realizar esta distinción. En nuestro caso, solo tomamos las intervenciones propiamente dichas para el cálculo del IPC y reservamos para otro apartado el análisis de los turnos de oyente.
- Completamos la cuantificación de las intervenciones con el IPC medido en términos de palabras por hablante. Dentro de la categoría “palabra” se han contabilizado tanto palabras completas como los intentos de emisión de un vocablo que concurren con los procesos de autorrectificación.
- El cálculo de estos dos índices nos permite averiguar la longitud media de los turnos de habla y comparar los resultados de los distintos hablantes para esta medida.

- A los efectos de comparar el IPC de los interlocutores hemos agrupado a los hablantes en tres tipos de participantes: (1) *informante* o persona con demencia; (2) *interlocutor clave*, que recoge a todos los familiares que participan en la conversación; e (3) *investigador*, que engloba al autor de este trabajo y a una logopeda que estuvo presente en dos conversaciones. Los resultados de cada persona, que aparecen detallados en las Tablas 16 a 19, han sido agrupados de esta manera porque, normalmente, la carga comunicativa soportada por un único interlocutor clave en una conversación de tres personas es similar a la suma de la de dos o tres familiares en una interacción con más hablantes.
- Nuestro análisis del IPC contempla dos variables: (1) por un lado, tenemos en cuenta el número de personas que participan en cada conversación, ya que esta cifra puede determinar el porcentaje de turnos y de palabras que emite cada hablante; (2) por otro lado, dividimos las interacciones de acuerdo con el nivel de la enfermedad de los sujetos con alzhéimer con el objetivo de poder observar si existe un reparto distinto de la gestión conversacional a medida que avanza su deterioro cognitivo. Nuestra hipótesis de partida asume que cuantos más interlocutores participen en una conversación menor será el porcentaje de turnos y palabras que le corresponda a cada uno; es decir, al contabilizar a todos los familiares presentes bajo una misma categoría se espera que el IPC del interlocutor clave sea mayor y que, por consiguiente, el del informante con demencia sea más bajo. Por otra parte, también esperamos que IPC sea una medida sensible al grado de la enfermedad y que el número de turnos y de palabras de la persona con DTA disminuya progresivamente.
- Finalmente, en relación con el objetivo del punto anterior, para cada caso concreto incluido en el estudio longitudinal comparamos el IPC de las dos conversaciones en las que participa una misma persona con DTA. La segunda grabación de los informantes TRM y CGS se realizó un año después de la primera, mientras que en el resto de casos esta distancia temporal se situó en los dos años. Con este procedimiento esperamos detectar de manera

más exhaustiva si existe algún cambio en el IPC que se encuentre relacionado con el desarrollo de la demencia⁹⁴.

En las siguientes dos tablas presentamos los valores mínimos, máximos y la media del IPC (en turnos y en palabras) según el número de participantes en la conversación:

IPC (turnos)				
Participantes	Interlocutor	IPC Mínimo	IPC Máximo	IPC Media
3	Inf	36,91	48,08	42,97
	IC	6,4	44,95	32,71
	Inv	6,97	33,2	24,32
4	Inf	37,07	46,22	41,81
	IC	21,42	53,02	35,15
	Inv	9,91	34,02	23,04
5*	Inf	41,08	41,95	41,51
	IC	40,61	41,49	41,05
	Inv	17,43	17,45	17,44

Tabla 16: *Índice de Participación Conversacional, medido en turnos, según el número de participantes en la conversación.*

IPC (palabras)				
Participantes	Interlocutor	IPC Mínimo	IPC Máximo	IPC Media
3	Inf	29,15	88,01	51,71
	IC	6,4	58,41	34,88
	Inv	3,57	28,94	13,41
4	Inf	38,09	66,69	52,9
	IC	19,79	58,26	33,66
	Inv	3,65	26,44	13,44
5*	Inf	77,86	82,23	80,04
	IC	13,85	14,11	13,98
	Inv	3,92	8,03	5,97

Tabla 17: *Índice de Participación Conversacional, medido en palabras, según el número de participantes en la conversación.*

⁹⁴ Téngase en cuenta, no obstante, que el índice de participación conversacional es una medida muy sensible al estado de ánimo de una persona en cada momento concreto.

Por otro lado, reproducimos aquí dos tablas con los valores mínimos, máximos y la media del IPC según el nivel de la enfermedad en que se encuentra la persona grabada:

IPC (turnos)				
Nivel	Interlocutor	IPC Mínimo	IPC Máximo	IPC Media
Inicial	Inf	36,91	46,22	42,51
	IC	21,22	41,49	32,77
	Inv	17,13	33,09	24,72
Intermedio	Inf	37,07	48,08	42,53
	IC	24,51	53,02	35,55
	Inv	6,97	33,2	21,92
Avanzado	Inf	38,54	45,82	42,84
	IC	28,1	42,89	34,3
	Inv	16,44	26,45	22,86

Tabla 18: *Índice de Participación Conversacional, medido en turnos, según el nivel de la DTA.*

IPC (Palabras)				
Nivel	Interlocutor	IPC Mínimo	IPC Máximo	IPC Media
Inicial	Inf	32,35	88,01	65,72
	IC	6,4	58,41	23,42
	Inv	3,92	20,09	10,86
Intermedio	Inf	29,15	56,5	46,31
	IC	22,24	58,26	40,24
	Inv	3,57	26,44	13,45
Avanzado	Inf	31,48	73,13	42,98
	IC	14,86	56,05	41,43
	Inv	8,33	28,94	15,59

Tabla 19: *Índice de Participación Conversacional, medido en palabras, según el nivel de la DTA.*

Tras observar los resultados recogidos en las anteriores cuatro tablas podemos destacar los siguientes datos:

- Salvo en casos muy puntuales, se comprueba que existe una gran amplitud en el rango de turnos y palabras emitidos dentro de cada categoría de participante en la conversación. No obstante, como rasgo general podemos subrayar el hecho de que las cifras correspondientes al informante con demencia son superiores a las del resto de los interlocutores. Como preveíamos, el interlocutor clave y el investigador privilegian la participación de la persona con alzhéimer dirigiendo sus turnos hacia ella y permitiendo que hable todo el tiempo que desee.

- La plasmación de los resultados según el número de hablantes que interactúan en una conversación no nos permite establecer diferencias significativas en el IPC de acuerdo con esta variable. Fijándonos en los valores para el informante con DTA descubrimos que la media de turnos y palabras que emite es prácticamente la misma –42% y 52%, respectivamente– sin importar que coexistan más o menos participantes. Por lo tanto, nuestra hipótesis no se vio confirmada en este caso. Como dato excepcional, debemos comentar el caso del IPC por palabras en el apartado de cinco interlocutores. El porcentaje excesivamente alto (un 80% de las palabras fueron obra de la persona con alzhéimer) se debe a que solo contamos con dos conversaciones en las que participan cinco personas y ambas se corresponden con un mismo informante en una etapa inicial de la enfermedad.
- En cambio, al dividir las interacciones de acuerdo con el nivel del deterioro cognitivo sí que surgen diferencias que nos permiten establecer una gradación en el IPC de los participantes. En cualquier caso, esto únicamente es cierto cuando contabilizamos palabras, ya que el porcentaje de turnos de informante, interlocutor clave e investigador es prácticamente el mismo en todos los estadios de la demencia. Este 42% de turnos de las personas con DTA demuestra, por una parte, que la intención comunicativa persiste en estos hablantes a pesar del déficit cognitivo y, por otra, que los mecanismos de la toma de turno se mantienen activos hasta una etapa muy avanzada de la enfermedad. No obstante, el análisis del índice de participación conversacional medido en palabras nos muestra una evolución descendente en el porcentaje de palabras del que es responsable la persona con DTA. Este salto es especialmente intenso entre el nivel inicial y el intermedio, ya que se pasa de una media del 65,72% de palabras en el primero a una media del 46,31% en el segundo. De manera inversa, es principalmente el interlocutor clave el que aumenta su contribución al desarrollo de la interacción en casi veinte puntos porcentuales. Estos resultados se ven refrendados cuando atendemos a los datos que emanan del estudio longitudinal. Tal y como podemos observar en la siguiente tabla, el porcentaje de palabras del

informante con demencia es, en general, sensiblemente inferior en la segunda grabación⁹⁵:

IPC (Estudio longitudinal)			
Nivel	Informante	IPC turnos	IPC palabras
Inicial	TRM1	46,22	64,5
Inicial	TRM2	45,68	66,29
Inicial	CGS1	41,08	82,23
Inicial	CGS2	41,95	77,86
Intermedio	FGB1	48,08	54,9
Avanzado	FGB2	43,56	45,73
Inicial	IBM1	40,82	65,07
Intermedio	IBM2	43,64	54,13
Avanzado	MMT1	38,54	40,83
Avanzado	MMT2	41,28	32,54
Inicial	JGM1	36,91	32,35
Intermedio	JGM2	42,13	29,15

Tabla 20: *Índice de Participación Conversacional, medido en turnos y en palabras. Estudio longitudinal de 6 informantes.*

En definitiva, la medición del IPC teniendo en cuenta la variable “nivel de gravedad de la enfermedad” nos permite afirmar que existe una progresión decreciente en la carga comunicativa que asume el hablante con demencia a medida que su deterioro cognitivo es mayor. Su implicación en el intercambio de turnos se mantiene, ya que este porcentaje no disminuye, pero sus intervenciones van siendo cada vez más cortas.

Desde una perspectiva aplicada, creemos que conocer esta evolución en el porcentaje de turnos y de palabras a lo largo de la demencia puede ser relevante para el diseño de protocolos de entrenamiento conversacional. Por un lado, si bien parece claro que las personas que sufren una DTA conservan de manera bastante aceptable la habilidad para acceder al turno de habla, no es menos cierto que esto vino favorecido en nuestro corpus por un especial cuidado a la hora de incluir a los hablantes con demencia en la conversación; de hecho, el objetivo primigenio de las grabaciones era analizar las habilidades comunicativas y conversacionales de las personas con alzhéimer. De esta forma, pensamos que es muy necesario que los familiares adapten su ritmo

⁹⁵ Únicamente en el caso de la informante TRM el IPC de la segunda grabación es superior al de la primera. De cualquier modo, las dos conversaciones tuvieron lugar en el plazo de un año y la hablante con demencia se mantenía en la etapa inicial de la enfermedad, por lo que estos valores entran dentro de la normalidad.

conversacional a las posibilidades del hablante con demencia y que dirijan sus intervenciones hacia él con frecuencia para que no opten por desconectar de la interacción. Por otro lado, el cálculo del IPC nos muestra que el porcentaje de palabras de los participantes con alzhéimer se redujo drásticamente entre la etapa inicial y la intermedia, y, si esto ocurre en una situación propiciada para facilitar su producción lingüística, presumimos que en las conversaciones cotidianas entre los hablantes con DTA y sus familiares este descenso puede ser aún más acusado. Por ello, abogamos por que en los protocolos de entrenamiento conversacional se ofrezcan pautas para promover un incremento en la longitud de sus emisiones. Con esto, enlazamos con el siguiente apartado: la longitud media de turno.

13.2 La Longitud Media de Turno

A partir de la cuantificación de turnos y palabras hemos podido calcular la Longitud Media de Turno (LMT) de los participantes en las conversaciones grabadas, una medida inspirada en la Longitud Media de Enunciado que diseñó Brown (1973) para calcular el desarrollo gramatical durante la adquisición de la lengua materna por parte de los niños. En nuestro estudio, este índice puede reflejar el grado de elaboración de las intervenciones, un aspecto muy vinculado al desarrollo o a la pérdida de las capacidades cognitivas, pero también a la intención comunicativa.

Sobre este asunto se han llevado a cabo estudios que comparan la cantidad de turnos y el número de enunciados por turno empleados por personas con DTA y personas sin demencia. Los resultados han sido diversos. Por ejemplo, los primeros trabajos de Hutchinson y Jensen (1980) y de Ripich y Terrell (1988), basados en conversaciones orientadas por los investigadores, recogían que los hablantes con demencia producían menos enunciados por turno que las personas ancianas, pero que a su vez, emitían más turnos que ellos. La interpretación que se derivó de estos resultados fue que los individuos con alzhéimer elaboraban menos sus intervenciones porque consideraban que sus palabras tenían más significado del que en realidad tenían. Sin embargo, en dos estudios de tipo conversacional, Sabat (1991a, b) descubre que los hablantes con DTA y los investigadores producen un número de turnos similar y que

donde difieren es en el número de enunciados por turno, que es mucho mayor en el caso de las personas con demencia⁹⁶.

En nuestro caso, el primer dato que debemos reseñar es la brusca disminución en la LMT de los informantes con DTA entre la etapa inicial y la intermedia, algo que descubrimos al comparar las 18,86 palabras por turno de media en el nivel inicial con las 9,3 en la etapa moderada. En el estadio avanzado de la enfermedad, nuestros participantes emitieron una media de 7,14 palabras por turno. Un análisis superficial de las grabaciones nos muestra que las conversaciones en las que participa una persona en una fase inicial de la demencia se caracterizan principalmente por la sucesión de amplias secuencias de historia, relatos que el informante hace de su vida pasada o de temas que le interesan en la actualidad. En este momento, nuestros datos nos muestran que la persona con alzhéimer puede tomar la iniciativa en la comunicación y gusta de contar su experiencia vital a un desconocido, es capaz de construir narraciones complejas a pesar de algunos fallos relacionados con la pérdida de memoria, y el interlocutor clave solo interviene para glosar algunos comentarios que ha hecho su familiar y para introducir nuevos temas de conversación⁹⁷. En cambio, el deterioro cognitivo que acompaña a la progresión de la enfermedad provoca que desde la etapa intermedia la persona con DTA elabore menos sus intervenciones y que la secuencia discursiva predominante sea de tipo concordante; en algunos casos, los participantes con demencia limitan sus intervenciones a turnos reactivos y formados por pocas palabras.

La labor del resto de interlocutores es doble: por un lado, se hacen responsables de intentar extraer más información por parte del informante a base de constantes preguntas y, por otro lado, se encargan de los procesos de rectificación para dotar de coherencia el discurso, a veces deslavazado, del hablante con alzhéimer. En cualquier caso, debido a las características de la conversación grabada, la longitud media de turno de los interlocutores clave y del investigador no es muy elevada. Los análisis que hemos llevado a cabo nos ofrecen como resultado una cifra para cada tipo de participante que

⁹⁶ Sabat reconoce que no impuso ningún tema de conversación y que alteró su forma normal de tomar el turno para permitir que sus informantes pudieran hablar todo lo que quisieran. En este sentido, su metodología para la obtención de los datos lingüísticos es similar a la nuestra.

⁹⁷ Las conversaciones en las que participan LML, CGS y JAC, con un porcentaje de palabras del 88,01%, 82,23% y 83,63%, respectivamente, son claros exponentes de este tipo de interacción.

no varía significativamente de acuerdo con la fase de la enfermedad del sujeto con demencia. Así, la figura del interlocutor clave empleó 8,5 palabras por turno en las conversaciones de la etapa inicial, 8,98 en la fase intermedia y 8,4 en la etapa avanzada. Por su parte, el investigador intervino a través de turnos más cortos –5,36 palabras por turno en la etapa inicial, 5,27 en el estadio intermedio y 4,87 en el final–, ya que uno de los propósitos de las grabaciones fue la obtención de interacciones conversacionales similares a las que podrían darse un día cualquiera entre la persona con demencia y sus familiares.

13.3 La Agilidad de Turno

Otro índice que utilizamos para analizar la gestión de la carga conversacional es la Agilidad de Turno (AdT), propuesta por Gallardo (2007) en sus análisis sobre afasia con el Perfil PerLA. Se calcula sumando el número total de turnos de una conversación y dividiendo el resultado entre los minutos que dura. El objetivo de esta medición es detectar si la presencia de una persona con déficit comunicativo asociado a la enfermedad de Alzheimer afecta de algún modo al ritmo conversacional. Por lo tanto, es un índice que se relaciona con el IPC y la LMT en tanto en cuanto mide la conducta comunicativa de los interlocutores expresada a partir del número de turnos que emiten en una conversación. Pero, además, la AdT incorpora el valor “tiempo que dura la interacción”, lo que nos permite contextualizar esta conducta en la situación en que se produjo y, a la vez, establecer comparaciones objetivas entre diversos acontecimientos comunicativos.

En su investigación sobre la capacidad pragmática de las personas con afasia, Moreno Campos (2006, 2010) aplicó este índice a sus grabaciones y utilizó como grupo control una serie de conversaciones cotidianas pertenecientes al corpus Val.Es.Co. De esta forma, la autora pretendía averiguar la posible desviación de la “normalidad” que podría darse en las conversaciones en las que participara un hablante con afasia. A priori, parece claro que la presencia de un hablante con afasia no fluente provoca un aumento en el número de turnos que se suceden por minuto, ya que sus intervenciones son breves y suelen ser interrumpidas por el resto de interlocutores, que buscan reponer el significado que falta. Por el contrario, una persona con afasia fluente puede padecer logorrea, lo que conlleva que sus intervenciones se alarguen y, por lo tanto, apenas se produzca una alternancia de turnos.

Reproducimos aquí la tabla en la que Moreno Campos (2010: 92) ofrece la comparación entre la Agilidad de Turno en conversaciones con sujetos sanos y afásicos:

Interlocutores	Sujetos sanos		Afásicos	
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.
3	14,3	25,6	2	23,5
4	15	30,2	6,9	20,2
5	10,2	18,4	13,6	24

Tabla 21: *Comparación de la Agilidad de Turno en conversaciones en las que participa o no una persona con afasia (Moreno Campos, 2010).*

Para completar nuestra investigación, hemos querido comparar la AdT de las interacciones en las que participa una persona con demencia con los datos que Moreno Campos pone a nuestra disposición. Además, tal y como hicimos para calcular el índice de participación conversacional, tomamos como variables de estudio el número de participantes y el nivel de la enfermedad en que se situaba la persona con alzhéimer. Nuestra hipótesis de partida contempló que cuantos más interlocutores participaran en una conversación mayor sería la agilidad de turno, ya que existen más oportunidades para que se produzcan interrupciones y solapamientos debidos a la presencia de más hablantes, cada uno con su interés particular en añadir comentarios. Por otro lado, tal y como hemos observado a partir de los resultados del índice de longitud media de turno, los informantes con DTA emiten turnos más cortos a medida que avanza la enfermedad, de lo que cabría deducirse que el número de intervenciones por minuto en este tipo de conversaciones progresa de manera ascendente y, por lo tanto, la agilidad de turno debería ser bastante mayor en los casos en los que participa una persona en una etapa más avanzada de la demencia.

3 participantes								
Nivel inicial			Nivel intermedio			Nivel avanzado		
Mín.	Máx.	Media	Mín.	Máx.	Media	Mín.	Máx.	Media
5,78	18,1	12,39	10,75	17,21	13,75	16,35	23,08	19,23
4 participantes								
Nivel inicial			Nivel intermedio					
Mín.	Máx.	Media	Mín.	Máx.	Media			
11,78	12,7	12,24	19,4	23,08	20,81			
5 participantes								
Nivel inicial								
Mín.	Máx.	Media						
11,99	14,75	13,37						

Tabla 22: *Agilidad de Turno, según el número de interlocutores y el nivel de la DTA.*

En la tabla anterior presentamos los resultados que hemos obtenido a partir de la cuantificación de turnos por minuto en cada una de las conversaciones grabadas. Como podemos observar en un primer momento, la agilidad de turno en las interacciones en las que se incluye una persona con DTA es menor que la de aquellas conversaciones coloquiales grabadas por el grupo Val.Es.Co. La media en este índice aplicado a nuestras grabaciones se sitúa siempre en el rango más bajo –o ni siquiera llega– de los valores que se obtienen analizando conversaciones entre personas sin déficit lingüístico. Nuestra explicación a este fenómeno parte del hecho de que el tipo de acontecimiento comunicativo influye en un mayor o menor ritmo conversacional. En una charla entre amigos o entre miembros de una misma familia la sucesión de turnos es bastante rápida y podría caracterizarse por un continuo intento por parte de los interlocutores de tomar el protagonismo y dirigir la conversación hacia el propósito que más le interese a cada uno. Sin embargo, como ya hemos expresado anteriormente, en una grabación en la que participa una persona con demencia, el protagonismo suele ser para ella, se permite que hable todo lo que quiera (aunque esto probablemente no sea así en el día a día); además, el resto de hablantes amolda sus contribuciones a las capacidades que observa en la persona con déficit comunicativo⁹⁸. La gestión de los silencios, en particular, es uno de los aspectos que deben ser tenidos más en cuenta a la hora de comunicarnos con alguien aquejado por una DTA. El enlentecimiento general de los procesos cognitivos que vienen aparejados a la demencia es el responsable de que, a veces, tengamos la sensación de que no entienden lo que les estamos diciendo. En algunos casos, respetar un intervalo de tiempo entre una pregunta y una respuesta o en mitad de una intervención es mejor opción que interrumpir a la persona con demencia reformulando nuestra pregunta o aportando la información que creemos que falta.

Por otro lado, no tenemos datos suficientes que avalen la hipótesis de que cuantas más personas participen en una conversación mayor será la agilidad de turno de la misma. Este hecho, que parece claro en la comparativa que hacemos entre las interacciones de tres o de cuatro personas en las que participa un hablante con DTA en

⁹⁸ Al menos, idealmente. Todos podemos conocer, no obstante, a familiares de personas con alzhéimer que no han asumido los cambios que provoca esta realidad en su familiar (entre ellos, las dificultades relacionadas con la comunicación) y no se adaptan a la nueva situación, lo que conlleva una gran angustia para todas las partes. La ayuda que pueden recibir los familiares de parte de lingüistas y logopedas a través de pautas para comunicarse de manera más efectiva se hace, pues, muy necesaria.

un estadio intermedio (13,75 y 20,81 turnos por minuto, respectivamente), no se ve reproducido de igual modo si atendemos a las conversaciones en las que participa un sujeto en la fase inicial (12,39; 12,24 y 13,37). En cambio, sí que observamos una progresión ascendente en la AdT si, con el mismo número de interlocutores, tomamos en consideración la variable “nivel de la enfermedad”. Fijémonos, por ejemplo, en aquellas interacciones en las que participan tres personas. El número de turnos por minuto, de media, en la etapa avanzada (19,23) es bastante superior al de la etapa intermedia (13,75). Idéntica situación se produce entre la fase inicial y la intermedia en las conversaciones con cuatro interlocutores (12,24 por 20,81). Atendiendo a los resultados que obtuvimos tras aplicar el índice de la longitud media de turno, resolvemos que la mayor agilidad de turno en las conversaciones con personas en un estadio más avanzado de la demencia no se deriva de una mayor rapidez en el intercambio conversacional, sino que es el resultado de que los turnos sean más breves.

Para dotar de mayor valor de verdad a este análisis llevamos a cabo también el estudio longitudinal de la AdT en aquellos casos de los que disponíamos dos grabaciones del mismo hablante. De los resultados que aquí exponemos se desprende que en la mayoría de las ocasiones hay un aumento sensible de los turnos por minuto en la segunda conversación. Únicamente el caso de MMT es contrario a nuestra hipótesis, pero achacamos el descenso en la agilidad de turno a que apenas se produjo un intercambio comunicativo como tal en la segunda grabación, ya que la informante y su marido, más que intervenciones dialógicas, hablaban a través de monólogos alternos:

AdT (Estudio longitudinal)			
Nivel	Participantes	Informante	Adt
Inicial	4	TRM1	11,78
Inicial	3	TRM2	13,83
Inicial	5	CGS1	11,99
Inicial	5	CGS2	14,75
Intermedio	3	FGB1	14,35
Avanzado	3	FGB2	18,07
Inicial	3	IBM1	12,25
Intermedio	3	IBM2	17,21
Avanzado	3	MMT1	19,2
Avanzado	3	MMT2	16,35
Inicial	3	JGM1	10,7
Intermedio	3	JGM2	10,75

Tabla 23: *Agilidad de Turno. Estudio longitudinal de 6 informantes.*

CAPÍTULO 4: LA PRAGMÁTICA ENUNCIATIVA

14. Delimitación de la pragmática enunciativa

Después de revisar los aspectos más claramente interactivos de la conversación de hablantes con DTA, nos planteamos un nivel de análisis distinto, más relacionado con la función representativa del lenguaje. La pragmática enunciativa se centra en el uso del lenguaje desde la perspectiva del emisor. Desde este enfoque se prioriza el análisis de los actos de habla (Austin, 1962; Searle, 1969, 1976), como categoría fundamental, y del significado implícito o inferencial (Grice, 1957, 1975). En gran medida, las primeras investigaciones que incorporan la pragmática al análisis del discurso parten de estos hitos fundacionales, por lo que en los inicios de esta disciplina la pragmática se podía considerar básicamente una pragmática enunciativa. De hecho, muchos de los trabajos que han estudiado estas categorías pragmáticas han privilegiado de tal forma la figura del emisor que el receptor es percibido como un elemento pasivo, prácticamente inexistente, que “en el mejor de los casos, realiza actos perlocutivos o interpreta los enunciados de los hablantes a la luz de las máximas” (Gallardo Paúls, 1996: 12). No obstante, esta prioridad que se le concede en muchas ocasiones al emisor no debe distraernos de la realidad comunicativa: no existe un emisor sin que exista un oyente que lo considere como tal para que se produzca una interacción. Además, el hablante siempre tiene en cuenta a su interlocutor cuando elabora sus intervenciones y, en cierto modo, ajusta su contribución a las reacciones que presupone que tendrá el oyente. Dados estos condicionantes, en el apartado dedicado a la pragmática interactiva hemos profundizado en todos aquellos aspectos que concernían a la relación interactiva entre los participantes de la conversación.

En cambio, la pragmática enunciativa, en virtud de los postulados de la lingüística perceptiva (López García, 1989) que guían en gran medida el enfoque metodológico de este trabajo, pone el foco de la descripción sobre las actuaciones del emisor (figura) sin dejar de considerar el contexto comunicativo en que se desarrolla la interacción conversacional (fondo). En este sentido, es preciso reconocer que la relación entre la enunciación y la recepción de los enunciados no es de tipo secuencial, como se desprende de las visiones estructuralistas más clásicas, sino que son realidades simultáneas en virtud de una interdependencia constitutiva o “subsunción” (Hernández Sacristán, 1983). De este modo, el análisis puede otorgar una polaridad al hablante

(pragmática enunciativa) o al oyente (pragmática interactiva) dependiendo del elemento al que se le dé prioridad perceptiva.

En el ámbito de la pragmática clínica, categorías básicas de la pragmática enunciativa como los actos de habla o las implicaturas conversacionales han sido objeto de estudio de un buen número de trabajos que incluyen una amplia variedad de situaciones patológicas: afasia (Gurland *et al.*, 1982; Hirst *et al.*, 1984, Ulatowska *et al.*, 1992), trastornos del espectro autista (Loveland *et al.*, 1988; Happé, 1993; Kissine *et al.*, 2015), lesión en el hemisferio derecho (Brownell y Stringfellow, 1999; Vanhalle *et al.*, 2000), y por supuesto, la demencia de tipo alzhéimer (Ripich *et al.*, 1991; Laine *et al.*, 1998; Berrewaerts *et al.*, 2003; Hays *et al.*, 2004). Además, los actos de habla y la (in)adecuación a las máximas conversacionales son parte integrante de muchos protocolos de evaluación pragmática: por ejemplo, el *Perfil de Deterioro Funcional de la Comunicación* de Linscott *et al.* (1996), la *Batería Pragmática* de Kasher *et al.* (1999) o el *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática* de Gallardo (2009b).

En los siguientes apartados nos detendremos en las categorías de la pragmática enunciativa que hemos analizado en nuestro corpus de conversaciones con una persona con DTA. Comenzaremos con una descripción de la categoría en cuestión y el uso que se ha hecho de ella en estudios previos sobre el déficit lingüístico, en especial, la demencia de tipo alzhéimer. Posteriormente, seguiremos con la aplicación que hemos realizado de dicha categoría en nuestro análisis y finalizaremos con los resultados y la discusión de los mismos. Con todo ello, pretendemos ofrecer un retrato lo más completo posible de la actuación comunicativa del emisor en las interacciones estudiadas.

15. Los actos de habla

La teoría de los actos de habla, desarrollada a partir de una serie de conferencias de John Austin en 1955 que vieron la luz póstumamente en el libro *How to do things with words* (1962) y continuada por su discípulo John Searle, es comúnmente reconocida como el inicio de la revolución pragmática en los estudios de lingüística. Como es ampliamente sabido, la identificación del acto de habla como unidad de análisis lingüístico proviene de un cambio en el enfoque de la investigación que hasta ese momento se hacía del hecho comunicativo. Si desde la lógica se habla de “proposiciones” y desde la gramática de “oraciones”, esta nueva perspectiva de estudio establece el “acto de habla” como la unidad mínima de acción comunicativa.

Por lo tanto, con estos antecedentes, y utilizando palabras de Antonio Briz, podríamos definir el *acto de habla* como “la unidad mínima de acción y de intención, la menor unidad de habla capaz de funcionar aislada en un mismo contexto discursivo, esto es, de manera independiente” (Briz Gómez, 2000: 227). El ámbito de estudio se traslada, pues, desde la lengua como sistema abstracto y formal al uso que hacen de ella los hablantes en situaciones concretas.

Sin duda, uno de los aspectos fundamentales de esta teoría se encuentra en que pone de relieve que los hablantes transmiten su intención comunicativa a través de cada uno de sus actos de habla. En este sentido, su estudio adquiere una particular relevancia en los casos en los que existe un déficit comunicativo, pues, dependiendo de la situación clínica en la que se encuentre, la persona con estas dificultades podrá expresarse con una fonética y una gramática correctas y, al mismo tiempo, que su discurso no tenga sentido, o viceversa⁹⁹. Atendiendo a esta realidad, desde un enfoque comunicativo nos parece más importante que un hablante consiga expresar claramente su intención comunicativa, aunque la estructura lingüística empleada no sea normativamente perfecta, que la situación contraria. De hecho, a partir de los años 80 del siglo pasado, un creciente número de protocolos de evaluación e intervención logopédicas centran su interés en la competencia comunicativa o pragmática del sujeto:

⁹⁹ Las personas que sufren una alteración de tipo pragmático, como el síndrome de Asperger o la demencia de tipo alzhéimer, suelen presentar un perfil comunicativo sin alteraciones en el componente morfosintáctico o en el repertorio fonético-fonológico, pero con serias dificultades con el uso que hacen del lenguaje, es decir, con las habilidades pragmáticas. Por el contrario, los hablantes afásicos conservan la capacidad de comunicarse aun cuando sus habilidades gramaticales, en el sentido amplio del término, se ven comprometidas.

“[...] *Clinical assessment procedures which treat language competences as fixed, with little or no reference to the relational system, need to be questioned. We may want to develop societal profiles which get at the question of appropriate language use as measured by social validation procedures. At some point it will be necessary to compare clinical profiles (performance on tests, clinician constructed tasks, and evaluation of language samples) with societal profiles (judgement of appropriateness of language use. It is likely that the clinical profile will yield different information than the societal profile. What we will have to decide is how to handle these differences and what they mean in terms of ranking behaviors in regard to priorities for intervention purposes*” (Prutting, 1982: 192).

Austin señaló que en toda emisión de un enunciado, de un acto de habla, se producían tres acciones simultáneas; es decir, un acto de habla consta de tres dimensiones o se compone de tres actos:

- *Acto locutivo*: consta, según Austin (1962: 95) de un acto fonético –emitir ciertos sonidos–, un acto fático –acordes con cierta estructura gramatical–, y un acto rético –con cierto sentido–; en definitiva, es la emisión de una serie de sonidos o palabras que tienen un significado.
- *Acto ilocutivo*: es la acción que se realiza al emitir un enunciado; en otras palabras, representa la intención comunicativa o *fuerza ilocucional* que el hablante quiere transmitir con su mensaje. Searle (1969) añadió el concepto de *efecto ilocucionario*, es decir, el reconocimiento por parte del oyente de la intención expresada por el hablante.
- *Acto perlocutivo*: son los efectos que estos enunciados emitidos con cierta intención provocan en el receptor¹⁰⁰.

¹⁰⁰ En la reformulación de la teoría de los actos de habla que realiza Searle se le otorga toda la importancia al efecto ilocucionario en detrimento del efecto perlocucionario identificado por Austin. Esta definición de “efecto ilocucionario” propuesta por Searle, desde una perspectiva monológica del hecho comunicativo que apenas tiene en cuenta al receptor, ha sido seguida por diversos autores (p. ej., Davis, 1980) que se han centrado fundamentalmente en el estudio del efecto perlocucionario. En cambio, otros investigadores (Habermas, 1981; Sbisà, 1992, 2001), que se decantan por una visión dialógica del lenguaje, han modificado el concepto serliano de efecto ilocucionario y han otorgado al receptor un rol más activo respecto a la fuerza ilocutiva (cf. Álvarez, 2008, para una discusión en profundidad sobre la utilización de estos conceptos en trabajos posteriores a los de Austin y Searle).

Searle (1969) amplía a cuatro el número de actos simultáneos en la enunciación, pues distingue dentro del acto locutivo un acto *enunciativo* (la emisión del enunciado) y un acto *proposicional* (la expresión de cierta referencia o predicación). De esta forma, contamos con el siguiente inventario de actos:

- Acto enunciativo
- Acto proposicional
- Acto ilocutivo
- Acto perlocutivo

En definitiva, a partir de esta revisión de la teoría podemos establecer las siguientes correspondencias entre las dimensiones de los actos de habla, el valor que transmiten y el elemento que se destaca del proceso de comunicación (Gallardo Paúls, 2007: 76):

Elemento destacado	Dimensión del acto de habla	Valor
Emisor	ILOCUTIVA Acto ilocutivo	Tener cierta intención comunicativa
Mensaje	LOCUTIVA Acto enunciativo Acto proposicional	Emitir sonidos de la lengua Organizar esos sonidos en una cadena con significado
Receptor	PERLOCUTIVA Acto perlocutivo	Efecto logrado en el receptor

Tabla 24: *Correspondencias entre las dimensiones del acto de habla, el valor que transmiten y el elemento del proceso de comunicación destacado.*

Según apunta Gallardo (2008b), esta propuesta de Searle es especialmente interesante en el ámbito clínico, en la medida en que las dimensiones internas de los actos locutivos (la dimensión enunciativa, “decir palabras”, y la dimensión proposicional, “significar realidades”) pueden aparecer desvinculadas en situaciones deficitarias; la diferenciación entre acto enunciativo y acto proposicional permite, de hecho, la caracterización específica de los tipos de afasia: mientras que en el hablante

típico con afasia sensitiva la emisión parece fácil y fluida, en el hablante con afasia de Broca encontramos serias dificultades para la emisión de cadenas significantes, es decir, para la realización de actos locutivos. Sin embargo, una vez logrado el acceso léxico y articulatorio, en la afasia de Broca no parece problemática la asociación entre acto de habla enunciativo y acto proposicional. En cambio, en la afasia sensitiva ambas dimensiones pueden aparecer claramente disociadas y la anosognosia que cursa normalmente con esta patología puede llevar al hablante a encadenar incoherencias sin que se dé cuenta; es decir, en la afasia sensitiva, debido a la afectación del componente semántico, se puede perder la capacidad para asociar las dimensiones ilocutiva y proposicional del acto de habla.

Por otro lado, cuando se analizan los datos procedentes de hablantes con afasias motoras, caracterizadas por la anomia (algo que también es aplicable a los hablantes con DTA) y el fallo articulatorio, se observa, no obstante, que los actos enunciativos, desprovistos de contenido proposicional, desempeñan una función dialógica imprescindible. Estos son ejemplos de *actos de habla activadores de inferencias* (cuya caracterización desarrollaremos en la clasificación de categorías analizadas), pues sirven para que el interlocutor explicita sus propuestas de interpretación.

Pero, sin duda, la aportación más reconocible de Searle y, a la vez, uno de los asuntos a los que más se le ha prestado atención desde el enfoque enunciativo de la pragmática es la *clasificación de los actos ilocutivos*. Searle (1979: 12-20) distingue cinco categorías básicas de actos ilocutivos que se diferencian a partir de lo que denomina “punto ilocutivo”¹⁰¹ (Searle, 1979: 3):

- Representativos
- Directivos
- Expresivos
- Compromisorios
- Declarativos

¹⁰¹ La distinción que existe en la teoría de Searle entre “punto ilocutivo” y “fuerza ilocutiva” permite que el primero sea el criterio por el cual una petición y una orden sean representantes de un mismo tipo de acto ilocutivo, el directivo, ya que ambas son intentos de que el receptor haga algo. En cambio, el elemento de obligación que conlleva la orden la dota de una fuerza ilocutiva diferente a la de la petición.

Esta no es la única clasificación existente de los actos de habla desde el punto de vista de su ilocutividad; de hecho, varios autores han establecido modificaciones y la han ampliado posteriormente (cf. Bach y Harnish, 1979; Hancher, 1979; Levinson, 1983; Clark, 1996). Una de las críticas más recurrentes a las que se ha enfrentado la clasificación propuesta por Searle es que las cinco categorías en las que engloba los actos de habla son demasiado genéricas como para poder identificar todos los posibles actos ilocutivos. Además, según apunta Clark (1996), en esta clasificación subyace la idea de que un acto de habla pertenece únicamente a una de estas categorías, aunque en la práctica puedan realizar diversas funciones de manera simultánea. No obstante, el propio Clark ha señalado (1996: 136) que el esquema diseñado por Searle resulta útil como clasificación básica y que, además, los términos y sus definiciones han sido ampliamente utilizados (con ligeras variaciones) por la bibliografía especializada, por lo que nos ha parecido pertinente seguirlo también en nuestro particular análisis.

Por otro lado, las objeciones a esta teoría no se circunscriben solo a la categorización de los actos de habla según su ilocutividad. Como señala Schiffrin (1994: 49), la teoría de los actos de habla no fue diseñada como una forma de analizar el discurso y, de hecho, varios autores (Levinson, 1983; Taylor y Campbell, 1987) han criticado la aplicabilidad de sus presupuestos al análisis lingüístico. Quizás, su mayor hándicap se encuentre en la orientación eminentemente enunciativa de sus postulados, lo que deja en un segundo plano la naturaleza interactiva de la comunicación. En este sentido, Streeck (1980) apunta que el significado se construye a partir de las contribuciones de todos los hablantes y que la fuerza ilocutiva de un acto solo puede ser identificada en relación con los actos de habla que lo preceden y lo suceden.

Sin embargo, no es menos cierto que la teoría de los actos de habla ha formado parte de estudios que toman como base para el análisis lingüístico fragmentos de conversaciones producidas en contextos naturales. Es más, resulta sencillo acceder a un buen número de trabajos que utilizan conceptos provenientes de esta teoría a la hora de analizar el perfil comunicativo de hablantes con distintas patologías del lenguaje (cf. Adams, 2002 y Müller *et al.*, 2008, para una revisión de estas investigaciones). Así, en el ámbito de la demencia de tipo alzhéimer, Hutchinson y Jensen (1980) afirmaron que los sujetos con demencia usaban más actos de habla directivos (tanto peticiones como preguntas) que los individuos sanos con edad avanzada. La mayoría de estos actos se correspondía con preguntas sobre la identidad de su interlocutor o con cuestiones

relacionadas con algunos puntos no siempre conectados con el tema de conversación, lo que a menudo rompía la coherencia discursiva. En cambio, en este trabajo se identificó una menor cantidad de actos asertivos, algo que, en opinión de los autores, podría significar que las personas con DTA utilizan estos actos directivos como un recurso para ganar tiempo mientras dan con la respuesta o la intervención adecuada.

Un resultado parecido obtuvieron Ripich *et al.* (1991) en un estudio de tipo conversacional. Estos investigadores indican que la mayor emisión de actos directivos por parte de los hablantes con alzhéimer sería un reflejo de la creciente dificultad para procesar la información; las preguntas y las peticiones revelarían sus intentos por superar este problema y poder participar en la conversación de forma efectiva. Asimismo, el menor uso de actos asertivos podría interpretarse como una conciencia del propio déficit lingüístico, esto es, como una falta de confianza en sus habilidades comunicativas. En este sentido, el aumento en el número de respuestas no verbales por parte de las personas con DTA actuaría como estrategia compensatoria frente a la progresión de las alteraciones del lenguaje.

Por el contrario, Bayles (1984) observó un deterioro en la capacidad para hacer preguntas en la etapa moderada de la demencia. Es la misma situación que se desprende del estudio longitudinal de Hamilton (1994), aunque, en este caso, los datos no muestran un descenso acusado en el porcentaje de preguntas hasta la fase final. Sin duda, este hecho podría tener relación con una creciente tendencia a la pasividad a medida que avanza la enfermedad. Esta conclusión vendría avalada, igualmente, por los resultados que emanan del trabajo de Causino Lamar *et al.* (1994) sobre habilidades comunicativas en la etapa avanzada de la demencia. En este estudio se observa que los participantes con alzhéimer son capaces de responder a las preguntas que formula el investigador —emiten actos representativos—, pero que, sin embargo, su uso de actos directivos y expresivos es pobre o casi inexistente.

En cualquier caso, la disparidad que muestran los investigadores en cuanto a las taxonomías y a las categorizaciones de los actos de habla empleadas hace muy difícil que se puedan establecer comparaciones entre diversos estudios¹⁰². Por esta razón, no podemos más que estar de acuerdo con la siguiente afirmación:

¹⁰² Compárese, por ejemplo, la clasificación de actos ilocutivos utilizada por Ripich *et al.* (1991): “*requestives, assertives, performatives, responsives, regulatives, expresives*” con la de Causino Lamar *et al.* (1994): “*directives, responses to directives, comments and representatives, acknowledging comments, expressives, commisives*”.

“This ‘embarras de richesses’ of course also represents the continued search for methods to systematically, reliably and categorically capture the logical, syntactic, and interactive relationships between communicative intent and linguistic expression over several decades [...]. However, it also points towards the inherent problematicity of top-down approaches in the analysis of human communicative activity” (Müller et al., 2008: 18).

15.1 Categorías de análisis de los actos de habla

Nuestra propuesta de análisis de los actos de habla en las conversaciones en las que participa una persona con alzhéimer conjuga diversas aproximaciones previas procedentes del modelo de Gallardo (Gallardo Paúls, 2005a, 2005b, 2006) y desarrolladas por ella y sus colaboradores en diversas investigaciones sobre afasia (Gallardo Paúls, 2005b; Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2006; Moreno Campos, 2010; Gallardo Paúls y Fernández Urquiza, 2015), a la vez que establece un nivel específico para las actividades de gestión conversacional desgajado de la dimensión locutiva de los actos de habla. Por lo tanto, consideramos tres niveles de análisis de los actos de habla:

1. Dimensión locutiva de los actos de habla
2. Gestión conversacional: Tareas de edición
3. Dimensión ilocutiva de los actos de habla

En primer lugar, al examinar la *dimensión locutiva* de los actos de habla analizaremos las siguientes categorías:

- ACTOS PROPOSICIONALES (%expr: \$a vp): son aquellos actos que poseen una carga semántica basada en el léxico de la lengua y que, por lo tanto, hacen progresar informativamente la conversación. Son actos de habla en los que la dimensión enunciativa y proposicional identificadas por Searle aparecen como complementarias, es decir, ajustadas al uso. En ocasiones, este tipo de acto transmite un contenido semántico mínimo, al estilo de las “unidades de información” señaladas por Tomoeda y Bayles (1993) para el habla de las personas con DTA.

- ACTOS ACTIVADORES DE INFERENCIAS (%xrepr: \$a il): son actos de habla con los que el hablante explota la capacidad inferencial de su interlocutor, con el objetivo de realizar una construcción colaborativa de la interacción. Son un tipo de acto de habla especialmente frecuente en los casos de afasias motoras o de anomia, en los que los problemas de acceso léxico merman la capacidad expresiva del hablante. De este modo, los elementos lingüísticos que aparecen son interjecciones, onomatopeyas y palabras funcionales.
- ACTOS LOCUTIVOS (%xrepr: \$a vl): son emisiones de relleno muy próximas a las pausas oralizadas con las que el hablante materializa su turno sin decir nada realmente en términos de gramaticalidad. Estos actos de habla pueden entenderse como una separación de las dimensiones enunciativa y proposicional del acto de habla, de tal manera que existe locución, pero a partir de ella no se puede extraer un contenido semántico o informativo real. Los elementos verbales que suelen servir a esta función son marcadores discursivos y pronombres, frecuentemente acompañados de alargamientos vocálicos.
- ACTOS NO VERBALES (%xrepr: \$a nv): dentro de esta categoría consideramos aquellos gestos que acompañan o sustituyen el habla (gestualidad complementaria o compensatoria, respectivamente), además de otro tipo de información proxémica y paralingüística, como el uso de la mirada y la risa. En nuestro análisis de los datos conversacionales hemos adoptado y simplificado la clasificación clásica de las conductas no verbales que propusieron Ekman y Friesen (1969). Así, según su funcionamiento, los actos no verbales actúan como:
 - *EMBLEMAS*: Son gestos que tienen un significado convencional (arbitrario o motivado) y estable. Se consideran emblemas cuando no se utilizan de manera simultánea al habla. Algunos emblemas comunes en las transcripciones son los de “afirmación”, “negación”, “emblema del pulgar”, “intensificador”, “aproximativo”, “barrido” y “encogimiento de hombros”¹⁰³.

¹⁰³ En Gallardo Paúls (2005b) se pueden encontrar todos los actos no verbales que recogemos aquí junto con una descripción detallada de cada uno de ellos y soporte visual de algunos para su mejor identificación.

- *ILUSTRADORES*: Son gestos que tienen valor deíctico y acompañan al habla, por lo que suelen aportar una significación con valor de proforma, dependiente del contexto. Hemos considerado cuatro subcategorías:
 - *Deícticos*: Designan el referente de la acción comunicativa señalándolo con el dedo o con la cabeza.
 - *Espaciográficos*: Dibujan itinerarios o representan lugares (“de distancia”, “de altura”).
 - *Quinemímicos*: Imitan la acción del discurso con la mímica (“de nadar”, “de planchar”).
 - *Pictomímicos*: Dibujan el referente en el espacio (“de gafas”, “de embarazo”).
- *REGULADORES*: Son gestos metaconversacionales que sirven para gestionar el sistema de la toma de turno. Además de la mirada, con la que el hablante señala el destinatario de su enunciación, otros reguladores que hemos identificado son el “de compás” y el “de freno”.

El segundo nivel de análisis que tenemos en cuenta en la investigación de los actos de habla es el correspondiente a los mecanismos de gestión conversacional. Para ello, Gallardo adapta el concepto de *tareas de edición* del protocolo de *Cuantificación de Conductas Conversacionales* (Crockford y Lesser, 1994). En este nivel estudiamos las siguientes categorías:

- **PAUSAS ORALIZADAS** (%xep: \$e fp): Vocalizaciones con las que el hablante rellena el silencio para no perder el turno de habla mientras planifica el resto de su intervención. Desde una perspectiva que otorga un valor lingüístico a las pausas, Maclay y Osgood (1959) identificaron las pausas oralizadas en el habla cotidiana como una señal de que el hablante no desea abandonar el turno y de que, simplemente, está buscando las palabras adecuadas; con este tipo de emisiones el oyente interpretaría que el hablante aún no ha finalizado y, consecuentemente, no le interrumpiría. Sin embargo, al mismo tiempo se configuran como un lugar de transición pertinente y son aprovechadas con frecuencia por los interlocutores para interrumpir la intervención del hablante.

- PAUSAS VACÍAS (%xexpr: §e ep): Son aquellos silencios que se producen en el interior de un turno conversacional y que exceden la duración normal de las pausas sintácticas en el lenguaje oral espontáneo, la cual es de un segundo de acuerdo con la medición efectuada por Jefferson (1989). Por esta razón, hemos codificado como “pausa vacía” aquellos silencios que se prolongan durante dos o más segundos. A estas pausas, entre las que también se incluyen las oralizadas, se las considera pausas de planificación. En los casos de déficit comunicativo, su aparición es cuantitativa y cualitativamente relevante, pues, como afirma Cummings (2007: 399): “*abnormal pause times in turn-taking may have a number of sources, ranking from cognitive delays in the planning of utterances to an inability to program the articulators to produce speech movements*”.
- ACTOS BORRADOR (%xexpr: §e da): Son un tipo de acto metadiscursivo que actúan como ensayos o intentos previos al acto de habla pretendido originalmente por el hablante. En el caso de la demencia, en muchas ocasiones, los actos borrador señalan dificultades comunicativas derivadas de una anomia. Incluimos dentro de esta categoría diversos procedimientos que cumplen esta función: las expresiones que emite el hablante en su esfuerzo por recorrer cierta serie léxica hasta encontrar la palabra deseada, los intentos fallidos por recuperar cierta palabra o expresión, los circunloquios que evidencian problemas de acceso léxico, las preguntas específicas sobre la denominación de una realidad, etc. También consideramos actos borrador las auto-rectificaciones y reinicios, que suponen una reformulación del discurso, a la vez que reflejan una autoconciencia por parte del hablante de que debe modificar su emisión para que esta sea más apropiada.
- PREGUNTAS CONFIRMATORIAS (%xexpr: §e tq): Son instrumentos utilizados por los hablantes para verificar la comprensión de sus enunciados por parte del interlocutor o, al menos, que el canal de comunicación entre ambos está abierto. No obstante, la sobreexplotación de este tipo de preguntas puede convertirlas en una muletilla. A diferencia de las *preguntas añadidas* que analizamos en el capítulo de *Pragmática Interactiva*, las preguntas confirmatorias no están dirigidas a provocar una respuesta por

parte del interlocutor, aunque proporcionan un lugar de transición pertinente que este último puede aprovechar para acceder al turno de habla.

Finalmente, como hemos señalado más arriba, hemos adoptado la clasificación de los actos de habla propuesta por Searle (1979) para analizar su *dimensión ilocutiva*:

- REPRESENTATIVOS (%x_{repr} §i_{rp}): también llamados *asertivos*, comprometen al hablante con la veracidad de la proposición expresada. Dentro de esta categoría se pueden destacar las afirmaciones, las creencias o las deducciones.
- DIRECTIVOS (%x_{repr} §i_{di}): son intentos por parte del hablante de intervenir en la conducta del oyente, esto es, tentativas de que el receptor realice alguna acción. Según su fuerza ilocutiva, estos intentos pueden ser suaves (invitaciones, sugerencias, consejos) o más decididos (órdenes, advertencias, retos). Posiblemente, los dos actos directivos más comunes en una conversación son las preguntas y las peticiones.
- EXPRESIVOS (%x_{repr} §i_{ex}): expresan un estado psicológico que se especifica en la condición de sinceridad. Actos de este tipo son los agradecimientos, las felicitaciones, las disculpas... En nuestro análisis hemos considerado las interjecciones como actos expresivos, pues señalan estados de ánimo en relación con las intervenciones de otros o del propio hablante.
- COMPROMISORIOS (%x_{repr} §i_{co}): a partir de los cuales el hablante se compromete a realizar un acto futuro. El caso típico de acto compromisorio son las promesas, aunque también son ejemplos de actos compromisorios las apuestas o las amenazas.
- DECLARATIVOS (%x_{repr} §i_{de}): provocan cambios en la situación institucional y tienden a depender de instituciones extralingüísticas. No hay distinciones superficiales entre el contenido proposicional y la fuerza ilocucional. Son actos declarativos las inauguraciones, los bautizos o las condenas judiciales.

15.2 Análisis y discusión de los resultados

15.2.1 La dimensión locutiva de los actos de habla

El análisis de la dimensión locutiva de los actos de habla nos permite conocer la manera en que los hablantes transmiten significados en el transcurso de la conversación. Como hemos avanzado en el apartado anterior, hemos considerado cuatro categorías de análisis dependiendo del grado de relación entre la dimensión enunciativa y proposicional de los actos de habla. A modo de resumen, en lo que Gallardo llama *acto proposicional* coinciden plenamente ambas dimensiones, ya que el significado se transmite a partir del léxico de la lengua; los *actos activadores de inferencias* explotan la capacidad inferencial del interlocutor para crear significados a partir de la emisión de elementos lingüísticos que solo significan por el contexto de uso; en los *actos locutivos* se establece una separación entre las dimensiones enunciativa y proposicional, en tanto que existe locución pero a partir de esta no se deriva ningún contenido semántico; y, finalmente, los *actos no verbales* transmiten significados en ausencia de locución.

A continuación, presentamos tres gráficos en los que se plasma la proporción de actos de habla –desde una perspectiva locutiva– utilizados por cada uno de los participantes de las conversaciones. Además, como venimos haciendo con todas las categorías analizadas, hemos considerado la variable “nivel de gravedad de la DTA” y hemos separado las conversaciones de acuerdo con el grado de deterioro cognitivo de la persona con demencia, pues pretendemos constatar si existe una evolución en los datos que esté directamente relacionada con la progresión de la enfermedad. En este sentido, nuestra hipótesis de partida consideró que, en el caso de los hablantes con alzhéimer, sus crecientes problemas de anomia darían lugar a un decrecimiento en el porcentaje de actos proposicionales en favor de un aumento de actos activadores de inferencias, actos locutivos y actos no verbales, con los que poder contribuir a la transmisión de significados cuando su capacidad expresiva resultara más comprometida. Por el contrario, pensamos que los actos de habla emitidos tanto por el interlocutor clave como por el investigador serían actos proposicionales casi en su totalidad, pues en estos participantes no debería existir una dificultad para integrar la dimensión enunciativa y la proposicional en un único acto de habla.

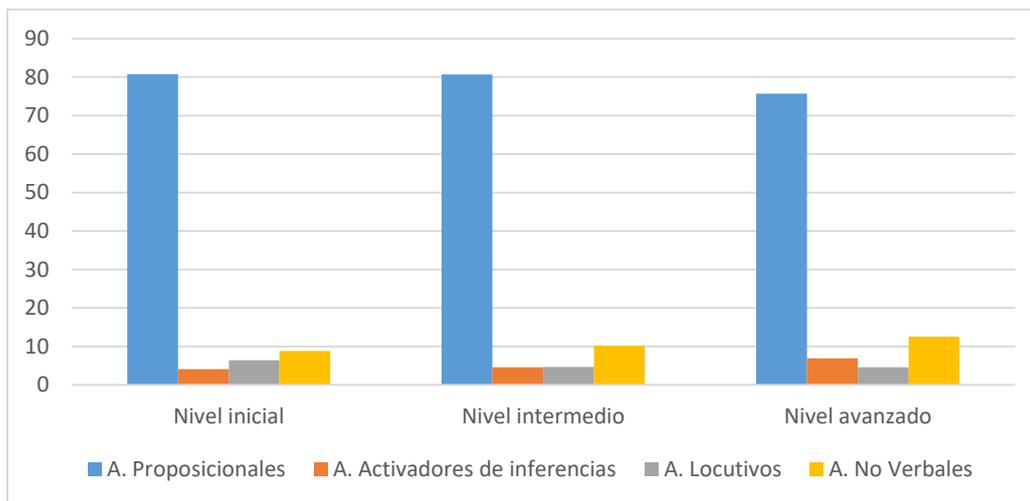


Figura 11: Categorías de la dimensión locutiva de los actos de habla de los informantes con DTA.

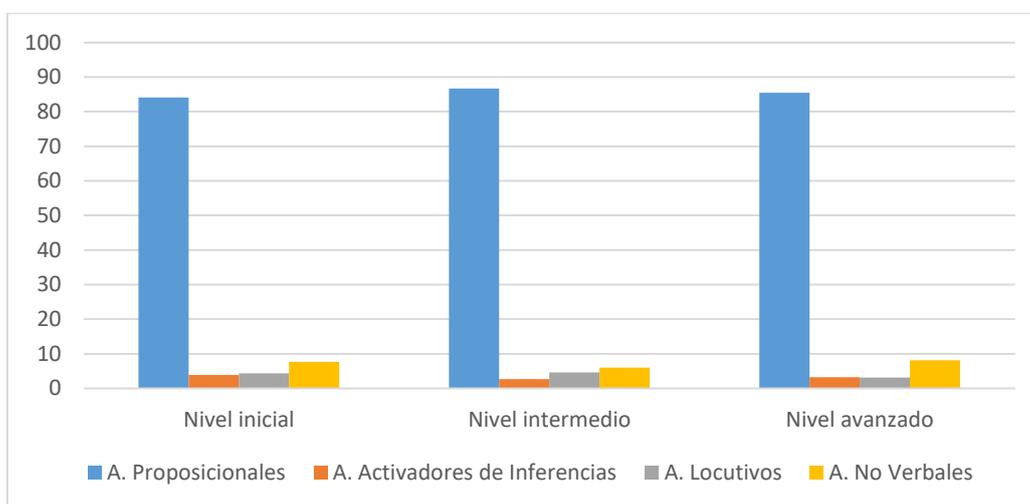


Figura 12: Categorías de la dimensión locutiva de los actos de habla de los interlocutores clave.

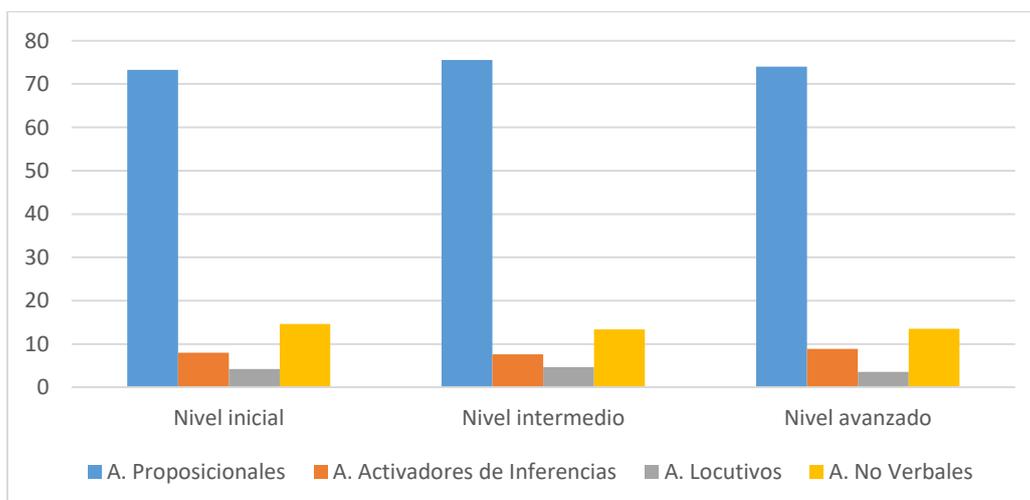


Figura 13: Categorías de la dimensión locutiva de los actos de habla del investigador.

Sin embargo, los resultados del análisis cuantitativo reflejados en estos gráficos no coinciden plenamente con nuestras expectativas, pues apenas se observa un cambio en la proporción de los distintos actos de habla a medida que avanza el deterioro cognitivo. Esta situación es aplicable tanto a los hablantes con demencia como al resto de participantes en las conversaciones. Además, otra de las similitudes que se dan al comparar los tres gráficos reside en la distancia que se establece entre el número de actos proposicionales y el resto, pues estos últimos se sitúan en valores que solo en contadas ocasiones rebasan el 10%, mientras que los primeros se destacan ampliamente sobre las otras clases de actos. Pasaremos, a continuación, a desgranar estos resultados de forma separada, según el tipo de participante conversacional, atendiendo a aspectos cuantitativos y cualitativos que, presumiblemente, enriquecerán el análisis.

15.2.1.1 Actos proposicionales

En primer lugar, centrándonos en la figura del informante con DTA, observamos que la distribución de uso de los distintos tipos de acto de habla desde una perspectiva locutiva permanece constante a través de las tres etapas en las que se divide la demencia. De esta forma, existe una casi imperceptible disminución en el porcentaje de *actos proposicionales* que va desde el 80,75% de la fase inicial al 75,67% de la fase avanzada. No obstante, esto no invalida que en un buen número de casos la enunciación de estos actos sea dificultosa o que se ponga de relieve la incapacidad de acceder al término deseado (por ejemplo, a través del empleo de actos borrador, como tendremos oportunidad de comprobar en el siguiente apartado, dedicado a las tareas de edición). Del mismo modo, como ya señalábamos en la presentación de las categorías los actos de habla en su dimensión locutiva, dentro de los límites del acto proposicional se incluyen desde actos que transmiten una gran cantidad de información a actos que comunican un contenido semántico mínimo. Así, conviven en nuestro corpus actos proposicionales con los que la persona con alzhéimer toma la responsabilidad de hacer progresar la interacción y otros que se sitúan al borde de poder ser considerados como locutivos o activadores de inferencias, ya que su carga semántica es muy escasa. Un análisis detallado de los datos conversacionales nos muestra, como era esperable, que los actos proposicionales del primer tipo son más frecuentes en la etapa inicial de la demencia. Por el contrario, buena parte de los actos que hemos categorizado como proposicionales en las intervenciones de los hablantes con DTA en la fase avanzada transmiten muy poca información, pues se utiliza un léxico muy genérico o son muy

breves. Obsérvense los siguientes ejemplos para una mejor comprensión de esta diferencia:

```
*LML:      hay veces que discutimos a lo mejor por una tontería
             de nada .
%xepr:     $a vp
*LML:      y nos enfadamos por eso .
%xepr:     $a vp
*LML:      en eso lleva razón también .
%xepr:     $a vp
*LML:      pero yo soy muy activo .
%xepr:     $a vp
*LML:      tengo que hacer una cosa y cuanto antes la haga me
             quedo tranquilo .
%xepr:     $a vp
```

Ejemplo 49. Grabación 3 LML. Nivel inicial. Sucesión de actos de habla proposicionales que hacen progresar informativamente la conversación.

```
*HIJ:      vives en Torrente o Valencia ?
%xepr:     $a vp
*LHIJ:     dónde vives tú ?
%xepr:     $a vp
*AAP:      yo aquí .
%gpx:     (illustrator: deictic) hits the book .
%xepr:     $a vp nv
*LHIJ:     <aquí> [>] ?
%xepr:     $a vp
*INV:     <claro> [<] .
%xepr:     $a vp
*AAP:     la mía .
%xepr:     $a vp
*AAP:     claro que sí (.) <aquí> [>] .
%xepr:     $a vp vp
*LHIJ:     <aquí> [<] [/-] aquí donde estamos ,, verdad ?
%xepr:     $a vp vp
*AAP:     en toda esta cosas .
%xepr:     $a vp
```

Ejemplo 50. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. La hablante con DTA emite una serie de actos proposicionales con un escaso contenido semántico.

En el primer caso, el hablante con alzhéimer construye una secuencia de historia personal a través de actos de habla proposicionales en los que la transmisión de información se consigue a partir del significado asociado a las palabras que los componen. Es un uso típico de las personas en un estadio inicial de la demencia y, por añadidura, de sujetos sin déficit lingüístico. En el segundo ejemplo, la información aportada por los actos de habla proposicionales emitidos por la hablante con DTA denota bastantes problemas de memoria (no contesta si vive en Torrente o en Valencia) y de acceso léxico, pues rellena sus intervenciones con pronombres (“aquí”, “la mía”) y

un circunloquio (“en toda esta cosas”) para referirse a su domicilio particular; por lo tanto, esta continua transgresión de las máximas de cantidad y de manera acercan estos actos de habla a la categoría de actos activadores de inferencias, pues el valor proposicional se apoya notablemente el discurso del interlocutor y su capacidad interpretativa.

Otros fenómenos que se pueden considerar en la frontera entre un acto de habla proposicional y uno activador de inferencias son las co-construcciones y las construcciones sintácticas suspendidas. Aunque en ambos casos el significado expresado por un acto de habla precisa ser completado colaborativamente a través de la participación de otro interlocutor, no es menos cierto que, dependiendo de la cantidad de información necesaria para completar el sentido del enunciado, existen diferencias notables en cuanto al alcance del esfuerzo inferencial que tiene que hacer el oyente. En el momento de realizar el análisis de los datos consideramos la inclusión de estas construcciones dentro de la categoría “acto proposicional”, pues reservamos la categoría de “acto activador de inferencias” a una serie de elementos lingüísticos (interjecciones, onomatopeyas, marcadores, partículas) que aparecen con frecuencia en el habla de los afásicos no fluentes con esta función. No obstante, la demencia de tipo alzhéimer cursa con un deterioro comunicativo de tipo fluente, por lo que quizás se podría haber matizado el contenido de esta última categoría, adaptándolo así a las características propias de la demencia, y señalando como subtipo esta clase de actos ricos en deícticos, proformas y construcciones ecoicas o inacabadas.

Obsérvese, además, que, aunque estos dos fenómenos son propios del lenguaje oral y aparecen comúnmente en las conversaciones cotidianas mantenidas por hablantes sin ningún tipo de déficit comunicativo, su uso se convierte en uno de los rasgos discursivos con mayor presencia en la actuación lingüística de sujetos con afasia o con demencia (cf. las aportaciones de Oelschlager y Damico, 1998; de Bloch y Beeke, 2008; y de Hernández Sacristán y Serra Alegre, 2016, en el ámbito de la afasia).

Por un lado, las co-construcciones se componen de al menos dos turnos consecutivos en los que se distribuye el contenido lingüístico que, en principio, debería pertenecer a un único turno de habla. Por lo tanto, en ellas se realiza de manera compartida entre distintos hablantes el proceso de formulación de una construcción sintáctica completa. Este trabajo colaborativo se hace particularmente patente en las conversaciones en las que participa una persona con déficit comunicativo. Como

señalan Gallardo Paúls (2005a) y Hernández Sacristán *et al.* (2014) en relación con la afasia, el hablante afásico, mediante el recurso de ceder el turno para que su interlocutor complete su intervención, explota esta posibilidad discursiva con el objetivo de minimizar el riesgo de cometer errores. Además, en ocasiones, cabría la posibilidad de atribuir al interlocutor de la persona con déficit lingüístico una actitud contraproducente, pues una utilización excesiva de este tipo de comentarios de apoyo puede enmascarar las habilidades comunicativas del hablante con demencia o con afasia y proyectar una visión negativa de este como ser incapacitado. En el ejemplo que presentamos a continuación, la mujer de JGM está hablando sobre las dimensiones del centro de día al que acude su marido. En un momento dado, JGM quiere aclarar que el edificio cuenta con dos plantas o alturas, pero una dificultad de acceso léxico le impide hacerlo con éxito. Al mismo tiempo que experimenta este problema con la expresión verbal, el hablante con demencia utiliza la gestualidad de forma compensatoria para transmitir el mensaje, lo que le sirve a su mujer para inferir el contenido lingüístico que su marido no ha sido capaz de producir y poder expresarlo ella mediante un turno colaborativo. Finalmente, esto da lugar a una co-construcción por la que el acto de habla se construye de manera compartida.

```
*MUJ:      claro (.) nosotros fuimos primero y yo cuando lo vi
            (.) mi hijo dice +"/.
*MUJ:      +" madre mía (.) aquí se nos pierden !
*MUJ:      0 <[=! laughs]> [>] . [+ trn]
*INV:      0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
*JGM:      que allí hay dos [/ -] dos +/.
%gpx:      (illustrator: spatial) raises his arm .
*MUJ:      dos alturas.
*MUJ:      &*JGM: dos alturas [/] dos alturas .
```

Ejemplo 51. Grabación 27 JGM2. Nivel intermedio. El hablante con DTA muestra una dificultad de acceso léxico que resuelve su mujer en el siguiente turno, dando lugar a una co-construcción.

Por otro lado, las construcciones sintácticas suspendidas son una manifestación de la capacidad inhibitoria en el uso del lenguaje. De acuerdo con la definición de Hernández Sacristán *et al.* (2014: 33-34), la característica básica de este tipo de mecanismo discursivo es la interrupción de una construcción sintáctica, que puede venir motivada por la complejidad que encuentra el hablante en formularla o deberse a que el informante presume que aquello que la completa es fácilmente deducible por su interlocutor y, por lo tanto, no es necesario expresar el contenido lingüístico restante. Parece claro que nuestros informantes con demencia, generalmente a causa de

problemas relacionados con el acceso léxico, utilizan con frecuencia la técnica de interrumpir una construcción sintáctica (concurrente con una entonación suspendida) para no mostrar a las claras su déficit de expresión¹⁰⁴. En algunos casos, la vaguedad de los contenidos transmitidos por el hablante con alzhéimer en la construcción suspendida imposibilita que los demás interlocutores puedan colegir la información no transmitida oralmente:

*PVN: que lo que más xxx los otros cin [/ -] cuatro cinco
seis siete xxx xxx (.) los chiquillos .
*HIJ: que qué ?
*PVN: los chiquillos (.) que son [/ -] que se los han→ .
*PVN: (4.0) <no sé [/] no sé> [?] .
*HIJ: no te he entendido .

Ejemplo 52. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. El hablante con DTA interrumpe su acto de habla y lo deja en suspenso, impidiendo que el interlocutor clave comprenda su intención comunicativa.

En este ejemplo, la acumulación de emisiones ininteligibles junto con la referencia extralingüística de “los chiquillos”, desconocida para el resto de los interlocutores (de hecho, podría tratarse de un caso de parafasia semántica), provocan que el interlocutor clave no pueda inferir el contenido del enunciado tras la interrupción del acto de habla por parte de la persona con alzhéimer. Asimismo, aunque el cuidador (HIJ) permite un silencio de cuatro segundos para no interrumpir la planificación lingüística de su padre, las dificultades expresivas de este último terminan por dar al traste con los intentos por transmitir su intención comunicativa.

No obstante, a veces, el contenido que falta en el acto de habla para que pueda ser entendido sin dificultad por el oyente es mínimo y fácilmente rescatable por el contexto conversacional, por lo que no es sencillo determinar si la persona con demencia no ha considerado necesario terminar la construcción sintáctica o si se trata un reflejo de la anomia. En el siguiente ejemplo, la hablante con DTA deja a medias un enunciado en el que, presumiblemente, quiere decir que siempre le ha gustado ir “a misa”:

¹⁰⁴ Profundizaremos en esta dificultad para completar una construcción sintáctica con significado pleno en el capítulo dedicado a la pragmática textual. Avanzamos en este punto que, desde la perspectiva perceptiva que preside la clasificación del déficit lingüístico por relaciones (Gallardo Paúls, 2009c), consideramos este tipo de déficit lingüístico como un déficit de recepción por omisión de constituyentes necesarios de la oración.

*CUI: cantas y vas a la iglesia allá y todo .
 *CUI: &*HIJ: <también> [>] .
 *RJC: <sí> [<] (.) sí que voy (.) sí .
 *RJC: me gusta .
 *RJC: desde siempre me ha gustado la Iglesia (.) ir aaa→ .
 *RJC: de verdad (.) te soy sincera .

Ejemplo 53. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. La hablante con DTA emite una construcción sintáctica suspendida cuyo contenido es fácilmente rescatable.

En ocasiones, el interlocutor de la persona que formula una construcción suspendida se atreve a rellenar el hueco que esta ha dejado mediante un comentario que, obviamente, es producto de su capacidad inferencial y que surge a partir de la información transmitida por el primer hablante. En las situaciones en las que la anomia se hace evidente o el deterioro de la capacidad de planificación compromete la ejecución del acto de habla, la creación de significado se puede lograr de manera compartida entre varios participantes en la conversación. En las grabaciones de nuestro corpus es posible encontrarnos con este tipo de pares adyacentes, formados por una intervención del informante con DTA que finaliza con una construcción suspendida y una intervención del interlocutor sin demencia que completa sintáctica y semánticamente el enunciado del participante con alzhéimer; el resultado es, por lo tanto, similar al de las co-construcciones que analizábamos anteriormente. Normalmente, la aportación del interlocutor clave se reduce a un término que el hablante con demencia no ha conseguido expresar, cuya ausencia se marca con la entonación suspendida. Obsérvese, por ejemplo, el siguiente fragmento perteneciente a una conversación con una persona en una etapa inicial de la enfermedad en el que IBM está recordando las reticencias de su hermana a ir al oncólogo:

*IBM: eso (.) y entonces (.) ella +"/.
 *IBM: +" no (.) a mí no me han dicho na(da) [/] a mí no me han dicho na(da) .
 *IBM: y eso tiene que tener sus→ .
 *HIJ: sus revisiones .
 *IBM: 0 [=! nods] . [+ trn]

Ejemplo 54. Grabación 9 IBM1. Nivel inicial. El interlocutor clave completa la emisión suspendida de la hablante con DTA.

15.2.1.2 Actos activadores de inferencias

A continuación nos adentramos por completo en el estudio de los actos activadores de inferencias, formados principalmente por interjecciones que transmiten diversos significados emotivos de acuerdo con el contexto de emisión de las mismas. Esta caracterización de las interjecciones nos permite resaltar dos de sus propiedades básicas. Por un lado, tal y como podremos comprobar en el apartado dedicado al análisis de la ilocutividad de los actos, las interjecciones son el soporte más frecuente de los actos de habla expresivos. Por otro lado, el enfoque perceptivo asume que la interjección se define pragmáticamente por su ausencia de valor conceptual (López García, 1989) y por la total absorción del enunciado por la enunciación. De esta forma, la interjección puede adoptar cualquier valor proposicional que se desprenda de la interpretación que haga el oyente a partir del contexto en que aquella ha sido pronunciada (Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2006: 33).

A diferencia de la actuación lingüística de los hablantes con una patología no fluente, como la afasia de Broca (cf. Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2005), la utilización que nuestros informantes con demencia de tipo alzhéimer hacen de las interjecciones o de las onomatopeyas no va destinada fundamentalmente a compensar un déficit de producción oral, sino que ambas sirven para vehicular exclamaciones y actos expresivos, en general, tal y como ocurre en la conversación entre personas sin déficit comunicativo:

```
*INV:      y este año hay que comprar bañador o sirve el del año  
           pasado ?  
%xexpr:    $a vp  
*IBM:      no (.) tengo [/] tengo muchos (.) ugh (.) tengo un  
           bolso grande +/.  
%xexpr:    $a vp vp vp il vp
```

Ejemplo 55. Grabación 25 IBM2. Nivel intermedio. La hablante con DTA emite una interjección que otorga un sentido expresivo a su enunciado.

A través de un análisis de tipo cuantitativo, constatamos que el uso de actos activadores de inferencias por parte de los hablantes con demencia que participaron en nuestra investigación muestra un ligero incremento porcentual entre la etapa inicial y la etapa avanzada; se pasa de un 4.06% de actos activadores de inferencias en la primera fase a un 6,9% en el tercer estadio de la enfermedad. No parece que exista una diferencia significativa entre ambas cifras, pero como tendremos oportunidad de comprobar en el apartado dedicado al estudio de la dimensión ilocutiva de los actos, se

observa un aumento considerable en el número de actos de habla expresivos, especialmente, entre la etapa intermedia y la avanzada; es probable que parte de ese incremento se deba al mayor uso de interjecciones.

Asimismo, el porcentaje de actos activadores de inferencias es particularmente alto en aquellos informantes que presentaban mayores dificultades comunicativas. En concreto, en el caso de AAP y PVN, los actos activadores de inferencias suponen un 10,51% y un 8,17% del total de los actos de habla, respectivamente. Como apuntábamos hace un instante, su uso no se corresponde de manera principal con una función compensatoria del déficit lingüístico; no obstante, estas cifras reflejan una mayor pervivencia de las interjecciones y de los actos expresivos en la etapa final de la demencia, por contraposición al descenso en el número de actos proposicionales. En definitiva, desde el punto de vista de los recursos cognitivos empleados, resulta mucho más sencillo formular un acto activador de inferencias, una interjección, que un acto de habla que haga progresar la interacción a partir de elementos del léxico de la lengua. Sin embargo, esta realidad es difícilmente comprobable si atendemos a los datos numéricos del grupo de informantes en un nivel avanzado de manera general. Por el contrario, únicamente podemos detectar esta tendencia en aquellos sujetos cuyas habilidades lingüísticas están más comprometidas¹⁰⁵.

Por otro lado, nos parece pertinente destacar el porcentaje de actos activadores de inferencias en las intervenciones del investigador, el cual se sitúa entre el 7% y el 9% de media según el nivel de deterioro cognitivo del hablante con Alzheimer. En principio, como hemos expresado repetidas veces, el investigador intentó que su postura comunicativa frente al desarrollo de la conversación lo dejase en un segundo plano, de mero observador; por esta razón, un buen número de sus intervenciones se limitó a una interjección que actuara como turno continuador y que, por lo tanto, mantuviera estáticos los papeles comunicativos de hablante y oyente.

¹⁰⁵ Debemos recordar que la escala de deterioro global (Reisberg *et al.*, 1982) sitúa a las personas con demencia en un estadio determinado de la enfermedad de acuerdo con su desempeño en diversos dominios cognitivos y tareas de la vida diaria. Sin embargo, el deterioro de las habilidades comunicativas puede seguir un ritmo diferente al de otros procesos cognitivos, por lo que nos encontramos con situaciones en las que una persona muestra un perfil comunicativo no acorde con su nivel de demencia diagnosticado. Asimismo, la compartimentación en tres fases se superpone al carácter progresivo de la enfermedad, lo que ocasiona que dentro de un mismo estadio de la demencia se observen patrones comunicativos diferentes, más o menos alejados del estándar descrito para la etapa en cuestión.

Además, el investigador utilizó un lenguaje emotivo con el objetivo de que la interacción conversacional resultara más atractiva para los hablantes con DTA. Es preciso reconocer, no obstante, que un exceso de expresividad emotiva puede provocar que se caiga en infantilizar nuestra forma de hablar al dirigirnos a las personas con demencia y, por extensión, a todas aquellas que presentan un déficit comunicativo. Por lo tanto, hemos pretendido no limitar nuestras intervenciones a elementos que atenten contra la imagen del interlocutor con una patología verbal y que, por ende, repercutan en su identidad personal. Podemos ejemplificar este uso de la interjección a través del siguiente fragmento, extraído de una conversación con una hablante en el nivel avanzado de la enfermedad; en este caso, el investigador emite una interjección seguida de un acto expresivo que refuerza la emotividad del enunciado:

```
*HIJ:      tú y yo los dos en el avión .
%xepr:     $a vp
*AAP:      els dos <en el avión> [>] ?
%xepr:     $a vp
*HIJ:      <sí [/] sí [/] sí [/] sí> [<] .
%xepr:     $a vp vp vp vp
*AAP:      pín <pun pan pun> [>] .
*HIJ:      0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
%xepr:     $a nv
*INV:      huy <qué miedo> [>] !
%xepr:     $a il vp
```

Ejemplo 56. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. Uso de la interjección por parte del investigador como mecanismo para dar expresividad a su lenguaje.

15.2.1.3 Actos locutivos

La definición de acto locutivo nos señala la separación que puede darse en un acto de habla entre la dimensión enunciativa y la dimensión proposicional, es decir, que el significado no se deriva directamente de las palabras o de los sonidos emitidos. En este punto, estos actos se relacionan estrechamente con los actos activadores de inferencias¹⁰⁶, pues ambos requieren de la interpretación del oyente a la luz del contexto comunicativo para transmitir información relevante. En nuestro análisis de los datos conversacionales en los que participa una persona con alzhéimer hemos identificado dos tipos de acto locutivo, fundamentalmente:

¹⁰⁶ De hecho, Gallardo ha considerado los actos locutivos como un tipo de acto activador de inferencias en la mayoría de los trabajos en los que profundiza en la definición de las categorías de análisis del déficit lingüístico (Gallardo Paúls, 2005b, 2007; Gallardo Paúls y Moreno Campos, 2006; Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013).

1. Rutinas lingüísticas con escaso contenido proposicional
2. Sucesión de marcadores discursivos y pronombres sin referente conocido

En primer lugar, hemos codificado como actos locutivos ciertas rutinas lingüísticas que apenas transmiten un significado proposicional. Nos referimos a construcciones y elementos como “bueno”, “mira”, “y nada”, “es decir”, “pero vamos”, etc., que pueden aparecer en cualquier lugar de la intervención y que parecen actuar, fundamentalmente, como mecanismos de gestión del turno conversacional. En su estudio sobre marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso de las personas con afasia, Gallardo Paúls y Marín Jordá (2005) identifican diversas funciones realizadas por marcadores discursivos tales como “oye”, “mira” o “a ver”, entre ellas, las de planificar una intervención, introducir un fragmento de discurso referido o reorientar el tema del que se está hablando. En el caso de los hablantes afásicos no fluentes puede producirse una sobreexplotación de este tipo de recursos, pues su déficit de expresión comunicativa les lleva a depender en gran medida de ellos para construir sus intervenciones y dotarlas de un significado que irremediamente debe ser inferido por el resto de los participantes en la conversación. Por el contrario, en la actuación lingüística de nuestros informantes con DTA no se observa un uso distinto de este tipo de marcadores discursivos del que es propio de los hablantes sin patología verbal. Nos interesa su aparición, no obstante, como “medios lingüísticos que se habilitan para dar expresión a tareas metacognitivas características de una función ejecutiva general” (Hernández Sacristán *et al.*, 2014: 36).

Asimismo, también incluimos dentro de esta categoría el uso de marcadores discursivos desgajados del enunciado, principalmente, cuando van acompañados de una entonación suspendida, lo que transmite un sentido de inacabado al acto de habla. En esta situación encontramos ejemplos como los siguientes: “así es que→”, “y así”, “pues→”, “es que→”, etc.

Esta utilización de los marcadores discursivos supone una situación cercana al segundo tipo de acto locutivo que hemos identificado, en el que la sucesión de marcadores discursivos y pronombres sin un referente conocido hace muy difícil la comprensión del enunciado por parte del receptor. Son casos en los que el hablante desarrolla el eje sintagmático de su intervención sin transmitir un contenido semántico de forma explícita ni establecer relaciones de tipo gramatical entre las distintas palabras que componen el enunciado. En muchas ocasiones, estos elementos lingüísticos se

caracterizan por una pronunciación alargada, lo que los asemeja a una pausa oralizada, con la que también pueden coincidir en la misma intervención; de hecho, este tipo de acto locutivo suele producirse junto a uno o varios casos de tareas de edición –especialmente, pausas oralizadas y actos borrador–, pues la emisión del acto de habla es entrecortada debido a dificultades de tipo motor o de acceso léxico.

Una vez analizado nuestro corpus de conversaciones en las que participa un hablante con DTA, observamos que este segundo tipo de acto locutivo aparece con más frecuencia en aquellos informantes que han alcanzado un estadio intermedio y, sobre todo, en los que se encuentran en una fase avanzada de la demencia. La formulación de actos locutivos se podría entender, pues, como una estrategia compensatoria a través de la cual conseguir rellenar el turno de habla incluso cuando la capacidad comunicativa está bastante alterada. Estos resultados no son de extrañar, pues a medida que avanza el deterioro cognitivo existen más dificultades para expresar un contenido proposicional acorde con la dimensión enunciativa del acto de habla emitido.

```
*INV:      tenía caballo ?
*IBM:      no (.) caballo no [/] caballo no .
*IBM:      &*INV: caballo no .
*IBM:      él na(da) más que: lo (...) esto (.) los (..) te
           puedes comer .
%xepr:     $a vp vl
%xepr:     $e da
*INV:      las gallinas .
*INV:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*IBM:      las gallinas [/] las gallinas (.) pero el huevo .
```

Ejemplo 57. Grabación 25 IBM2. Nivel intermedio. La hablante con DTA emite un acto locutivo a causa de un fallo de acceso léxico.

En este ejemplo, el investigador se interesa por los animales que tenía el hijo de la hablante con demencia en su chalé. IBM demuestra una dificultad para acceder al término “gallinas” –o, en todo caso, a los “huevos” que ponen las gallinas– a partir de la sucesión de artículos que no determinan a ningún sustantivo y la utilización de un pronombre demostrativo sin referente conocido. Además, la conjunción “que” presenta una pronunciación alargada, próxima a una pausa oralizada, lo que refuerza la inclusión de este acto dentro de la categoría de los actos locutivos; por último, la intervención termina con un circunloquio, esto es, un tipo de acto borrador, con el que la informante trata de transmitir el concepto que no ha sido capaz de nombrar. En el siguiente ejemplo, el interlocutor clave busca comprobar si su madre, en la fase intermedia de la

demencia, recuerda cuántos nietos tiene. El acto de habla que enuncia RJC –tras una pausa de seis segundos con respecto a la intervención previa– parece indicar una total desconexión entre la respuesta esperada y lo que realmente dice; de hecho, la utilización de dos pronombres demostrativos (“açò” y “això”), cuyos referentes son totalmente ambiguos, nos impide conocer la información que quería transmitir la informante:

```
*HIJ:      sí (.) quants néts té ?
*RJC:      pues mira (.) tinc→ .
%com:      counts on her fingers .
*HIJ:      a veure si sap comptar .
*RJC:      jo me pareix que no vaig a recordarme ,, eh ?
*HIJ:      no (.) usted tranquila .
%com:      RJC counts on her fingers .
*RJC:      (6.0) me recorde que (.) açò [/ -] açò com era
           pa(ra) [/ -] pa(ra) això .
%xep:      $a vl
%xep:      $e ep da da
*RJC:      &*HIJ: uhhum .
```

Ejemplo 58. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. La hablante con DTA emite un acto locutivo a partir del cual no se extrae ningún contenido proposicional contextualmente apropiado.

15.2.1.4 Actos no verbales

Por último, para completar este análisis de la dimensión locutiva de los actos, resulta pertinente atender al hecho de que algunos actos de habla pueden estar acompañados por un elemento no verbal que completa su significado o que, directamente, lo sustituye. Desde este punto de vista, hablamos de la existencia de una gestualidad *complementaria* y de una gestualidad *compensatoria*, las cuales cuentan con una gran importancia en el ámbito de las dificultades comunicativas derivadas de una patología verbal, pues su utilización de manera estratégica puede servir para mejorar la calidad comunicativa.

En todo caso, tal y como señalábamos en la presentación de las categorías analizadas, dentro de la etiqueta “Acto no verbal” hemos codificado todos aquellos elementos propiamente no verbales cuya aparición en la grabación nos pareció lo suficientemente relevante como para incluirlos en la transcripción de la conversación. Así, consideramos aspectos paralingüísticos, como la risa, y quinésicos, tanto faciales (la mirada, con valor regulador del sistema de turno) como gestuales. Por el contrario, en nuestras transcripciones no atendimos especialmente a la proxémica más allá de identificar algunos movimientos con los que la persona con alzhéimer daba a entender que se quería marchar o que expresaban algún sentimiento por el interlocutor clave,

pues la situación comunicativa se desarrolló mientras todos los participantes estaban sentados en asientos individuales.

Es preciso puntualizar que la videocámara a través de la cual se grabaron las conversaciones apuntaba su objetivo hacia el hablante con alzhéimer, de modo que se pudiesen captar todos los elementos de la comunicación no verbal del informante. Sin embargo, esto supuso que, por la propia distribución del resto de los hablantes en la sala, en la mayoría de los casos no dispongamos de las imágenes de los interlocutores clave ni del investigador; como consecuencia de esta situación, en la mayor parte de las ocasiones, los únicos actos no verbales pertenecientes a los participantes sin demencia que se recogen en las transcripciones son las risas. En este sentido, a efectos de poder comparar el porcentaje de actos no verbales de los hablantes con alzhéimer con el correspondiente del resto de participantes en las interacciones, debemos considerar que para estos últimos las secuencias de risa representan la práctica totalidad de los mismos. De este modo, tal y como podemos comprobar en los gráficos presentados anteriormente que recogen la evolución en el uso de los distintos tipos de actos de habla según su dimensión locutiva, el interlocutor clave emite entre un 6% y un 8% de risas, una cifra que se ve ampliamente superada por la que corresponde al investigador. Este último presenta una media de actos no verbales –fundamentalmente, fragmentos de risa– que se sitúa entre el 13% y el 15% del total de actos de habla de acuerdo con el nivel de deterioro cognitivo del informante con demencia con el que conversa. Creemos que la suma de este volumen de turnos ocupados por risas, de los actos locutivos formados por continuadores y de los actos activadores de inferencias expresados a través de interjecciones, da lugar a un panorama caracterizado por la pretensión del investigador de permanecer en un segundo plano comunicativo.

Aportamos en este punto una tabla que presenta (1) las cuatro categorías básicas de análisis que hemos establecido dentro de los actos no verbales y (2) la media porcentual de uso de cada una de ellas (sobre el total de actos no verbales) por parte de los informantes con demencia, habiéndolos agrupado según el nivel de deterioro cognitivo producido por la patología. En algunos casos no se pudo precisar la función que cumplía determinado gesto, por lo que no se codificó como emblema, ilustrador o regulador, aunque sí se contabilizara como acto no verbal; esta es la principal causa por la que la suma de actos no verbales pertenecientes a estas categorías no siempre alcanza el 100%. Procederemos a la discusión de estos resultados a medida que vayamos

caracterizando cada tipo de acto no verbal y su repercusión en la comunicación que se establece entre una persona con DTA y sus familiares.

Actos No Verbales				
	Emblemas	Ilustradores	Reguladores	Risas
Nivel inicial	18,94	50,71	10,47	14,76
Nivel intermedio	27,34	35,26	10,18	22,35
Nivel avanzado	19,7	33,17	14,32	33,63

Tabla 25: *Distribución porcentual de los tipos de actos incluidos dentro de la categoría "Acto no verbal", según el nivel de deterioro cognitivo.*

Durante las últimas décadas, las investigaciones sobre la comunicación humana han comenzado a prestar atención de manera creciente a aquellos aspectos menos puramente lingüísticos y que, por otro lado, son imprescindibles y se producen en todo intercambio comunicativo en el que los hablantes se encuentran cara a cara. De hecho, muchos autores afirman que más del 80% de lo que comunicamos está basado en nuestros gestos, miradas, postura, tono de voz e, incluso, los silencios (Birdwhistell, 1970). Contamos también con la conocida (sobre todo en los ámbitos de la psicología) regla del 7% - 38% - 55%, propuesta por Mehrabian (1971), que afirma que nuestra comunicación es un 7% verbal, un 38% correspondiente a la voz y un 55% basada en el lenguaje corporal. No obstante, el propio autor indica que los estudios que llevó a cabo para establecer esta regla se centraron en la comunicación de sentimientos y actitudes, por lo que no debería ser aplicable a cualquier otra faceta comunicativa. De cualquier modo, todos los hablantes son conscientes de la importancia de la gestualidad, por un lado, y también de los elementos paralingüísticos, por otro. De hecho, cuando se produce una contradicción entre el contenido lingüístico de una intervención y el tono con que se expresa o los gestos que la acompañan, solemos confiar en estos últimos para interpretar el sentido de un comentario.

Comenzando nuestro análisis por la *risa*, esta ha sido incluida entre otros "indicadores sonoros de reacciones fisiológicas y emocionales" (Cestero, 1999) junto a los suspiros, la tos, el llanto o los bostezos. No obstante, los representantes de la etnometodología norteamericana, en especial, Gail Jefferson, ya distinguían la risa de otros elementos paralingüísticos por ser una verdadera estrategia conversacional producida sistemáticamente por los hablantes y organizada socialmente. En concreto, Jefferson *et al.* (1987) caracterizan la risa como un mecanismo interaccional que

funciona como una respuesta relevante a una intervención previa, pero que también influye en acciones posteriores. Es decir, que la risa puede servir para organizar la interacción o para intervenir en los enunciados del resto de los participantes.

Estas investigaciones sobre la risa en conversaciones entre personas sin déficit comunicativo se han extendido posteriormente a hablantes con alguna alteración comunicativa (cf., por ejemplo, Norris y Drummond, 1998, Madden *et al.*, 2002, y Wilkinson, 2007, en personas con afasia; o Wilson *et al.*, 2007, y Lindholm, 2008, para la demencia de tipo alzhéimer). Los resultados de estos trabajos pusieron de manifiesto que todas las funciones de la risa observadas en los hablantes con un desarrollo típico del lenguaje también aparecen en los sujetos con un déficit comunicativo, concluyéndose, por lo tanto, que la capacidad para utilizar la risa de manera estratégica se conserva en estos hablantes y que, a su vez, se podría emplear como herramienta de rehabilitación comunicativa.

En nuestro caso, el análisis de las intervenciones pertenecientes a los sujetos con demencia nos señala un incremento sostenido en el porcentaje de secuencias de risa a lo largo de las tres etapas en las que comúnmente se divide la enfermedad. Así, del 14,76% del conjunto de los actos no verbales que representa la risa en la etapa inicial se pasa al 22,35% en la fase intermedia y al 33,63% en la etapa avanzada, momento en el que uno de cada tres actos no verbales se corresponde con un fragmento relleno por la risa del hablante con alzhéimer¹⁰⁷. Por esta razón, hemos considerado que sería de particular interés realizar una breve aproximación a las funciones que cumple la risa en el habla de los sujetos con DTA, especialmente, en las fases donde existe un mayor deterioro cognitivo. Con esta finalidad, partimos de la clasificación propuesta por Madden *et al.* (2002), que distinguen cuatro funciones básicas desempeñadas por la risa como estrategia conversacional:

1. *Señal de cambio de turno*: Un hablante ríe al final del turno para dar por finalizada su intervención y dar la oportunidad de que otro hablante tome la palabra. Se

¹⁰⁷ Como en todo intento de establecer una media de aparición de un fenómeno en conversaciones que involucran la presencia de personas muy distintas, en nuestro estudio también nos encontramos con las dificultades que se derivan de este hecho y, por lo tanto, los resultados son matizables. Por ejemplo, hay personas que parecen más risueñas que otras y cuyo porcentaje de risas es mayor en la etapa inicial (así, TRM1: 31,03%) que el de otras personas en la etapa avanzada (*vid.* AAM: 14, 29%). Del mismo modo, son destacables los datos que emanan del análisis de las conversaciones con MMT (nivel avanzado), que presenta un 85,13% o 63 episodios de risa durante la segunda grabación.

produce, fundamentalmente, cuando la persona que posee el turno no tiene nada más que decir sobre el tema de conversación o no quiere decir nada más y pretende que sea otro hablante el que continúe con la interacción. Muchas de las secuencias de risa que encuadraríamos dentro de esta categoría están relacionadas con dificultades de acceso léxico y con problemas para continuar dando información sobre el tema que se está tratando. Obsérvense estos dos ejemplos:

```
*MMT:      y dice +"/.
*MMT:      +" yo estoy uhm .
%gpx:      (emblem) frowns .
*MMT:      y así .
*MMT:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*INV:      y así se quedó .
```

Ejemplo 59. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. La hablante con DTA emite una risa como señal de cambio de turno.

```
*MMT:      yo me pongo ?
*MAR:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*MMT:      o lo [/ -] o lo [/ -] o lo .
*MMT:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*MAR:      así es todo el día &*INV: ya .
```

Ejemplo 60. Grabación 23 MMT2. Nivel avanzado. La hablante con DTA emite una risa como señal de cambio de turno.

Se trata de dos casos en los que funciona esta estrategia, ya que, de hecho, alguno de los interlocutores toma el turno de habla. Sin embargo, podemos distinguir dos reacciones muy diferentes a este comportamiento: en el primer fragmento, uno de los participantes, en este caso el investigador, emite un comentario de apoyo que intenta ser un refuerzo para que la persona con demencia continúe hablando; en cambio, en el segundo ejemplo, el interlocutor no trata de reponer la palabra o el sintagma que falta, sino que hace una mención del déficit lingüístico de su familiar.

2. *Ayuda para comprender:* Se trata de la risa que emplea un hablante para informar al interlocutor de que lo que está diciendo no debe tomarse en serio. Se utiliza normalmente para quitar importancia a lo que se ha expresado anteriormente y se observa, básicamente, en tres contextos:

- a. Cuando se ocasiona una conducta social inapropiada, es decir, para mitigar un comportamiento inadecuado por parte del propio hablante. Compruébese,

por ejemplo, cómo la risa sirve para quitarle fuerza a una amenaza que PVN hace contra su hijo y dejarla como simple broma:

*PVN: no <le quiere mucho> [?] (.) me quiere mucho .
*INV: no ?
*PVN: 0 [=! snaps his tongue] . [+ trn]
*INV: yo creo que sí .
*PVN: sí le pego xxx xxx xxx .
*PVN: 0 [=! laughs] . [+ trn]
*INV: seguro (.) usted se ve fuerte .

Ejemplo 61. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. El hablante con DTA emite una risa para suavizar una amenaza.

- b. Cuando se produce un problema comunicativo, que en los hablantes con DTA puede deberse a múltiples causas, siendo las más frecuentes la dificultad para recordar acontecimientos y para acceder a la palabra adecuada. En muchos casos, el hablante es consciente de esta realidad y trata de enmascarar esta incapacidad empleando la risa y excusándose con diversos motivos. En la mayoría de ocasiones, los interlocutores muestran su apoyo a las personas con demencia a través de comentarios o secuencias de risa que sirven para mitigar el efecto que pudiera tener el fallo comunicativo:

*HIJ: cuántos somos ?
*HIJ: te acuerdas más o menos ?
*DGD: Paco (..) ya no me acuerdo tan [/-] tan .
*DGD: llevo tanto tiempo así que ya no me acuerdo .
*DGD: 0 [=! laughs] . [+ trn]
*HIJ: ya estás mareada (.) tanto hacer faena (.) „ <verdad † cariño> [>] ?
*INV: 0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]

Ejemplo 62. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. La hablante con DTA ríe con el objetivo de mitigar el efecto causado a su imagen por un fallo de memoria.

- c. Después de contar un problema o una situación incómoda; la risa actúa como mecanismo para quitar dramatismo a lo que se está narrando:

*HIJ: y tú de qué has trabajado ?
*LGP: yo (.) como soy la vieja (.) pues mira (.) aquí estoy .
*HIJ: y tú de qué has trabajado ?
*LGP: +^ pero siempre tengo que ir al médico .
*LGP: 0 [=! laughs] . [+ trn]

Ejemplo 63. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con DTA ríe para quitar importancia a un asunto delicado.

3. *Demostración de entendimiento*: Aquí se incluyen los casos en los que la risa se utiliza para dar a entender que se encuentra gracioso lo que ha expresado el interlocutor. No parece que existan diferencias entre el uso que hacen de esta estrategia las personas con alzhéimer y el resto de hablantes más allá de que a veces puedan no comprender el sentido humorístico de algún enunciado.
4. *Señal de cambio de tema*: Risas que emplea un hablante al comienzo de su intervención y que le sirven para abandonar el tema que se está tratando e introducir un tema nuevo o que le interesa especialmente. Como abordaremos en el apartado dedicado a la pragmática textual, las personas con DTA en un estadio avanzado demuestran muchas dificultades para gestionar los temas conversacionales; se observan cambios bruscos de temas y continuas vueltas a temas preferidos:

*INV: o sea (.) que él también trabajaba allí .
 *LGP: no quiso .
 *INV: ah (.) no quiso trabajar .
 *LGP: quería estudiar .
 *INV: claro .
 *LGP: claro xxx .
 *LGP: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *LGP: sí y nosotros nos venimos de [/ -] de Albacete .

Ejemplo 64. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con DTA marca un cambio de tema a partir de una secuencia de risa.

Por otro lado, el análisis de nuestros datos nos mostró que, con frecuencia, muchas de las secuencias de risa no encajaban dentro de estas categorías. A modo de ejemplo, daremos algunas breves pinceladas que nos ayuden a completar el cuadro de los fragmentos de risa en las intervenciones de los hablantes con demencia. Así, PVN ríe en ocasiones tras comentarios que no conducen a risa, pero, por otro lado, también emite enunciados con humor conscientemente y que refuerza con una risa antes de que lo haga su interlocutor; en la conversación con DGD observamos que esta hablante ríe después de dar una respuesta correcta o de aportar un dato relevante; LGP presenta muchos casos de secuencias de risa en las que no se distingue claramente su función, pues su discurso está salpicado de proformas que dificultan la comprensión de sus intenciones; finalmente, de MMT podemos destacar que ríe casi siempre que reproduce comentarios de sus nietos y, además, observamos que en la segunda grabación en la que participó esta hablante repite constantemente una muletilla, canturreada, tras la cual también se ríe. En el siguiente fragmento se recogen ambos fenómenos:

*MMT: porque la niña es muy pequeñita ,, sabes ?
*MMT: y xxx xxx (..) y cuando llega y dice +"/.
*MMT: +" adónde está mi padre ?
*MMT: 0 <[=! laughs]> [>] . [+ trn]
*INV: 0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
*MMT: +" y dónde está mi madre ?
*MMT: y yo decía +"/.
*MMT: +" pues tú te tienes que comer +//.
*MMT: y tu madre (.) casita (.) pompompón .
%com: singing .
*MMT: 0 [=! laughs] . [+ trn]

Ejemplo 65. Grabación 23 MMT2. Nivel avanzado. Dos momentos tras los que la hablante con DTA suele emitir una risa.

Finalizamos esta sección dedicada a la utilización de la risa por parte de las personas con DTA con la constatación de que, al menos en la etapa avanzada de la demencia, estos hablantes producen más turnos ocupados con risas que el resto de los interlocutores. Por otro lado, hemos podido comprobar que en el discurso de las personas con alzhéimer aparecen todas funciones de la risa que se les atribuye a los hablantes sin déficit lingüístico, por lo que podemos concluir que la risa se mantiene como una estrategia conversacional. No obstante, las razones por las que se produce la risa pueden variar entre personas con desarrollo típico del lenguaje y personas con alzhéimer, tal y como hemos reflejado anteriormente. Además, queda patente que en muchas ocasiones es complicado determinar cuál es el motivo por el que el sujeto con demencia se ríe, algo que puede afectar a la comunicación y a la consideración que sus interlocutores tengan de él. Por último, en este sentido, hemos comprobado cómo las reacciones de los interlocutores sin demencia a la risa del hablante con alzhéimer varían desde un comentario de apoyo u otra risa hasta el silencio o el cambio de tema. Sin duda, el empleo de las dos primeras redundará en un mejor autoconcepto por parte de la persona con DTA y en una mejor comunicación.

Continuamos el análisis de los actos no verbales centrándonos en su dimensión quinésica. La primera distinción que podríamos establecer es la que diferencia dos mecanismos a través de los cuales los seres humanos transmiten una comunicación de tipo no verbal: los gestos y la expresión facial. Sin embargo, hemos preferido seguir la tipología de cariz semiótico propuesta por Ekman y Friesen (1969) y matizada por Cosnier (1987), que incluye todos los procedimientos quinésicos y los supedita a la

función que cumplen en la conversación. Según esta clasificación, los actos no verbales pueden funcionar, básicamente, como *emblemas*, *ilustradores* o *reguladores*¹⁰⁸.

Para comprender el criterio utilizado por Ekman y Friesen debemos hacer una consideración previa que ya apuntábamos en la presentación de las categorías analizadas: un mismo gesto puede actuar como emblema o como ilustrador dependiendo del contexto de uso. Así, si aparece desvinculado del habla se trataría de un emblema, mientras que si se sirve de ella como soporte actuaría como ilustrador. En este sentido, esta caracterización encaja bastante bien con la conocida distinción en el ámbito clínico entre gestualidad compensatoria y gestualidad complementaria. En todo caso, parece claro que ciertos gestos aparecen con una frecuencia muy elevada actuando bien como emblemas o bien como ilustradores, por lo que suelen considerarse principalmente dentro de una de estas dos categorías. Seguiremos este criterio para analizar los gestos más utilizados por nuestros informantes, sin que por ello olvidemos que también pueden cumplir otra función.

Comenzaremos el análisis, pues, con aquellos actos no verbales que se utilizan fundamentalmente como *emblemas*. Recordemos que habíamos definido los emblemas como gestos que tienen un significado convencional; por lo tanto, son conocidos por los miembros de una misma cultura y, en ocasiones, parecen comunes a toda la especie humana (Knapp, 1980: 17). Partiendo de la base del trabajo realizado por Gallardo (2005a, 2005b), en las transcripciones hemos codificado aquellos gestos que aparecen en nuestras grabaciones con una mayor asiduidad –por ejemplo, (emblem: intensifier), que indica un valor aumentativo a partir del movimiento reiterado de la muñeca, colocando la mano extendida y mostrando su envés–, sin que por ello hayamos dejado de describir todos los gestos que captase la cámara y fuesen de interés comunicativo –por ejemplo, (emblem: gesture of writing)–.

Sin duda, algunos de los emblemas más utilizados en las conversaciones son los de afirmación o de negación¹⁰⁹ (esto es, mover la cabeza de arriba hacia abajo o hacia los lados para mostrar acuerdo o desacuerdo), pero, además de ellos, los relacionados

¹⁰⁸ La clasificación se completa con las categorías *señales de afecto* y *adaptadores*, aunque no las consideramos en nuestro estudio por no resultar relevantes para el mismo.

¹⁰⁹ Tanto su importancia en el desarrollo de los intercambios como que la mayor parte de las veces ocupen la totalidad del turno de habla nos ha llevado a codificar las afirmaciones y las negaciones en líneas principales de la transcripción, como turnos sin habla, de la siguiente manera: 0 [=! nods] . [+ trn] (afirmación), 0 [=! shakes his/her head no] . [+ trn] (negación).

con sentimientos tienen una gran presencia en el discurso de las personas con alzhéimer y es por esto por lo que representan la mayoría de los emblemas codificados con una etiqueta (emblem: resignation / displeasure / contemptuous). Por otra parte, hemos constatado la existencia de una serie de gestos recurrentes que intensifican (emblem: intensifier), matizan o atenúan (emblem: approximate) o rechazan (emblem: swept) lo dicho por el hablante o por su interlocutor. Obsérvense los siguientes ejemplos para obtener un conocimiento más claro de cómo funcionan algunos de estos emblemas en las conversaciones de nuestro corpus:

*HIJ: Celia fue este fin de semana ?
*AAM: sí (.) yo creo que sí .
*HIJ: Celia ?
*AAM: ay (.) yo qué sé !
%gpx: (emblem: displeasure) raises her arms .
*AAM: es que # hija (.) una está viendo→ .

Ejemplo 66. Grabación 16 AAM. Nivel avanzado. La hablante con DTA hace un gesto de desagrado por no recordar un hecho reciente.



Figura 14: Emblema aproximativo correspondiente al ejemplo 67.

*CGS: y efectivamente (.) por no [/-] por es [/-] porque no
[/-] <tenía que haber> [>] +/.
*MUJ: <por ir despacio> [<] .
*CGS: +, ido a noventa o .
%gpx: (emblem: approximate) shakes his hand .

Ejemplo 67. Grabación 2 CGS1. Nivel inicial. El hablante con alzhéimer hace un gesto aproximativo que puede glosarse como “más o menos”, “así así”.

Por otro lado, en términos cuantitativos, nuestra hipótesis de partida se basó en que, al tratarse de gestos que no complementan al habla, sino que la sustituyen, la utilización de emblemas por parte de los informantes con DTA iría creciendo a medida que lo hacen sus dificultades expresivas. Sin embargo, no parece que exista una evolución significativa en el uso de emblemas a lo largo de la enfermedad, pues, en términos absolutos, la media de gestos emblemáticos en la etapa inicial se sitúa en 8, por 10,5 en la fase intermedia y 9,28 en el estadio avanzado de la demencia. Estas cifras

se traducen, en términos relativos, en que el 18,94% de los actos no verbales en la fase inicial fueron emblemas, un porcentaje que asciende al 27,34% en la etapa intermedia, pero que vuelve a caer hasta el 19,7% en la fase avanzada. Por lo tanto, a la luz de estos resultados, no podemos constatar que exista un incremento en el uso de gestualidad de tipo compensatorio.

Ahora bien, esto no nos impide descubrir casos en los que los emblemas actúan claramente como sustitutos de palabras o expresiones que no se emiten, probablemente, por una alteración de tipo comunicativo. Detengámonos en el caso de la informante LGP, que se encuentra en un estadio avanzado de la enfermedad en el momento de la grabación. En el siguiente ejemplo, el resto de los interlocutores, en particular, el investigador, están intentando averiguar si la informante recuerda en qué lugares de fuera de España ha estado trabajando. LGP no es capaz de recordar el país exacto sobre el que se le pregunta, pero, una vez accedemos al conocimiento de que se trata de Suiza, la hablante con demencia interviene para decir que ha viajado mucho por el extranjero. Desafortunadamente, parece que no acierta a decir la palabra “mundo” para completar su intervención, por lo que emite un demostrativo al que acompaña con un gesto circular en el aire que sustituye al término no expresado verbalmente:

```
*INV:      en Suiza ?
*INV:      qué sitio más bonito !
*INV:      „ no ?
*LGP:      yo he corrido medio [/-] medio eso .
%gpx:      (emblem) draws a circle in the air to depict the
           world .
```

Ejemplo 68. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con demencia emplea un emblema representar el mundo.

Pero este uso de los emblemas como gestualidad compensatoria de un déficit verbal no se circunscribe únicamente a los momentos en los que el deterioro cognitivo es mayor, sino que también lo hemos podido encontrar en la etapa inicial de la demencia. El caso de la informante JAC es paradójico en este sentido, pues presenta una anomia recurrente que le impide enunciar la palabra deseada en bastantes ocasiones. En el ejemplo que presentamos a continuación, la informante se encuentra describiendo cuán atentas están las cuidadoras del centro de día de la AFAV a las personas que permanecen a su cargo. En un momento dado, JAC muestra dificultades para encontrar la palabra adecuada con la que poder seguir su exposición, por lo que realiza un gesto que da a entender que las cuidadoras dirigen a los “residentes” hacia donde ellas

quieren. La informante es consciente de que su fallo de acceso léxico ha provocado la transmisión de un mensaje ambiguo y, por eso, formula una pregunta confirmatoria (“¿me entiendes?”); no obstante, enseguida es capaz de explicitar verbalmente aquello que había intentado expresar a través de un emblema y es en ese momento en el que el investigador parece haber decodificado finalmente el mensaje:

```
*JAC:      o sea (.) si se te van por un la(d)o (.) ellas están
           desde otro xxx +"/.
*JAC:      +" che (.) fulana (.) vente p(ara) acá .
*JAC:      +" que yo voy .
*JAC:      +" tss (.) tú vente p(ara) acá .
*JAC:      y las van→ .
%gpx:      (emblem) gesture of directing people to a specific
           place .
*JAC:      „ me entiendes ?
*JAC:      nos van entrando a [/-] a donde quieren ellas &*INV:
           ah .
```

Ejemplo 69. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. La hablante con DTA utiliza un emblema para indicar una acción.



Figura 15: Emblema de dirección correspondiente al ejemplo 69.

El segundo tipo de acto no verbal en la clasificación de Ekman y Friesen (1969) son los llamados *ilustradores*. Estos gestos se caracterizan por servir de apoyo al mensaje que se emite verbalmente y su significado depende de él, por lo que pueden ser considerados como proformas. Mientras que Ekman y Friesen, basándose en un trabajo anterior de Efron (1941), proponen seis clases de ilustradores, Cosnier (1987) reduce esta clasificación a cuatro: *deícticos*, *espaciográficos*, *quinemímicos* y *pictomímicos*. Como señalábamos en la presentación de las categorías estudiadas dentro de la pragmática enunciativa, en nuestro análisis de datos conversacionales en los que participa un hablante con DTA hemos utilizado esta última tipología de gestos ilustradores, pues cubren fundamentalmente los diferentes valores que pueden adoptar en la conversación.

En primer lugar, los ilustradores *deícticos* se encargan de designar el referente del mensaje mediante una señal que suele hacerse con el dedo índice de una mano o, en ocasiones, con un movimiento de cabeza. Esta *deíxis* ostensiva puede ir dirigida hacia un elemento presente en el contexto situacional en el que se da la conversación, hacia

uno de los participantes en ella o, incluso, hacia un referente imaginario o que no se encuentra en el aquí y ahora de la interacción. Sin lugar a dudas, es el tipo de ilustrador más frecuente en las conversaciones analizadas, pues es el que predomina en todos los estadios de la demencia. En cuanto a las diversas funciones que cumple en el discurso, más allá de la que cualquier hablante pueda pretender normalmente, es destacable el uso que hacen de él algunos informantes con el objetivo de pasar la responsabilidad comunicativa al interlocutor clave para enmascarar sus dificultades expresivas. Sirva este fragmento de la conversación con ALG para ejemplificar lo que decimos:

```
*INV:      ‡ Alicia (.) y le gusta a usted la playa ?
*ALG:      la playa ?
*ALG:      sí (.) me gusta (.) pero→ .
*ALG:      lo que ha dicho (.) José .
%gpx:      (illustrator: deictic) points at her husband .
*MAR:      +^ vamos (.) cuando tenemos escapada (.) como vivimos
           cerca (.) nos vamos andando (.) <hasta la playa> [>].
```

Ejemplo 70. Grabación 14 ALG. Nivel intermedio. La hablante con alzhéimer señala a su marido para escudarse en su intervención.



Figura 16: Ilustrador deíctico correspondiente al ejemplo 70.

En segundo lugar, los ilustradores *espaciográficos* representan medidas (distancia, altura), lugares o recorridos entre dos puntos. Como sabemos, estos gestos funcionan como ilustradores cuando complementan la información expresada verbalmente, tal y como podemos comprobar en el siguiente ejemplo, en el que se suceden tres ilustradores espaciográficos: en el primero de ellos, IBM extiende uno de sus brazos y lo separa del cuerpo para reforzar la idea de amplitud de la edificación; el segundo y el tercero, por su parte, indican el itinerario y la distancia que hay que completar para recorrer la finca de la que están hablando ella y su hija.

```
*HIJ:      pero es un piso ?
*IBM:      claro .
*HIJ:      un piso o→ .
*IBM:      no (.) piso no (..) es una casa &*HIJ: una casa .
%gpx:      (illustrator: spatial) IBM extends her arm to
           indicate a big extension .
*IBM:      mu(y) grande (..) y te puede(s) ir pa(ra) allá y
           pa(ra) acá pa(ra) esto .
%gpx:      (illustrator: spatial) points forwards .
```

```
*IBM:      como si fuéramos pa(ra) allá [/] pa(ra) allá [/]  
           pa(ra) allá (.) que no llegamos (.) aunque no  
           llegamos (.) porque no puedes llegar .  
%gpx:      (illustrator: spatial) points forwards .
```

Ejemplo 71. Grabación 25 IBM2. Nivel intermedio. Sucesión de ilustradores espaciográficos.

El tercer tipo de ilustrador es el denominado *quinemímico*, pues su función es la de imitar las diversas acciones enunciadas por los hablantes en sus intervenciones. Esta es una cualidad de los gestos que también resulta ser bastante explotada por parte de los hablantes con alzhéimer, quizás como refuerzo visual de lo dicho para el oyente. Cualquier acción es susceptible de ser imitada y, por esta razón, nos encontramos con una amplia variedad de ilustradores *quinemímicos*: repartir libros, caerse, quitarse o ponerse unas gafas, freír un huevo, etc.

En cambio, la aparición de ilustradores *pictomímicos* es mucho menos frecuente, convirtiéndose en el tipo de ilustrador menos utilizado por nuestros informantes. Como sabemos, son gestos caracterizados por dibujar en el aire, de manera simultánea al habla, el referente o el objeto mencionado. Por lo tanto, lo que diferencia a *quinemímicos* y *pictomímicos* es que los primeros representan una acción y los segundos, una realidad. Y, al igual que ocurre con el anterior tipo de ilustrador, en nuestro corpus encontramos ejemplos de ilustradores *pictomímicos* de lo más variopinto: de piano, de pelota, de hoja de papel, etc.

En conjunto, los ilustradores representan el 50,71% de los actos no verbales codificados en la etapa inicial, una cifra muy elevada que, en términos absolutos, se corresponde con una media de 21,58 ilustradores por conversación. Esta cantidad desciende en buena medida en el paso hacia la etapa intermedia de la enfermedad, puesto que, aunque el porcentaje sobre el total de actos no verbales únicamente baje hasta el 35,26%, la media de ilustradores se queda en 12,75, es decir, poco más de la mitad de la cifra obtenida en la fase anterior. Finalmente, en la etapa avanzada se mantienen estos números de manera prácticamente invariable, pues el porcentaje de ilustradores alcanza el 33,17% o, lo que es lo mismo, 12,57 gestos de media por informante. A la luz de estos resultados, parece evidente que los hablantes con DTA hacen un mayor uso de la gestualidad complementaria en los primeros años de la enfermedad; sin embargo, el empleo de los ilustradores cae bruscamente en la etapa intermedia de la demencia y permanece así en la etapa avanzada. En cualquier caso, no sabríamos determinar una causa subyacente a este descenso en el uso de ilustradores,

más allá de que se pudiera corresponder con la menor participación de los hablantes con alzhéimer en las conversaciones a partir de la etapa intermedia (en número de palabras), como hemos comprobado a partir del índice de participación conversacional.

Por último, dedicaremos el resto del presente apartado a los *reguladores*, el tercer tipo básico de gesto según la clasificación de Ekman y Friesen. Como señalábamos en la presentación de las clases de actos no verbales, los reguladores sirven para gestionar el sistema de la toma de turno y, además, facilitan la expresión verbal en los casos en los que se ve comprometida. En concreto, dentro de esta categoría contemplamos el uso de la mirada como regulador conversacional y el de algunos gestos repetitivos que sirven de soporte a la emisión de los enunciados.

Así, en primer lugar, observamos que la gran mayoría de los reguladores producidos por los informantes con demencia se corresponde con la utilización significativa de la mirada¹¹⁰. En este sentido, nos estamos refiriendo, fundamentalmente, a dos formas de emplear la mirada. Por un lado, hemos tenido en cuenta aquellos casos en los que la persona con DTA se dirige a un interlocutor en concreto y, para ello, orienta su mirada hacia él. En las conversaciones donde participan tres o más personas, el hablante en curso puede seleccionar al próximo hablante, es decir, elegir quién va a ser el poseedor del turno de habla, a través del uso de la mirada; es una habilidad que observamos en todos los niveles de la enfermedad. En el siguiente ejemplo, la hablante con alzhéimer se encontraba hablando con su marido, pero mira al investigador cuando le formula una pregunta directamente a él:

```
*MAR:    déjale a ese muchacho que lo toque [/] que lo toque .
*TRM:    no [/] no .
%com:    moves the windmill away and plays with it .
*TRM:    así está bonito .
*TRM:    (4.0) 0 [=! looks at INV] . [+ trn]
*TRM:    y esto que haces de charlar por qué es ?
*TRM:    algún estudio o algo ?
```

Ejemplo 72. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. La hablante con alzhéimer hace una pregunta al investigador y, consecuentemente, dirige la mirada hacia él.

¹¹⁰ En las transcripciones, la mirada se codifica en líneas independientes o principales –únicamente en aquellos casos en los que sea relevante desde un punto de vista comunicativo– de la siguiente forma: 0 [=! looks at (código del interlocutor al que se dirige la mirada)] . [+ trn].

Por otro lado, hemos observado que, en ciertas ocasiones, algunos hablantes dirigen su mirada hacia el interlocutor clave en busca de una ayuda comunicativa. La mayoría de las veces, estas peticiones de ayuda están relacionadas con un problema de acceso léxico o un fallo de memoria; en estos casos, el hablante con demencia se apoya en el conocimiento de su familiar para intentar completar la intervención. En el fragmento que presentamos a continuación, la informante no recuerda cómo se denomina un tipo de arroz típico de Valencia y recurre a su hija, señalándole su olvido a través de la mirada:

*JAC: hmm (.) la fabada (.) el arroz al [/ -] al <ma> [?] ese (.) que hacen en Valencia tan bueno .
*JAC: 0 [=! looks at HIJ] . [+ trn]
*JAC: allí en Valencia .
*HIJ: a banda &*JAC: a banda .

Ejemplo 73. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. La hablante con demencia dirige la mirada hacia su hija para señalar un problema comunicativo.

Además, los hablantes pueden acompañar la mirada con una pregunta que explicita su dificultad comunicativa y la información que requieren de su interlocutor. El siguiente ejemplo es buena muestra de ello:

*LGP: y nos [/ -] yo me vine aquí porque mi marido también se vino aquí .
*LGP: porque él vivía en [/ -] en otro sitio „ sabes ?
*LGP: era en→ .
*LGP: 0 [=! looks at HIJ] . [+ trn]
*LGP: cómo se llama el que nos quedamos ?
*LGP: se llama→ .
*HIJ: el qué ?
*LGP: la que vivía papá .
*HIJ: Algemesí .

Ejemplo 74. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con DTA emplea la mirada junto con una pregunta específica para señalar un problema de memoria.

En segundo lugar, hemos comprobado que existen algunos gestos que actúan como reguladores, pues funcionan como mero soporte de la enunciación. En su estudio sobre la afasia no fluente, Gallardo y Moreno (2005) identificaron un tipo de gesto que puede realizarse en forma de tamborileo de los dedos de una mano sobre una mesa o mediante una serie de movimientos repetidos del brazo de arriba hacia abajo con el dedo índice extendido, al que llaman “regulador de compás”. En la afasia no fluente, dada la dificultad que la patología provoca en la producción de enunciados, este gesto suele

funcionar como acompañamiento de una pronunciación silabeada. Este tipo de alteración comunicativa no es frecuente en la demencia de tipo alzhéimer, pero, aún así, observamos la utilización de reguladores de compás –codificados, en ocasiones, como (regulator: beat)– en una pequeña cantidad de conversaciones; en estos casos, la dificultad expresiva que se advierte suele tener su origen en un fallo de memoria:

*HIJ: <en aquel entonces quién estaba> [>] ?
 *RJC: <pues anava> [<] en aquel entonces era una [/-] una [/-] jo t'ho diré (..) una que [/-] que era (..) quan passaves el [/-] el→ .
 *RJC: com t'ho diré (.) senyor ?
 %gpx: (regulator) taps the table while looking downwards .

Ejemplo 75. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. La hablante con DTA utiliza un regulador de compás como recurso para intentar recordar un término.



Figura 17: Regulador de compás correspondiente al ejemplo 75.

Otro tipo de gesto regulador que encontramos de cuando en cuando en nuestro corpus es el que se produce al contar una cantidad con la ayuda de los dedos de una mano, pero, obviamente, este gesto aparece de manera muy escasa. Así, como señalábamos con anterioridad, la mayor parte de los reguladores parten del uso de la mirada como organizadora del sistema de la toma de turno. En conjunto, el número de reguladores supone una media del 10,47% de los actos no verbales en la etapa inicial de la demencia, un porcentaje muy similar al 10,18% de la fase intermedia y ligeramente inferior al 14,32% de gestos reguladores transcritos en las conversaciones con un hablante en la etapa avanzada de la enfermedad¹¹¹. Como no podía ser de otra forma, es el tipo de comunicación no verbal menos utilizada en la interacción, pero su importancia para mostrar una buena competencia es fundamental.

¹¹¹ Estas cifras relativas suponen, en términos absolutos, la existencia de 4,42 reguladores de media en la etapa inicial, 4 en el estadio intermedio o moderado y 5,71 en la fase avanzada o severa.

15.2.2 Gestión conversacional: Tareas de edición

Partiendo del trabajo de Gallardo y Moreno (2006), que a su vez se inspiraron en el protocolo de *Cuantificación de Conductas Conversacionales* (Crockford y Lesser, 1994), identificamos una serie de mecanismos utilizados por los hablantes para gestionar los problemas comunicativos que pueden surgir en mitad de su intervención; estos mecanismos son las llamadas “tareas de edición”. Como apuntábamos al comienzo de este apartado, dentro de este nivel de análisis identificamos cuatro categorías de estudio: pausas oralizadas, pausas vacías, actos borrador y preguntas confirmatorias. Consideramos que un análisis de tipo cuantitativo no es el que mejor se ajusta a las características de uso de las tareas de edición por parte de los distintos hablantes: así, el empleo de muchas pausas oralizadas puede encubrir un problema de anomia, pero también puede deberse a una intención continuada de no abandonar el turno de habla; del mismo modo, la aparición de pocos actos borrador nos podría hacer pensar en una persona que no necesita utilizar reformulaciones para lograr un lenguaje preciso y significativo, pero, en cambio, esa misma ausencia de actos borrador podría demostrar una inconsciencia de las propias alteraciones comunicativas. Por lo tanto, nos decantamos por presentar un análisis de tipo cualitativo que nos permita conocer las peculiaridades de uso de los mecanismos de gestión conversacional por parte de los hablantes con DTA.

15.2.2.1 Pausas vacías y pausas oralizadas

En primer lugar, la presencia de pausas vacías (superiores a dos segundos) y de pausas oralizadas en el interior del turno de una persona nos indica la existencia de un período de planificación del discurso. En ambos casos, la pausa se produce por una dificultad para expresar de manera fluida los términos que sirven de base al pensamiento. No obstante, la utilización de un silencio, de una pausa vacía, no implica lo mismo que el uso de una pausa rellena u oralizada. En el primer caso, el hablante interrumpe el flujo conversacional normalmente a la espera de encontrar la palabra o expresión adecuada. En el segundo caso, la persona que ocupa el turno de habla emite una vocalización prolongada que cumple esta misma función. Y, si bien el empleo de cualquiera de los dos tipos de pausa resulta en un lugar de transición pertinente (por lo tanto, un momento en el que el oyente puede acceder al turno y arrebatárselo al hablante en curso), elegir una pausa oralizada expresa una voluntad por completar la intervención

iniciada; de hecho, demuestra una mayor intención comunicativa y un conocimiento más profundo de los mecanismos de mantenimiento del turno de habla.

Opinamos, por esta razón, que aquellos hablantes que manifiestan una preferencia por la utilización de pausas vacías presentan un mayor deterioro de las habilidades comunicativas y de gestión conversacional. No obstante, no se debe desdeñar que esta predilección por los silencios de planificación fuese una característica premórbida del lenguaje del informante con demencia.

En cualquier caso, como ya hemos apuntado, el interlocutor clave o el investigador pueden considerar esta pausa como una señal de cambio de turno y, de este modo, tomar la palabra, por lo que aquello que originalmente era una pausa de planificación se convierte en un intervalo o pausa entre turnos. En otras situaciones, sin embargo, observamos que los familiares que participan en las grabaciones muestran una actitud cortés y facilitadora, bastante más proclive a dejar todo el tiempo necesario para que el hablante con alzhéimer pueda planificar su siguiente movimiento conversacional sin ser interrumpido:

*HIJ: <qué plantas> [<] estuvo regando ayer ?
 *FGB: ah (.) pues unas (3.0) a vore (..) las→ (6.0) .
 %gpx: (regulator) taps the table .
 *FGB: tomates (.) berenjena .

Ejemplo 76. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. El hablante con DTA recurre a dos pausas vacías en su turno que no son utilizadas por su interlocutor para introducir comentarios.

En este fragmento de conversación, observamos cómo el interlocutor clave no interrumpe las pausas vacías de tres y seis segundos que aparecen durante el turno de su padre y, de esta forma, permite que sea el mismo hablante con demencia el que complete la información requerida por la pregunta. Ya indicábamos en el apartado anterior, en relación con los silencios de tipo interactivo en esa ocasión, que el respeto a las pausas de planificación debería ser una estrategia que los familiares utilizaran con mayor frecuencia, pues, aunque contraria al común uso conversacional, parece servir de gran ayuda a que las personas con demencia de tipo alzhéimer sean capaces de realizar los procesos cognitivos necesarios para encontrar la palabra deseada o recordar un acontecimiento.

Por otro lado, nuestros informantes utilizan un número muy superior de pausas oralizadas que de pausas vacías. En este sentido, su actuación se parece a la de los hablantes sin déficit comunicativo en situaciones naturales de conversación; nuestro

discurso está salpicado de este tipo de vocalizaciones que retrasan el momento de producir una palabra o construcción determinadas, pues, a diferencia de lo que ocurre con la escritura, no podemos permanecer callados hasta que damos con el término correcto que expresa nuestro pensamiento, sino que necesitamos rellenar el silencio para no perder nuestro turno.

Así, esta tarea de edición tan unida a los principios de la gestión conversacional parece mantenerse en buen estado hasta la etapa avanzada de la demencia. Obsérvese el siguiente extracto de transcripción, por ejemplo, en el que una mujer con DTA emplea el recurso de emitir una vocalización alargada “eh→” mientras intenta recordar cuántos años tenía su marido cuando ambos se conocieron:

```
*HIJ:      sí [/] sí (.) pero qué edad teníais ?
*LGP:      pues→ yo no lo sé la edad que teníamos ya .
*LGP:      han pasado tantos años→ .
*HIJ:      seguro ?
*LGP:      él tenía eh→ veinti no sé qué .
*LGP:      era algo (.) un xxx de esos .
%gpx:      (emblem: approximate) shakes her hand .
```

Ejemplo 77. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con demencia emplea una pausa oralizada ante un fallo de memoria.

En definitiva, la utilización de pausas vacías y oralizadas por parte de los sujetos con alzhéimer cumple unas funciones muy similares a aquellas por las que son empleadas por cualquier hablante sin déficit lingüístico. De todas formas, en el caso de los turnos de las personas con demencia, un buen número de las veces que utilizan estos mecanismos conversacionales se debe a dificultades con el acceso léxico o con la memoria episódica, más allá, por supuesto, de los típicos momentos de planificación del discurso que todos manifestamos.

```
*INV:      seguro que son muchos (.) para que sea un coro grande
.
%gpx:      (illustrator: pictograph) extends his arms .
*INV:      yo me imagino que sí .
*JGM:      sí (.) es (4.0) eh (.) como (.) pues (2.0) es (.) no
            (.) no es un coro [/] no es un coro (.) no es que sea
            un coro .
```

Ejemplo 78. Grabación 27 JGM2. Nivel intermedio. Sucesión de pausas vacías y oralizadas en el turno del hablante con alzhéimer.

La singularidad de las pausas en el discurso de los hablantes con alzhéimer residiría, pues, tanto en las causas subyacentes a las mismas como también en algunos momentos en los que su uso es excesivo y continuo, tal y como podemos comprobar en el ejemplo anterior.

15.2.2.2 Actos borrador

Los actos borrador son, con mucho, el mecanismo de gestión conversacional más frecuente en los turnos de habla pertenecientes a los participantes con DTA, una realidad que se hace igualmente evidente en las contribuciones de los hablantes sin demencia. Las razones que explican esta preponderancia en las intervenciones de ambos tipos de sujetos pueden encontrarse en la variedad de fenómenos incluidos dentro de esta categoría de análisis y, particularmente, en que una de estas tareas de edición se corresponde con los reinicios y reformulaciones, que aparecen extensamente en el lenguaje oral (Schegloff *et al.*, 1977: 375-376). En este sentido, debemos remitirnos al apartado §12.3, en el que estudiábamos las secuencias de rectificación dentro del capítulo dedicado a la pragmática interactiva. Resulta obvia la identificación entre las auto-rectificaciones auto-iniciadas y esta clase de acto borrador, algo que no es de extrañar, pues se trata de un mismo fenómeno lingüístico observado desde diferentes perspectivas, interactiva en aquel caso y enunciativa en este último.

Nos parece importante recordar, por lo tanto, algunas consideraciones ya planteadas al hilo del mencionado tipo de secuencia de rectificación. Por un lado, el déficit cognitivo y, por ende, comunicativo, provoca que las disfluencias en el discurso de los hablantes con DTA sean bastante frecuentes; los problemas para el acceso léxico y para planificar una intervención dan lugar a un considerable número de momentos en los que el hablante necesita reformular su discurso o repetir una palabra o parte de una palabra hasta ser capaz de continuar un enunciado. Por otro lado, estos intentos fallidos o tentativas de expresión son una señal fehaciente de la existencia de teoría de la mente o capacidad intersubjetiva, pues muestran que la persona con alzhéimer reconoce una dificultad comunicativa en su intervención que puede resultar en incompreensión por parte de su interlocutor y, en consonancia, intenta completar el enunciado de manera más precisa y clara.

Detengámonos, por ejemplo, en el siguiente fragmento de conversación en el que un informante en la etapa inicial de la enfermedad relata cómo conoció a su mujer. En este turno de habla observamos cuatro actos borrador que surgen a consecuencia de

diversos casos de disfluencia durante su intervención. En primer lugar, el hablante emplea una reformulación por la cual no acaba de pronunciar un término que había escogido con anterioridad para, en su lugar, emitir el verbo que le parece más apropiado (“lle [/-] iba”) para expresar esa información. El resto de actos borrador son ejemplos de reinicios (en esta ocasión se trata de repeticiones de preposiciones y una conjunción) a través de los cuales JGM consigue tiempo para seleccionar el término adecuado:

- *JGM: yo lle [/-] iba también con otro compañero de [/-] de [/-] de Ford .
*JGM: y [/-] y no sé por qué oímos (..) hablar en [/-] en valenciano .

Ejemplo 79. Grabación 20 JGM1. Nivel inicial. Casos de reinicio y reformulación en un hablante en la etapa inicial de la DTA.

Debemos poner de relieve, no obstante, la especificidad de este caso concreto, pues, aunque el informante padecía un deterioro cognitivo leve o nivel 4 en la *Escala de Deterioro Global*, produjo setenta actos borrador en esta conversación de veinte minutos, una cifra que lo coloca como el segundo participante que más utilizó este tipo de tarea de edición. ¿Se debió a los nervios propios de sentirse grabado y a la conciencia de que sus habilidades comunicativas iban a ser analizadas? ¿Esta actuación repleta de disfluencias podría ser una característica premórbida del lenguaje del informante? En cambio, ¿tendría alguna relación con el desarrollo temprano de la DTA en su caso?¹¹² Lamentablemente, no podemos establecer de manera irrefutable las causas de esta frecuencia en el uso de reinicios y reformulaciones, detectable a simple vista durante la interacción conversacional, pero es en sí mismo un dato que debe hacernos reflexionar sobre la pertinencia de un análisis en profundidad de casos específicos, algo que escapa a los objetivos de la presente investigación.

No obstante, es más común que se observe una mayor frecuencia de este tipo de actos borrador en las intervenciones de los sujetos con un nivel avanzado de la enfermedad, pues la memoria de trabajo se encuentra muy afectada y la anomia está generalizada. Lo que suele producirse en estos casos son enunciados que expresan un

¹¹² El informante JGM tenía 63 años en el momento de realizar la primera grabación, pero se le había diagnosticado la enfermedad de Alzheimer dos años antes, por lo que su caso es un claro ejemplo de demencia de inicio precoz, la cual conlleva un deterioro más acelerado de las habilidades comunicativas y de otros procesos cognitivos.

contenido semántico poco específico y un uso abusivo de reinicios y reformulaciones, por lo que adolecen de falta de eficacia comunicativa. Véase, como ejemplo, el siguiente fragmento de conversación, en el que la informante emplea cuatro actos borrador y donde hasta diez de las veintitrés palabras que emite se pronuncian de manera repetida. Por otro lado, además de la imprecisión de palabras como “eso” o “ahí”, observamos cómo la hablante recurre a un acto borrador y, de paso, a términos tan genéricos como “hacer cosas”, en lugar de utilizar un verbo más específico y que parece no recordar:

```
*LGP:      cuando [/-] cuando subían los carros [/-] los carros
           así de eso .
%gpx:      (illustrator: spatial) shows the height of the cart .
*LGP:      de [/-] de [/-] de todo eso para ahí [/-] para [/-]
           para ci [/-] hacer cosas y enseguida .
%gpx:      (illustrator: spatial) gets her hands closer .
```

Ejemplo 80. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La informante con demencia recurre a actos borrador y a términos genéricos por su anomia.

En este sentido, creemos observar una relación entre la profusión de actos borrador y la emisión de actos locutivos en la etapa avanzada de la enfermedad. Unos y otros son recursos comunicativos que los hablantes con demencia utilizan en momentos en los que no consiguen expresar un contenido semántico a través del léxico de la lengua, y la combinación de ambos resulta en la producción de turnos largos y escasamente informativos.

Otros fenómenos que incluimos dentro de la categoría “acto borrador” son los circunloquios y las preguntas de denominación, que es el término que empleamos para referirnos a las cuestiones que formula un hablante a su interlocutor cuando no es capaz de acceder a la palabra que expresa una realidad; se trata, por lo tanto, de preguntas que comienzan de la siguiente forma: “¿cómo se llama...?” o “¿cómo se dice...?” Ambos procedimientos surgen por las dificultades de acceso léxico que caracterizan a la demencia de tipo alzhéimer desde su etapa más temprana. En nuestro corpus, la frecuencia de uso de circunloquios y preguntas de denominación no es tan elevada como cabría esperar para este grupo de población. El análisis de los datos conversacionales nos muestra que la solución preferida por los hablantes con alzhéimer frente a una dificultad de tipo anómico pasa por una repetición de palabras (por ejemplo, “de [/-] de [/-] de”), un acto borrador que casi funciona como una pausa oralizada, acompañada a veces de una entonación suspendida que da pie a que sea el

oyente el que reponga el término buscado. No obstante, tanto los circunloquios como las preguntas de denominación son mecanismos de gestión conversacional que aparecen de tanto en tanto en todas las fases de la enfermedad.

De hecho, los ejemplos que presentaremos a continuación pertenecen a una misma grabación en la que participa una persona que se encontraba en el nivel inicial de la demencia. En este caso concreto, además de algunas confusiones temporales evidentes entre diversos sucesos autobiográficos, la informante JAC presenta una anomia bastante acusada, algo que la distingue de otros hablantes encuadrados en la primera fase de la DTA que no muestran síntomas de déficit lingüístico tan claros. Así, en los dos fragmentos de conversación que recogemos a continuación, la informante con demencia no consigue formular la expresión “centro médico”. En el primer ejemplo podemos percibir, entre otros fenómenos que indican una dificultad en el acceso léxico¹¹³, varios tipos de acto borrador: aparte de las ya analizadas “tentativas de expresión”, observamos una pregunta de denominación (“¿cómo se dice?”) con la que la hablante con demencia trata de implicar a la oyente en su búsqueda de la palabra o expresión a la que no consigue acceder; a continuación, quizá como parte de otro intento por encontrar el término adecuado o, también, para facilitar la ayuda de su interlocutora, JAC emplea un circunloquio mediante el cual define la palabra que le falta a través de las personas que trabajan en ese lugar:

*JAC: fui dos o tres veces al [/-] al esto (.) al→ .
*JAC: cómo se dice ?
*JAC: al→ donde están los médicos .
*HIJ: al centro médico .

Ejemplo 81. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. Circunloquio y pregunta de denominación.

El segundo ejemplo contiene prácticamente los mismos tipos de tareas de edición que el fragmento anterior. La informante con demencia recurre a la entonación suspendida, a la reformulación, al uso de pronombres y adverbios sin una referencia clara. Con respecto al apartado que nos ocupa ahora, observamos que la imposibilidad de la hablante para acceder a la expresión requerida le vuelve a hacer formular un circunloquio (esta vez, centrado en la situación espacial del edificio) y, además, caer en una parafasia semántica, pues sustituye “centro médico” por “laboratorio”:

¹¹³ Véase en la primera línea del ejemplo tanto la utilización de un pronombre neutro que sustituye al término buscado como la entonación suspendida tras la contracción de preposición y artículo.

*JAC: + " ay (.) vámonos que me la voy a llevar a mi casa y
suelto to(das) estas cosas y nos vamos un momento ahí
a→ .
*JAC: ahí que está más lejos [/-] más cerca .
%gpx: (illustrator: deictic) points to the right .
*JAC: 0 [=! looks at HIJ] . [+ trn]
*JAC: laboratorio „ no ?
*JAC: el de ese (.) el que fuimos de aquí de [/-] de
Paiporta .
*INV: <un laboratorio> [>] ?
*HIJ: <sería a las urgencias> [<] .
*HIJ: laboratorio no (.) un centro médico .

Ejemplo 82. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. La anomia provoca un circunloquio y una parafasia semántica.

15.2.2.3 Preguntas confirmatorias

Finalmente, la última categoría de análisis que hemos incluido dentro de las tareas de edición son las *preguntas confirmatorias*. Para comenzar, como ya pusimos de relieve anteriormente, consideramos dos funciones diferenciadas para las preguntas del tipo “¿eh?”, “¿no?”, “¿sabes?”. En ocasiones, estas cuestiones parecen ser utilizadas de manera clara por parte de los hablantes como marcas de predictibilidad de sus intervenciones, es decir, con la intención de ceder el turno a los oyentes. Así, en primer lugar, estas *preguntas añadidas* fueron estudiadas desde la perspectiva de la pragmática interactiva como un subgrupo de los actos de enlace proyectivo. Por otro lado, estas preguntas pueden funcionar también como mecanismos de gestión conversacional, esto es, como instrumentos para verificar si el oyente comprende lo que está diciendo el hablante o, simplemente, si el primero está atento a sus palabras, pero sin que esto implique necesariamente un deseo por ceder el turno, por lo que, según esta utilidad, se trataría de *preguntas confirmatorias* y, por lo tanto, las estudiamos desde un enfoque enunciativo.

A este respecto, no resulta superfluo hacer varias consideraciones relacionadas con la dificultad para discriminar cuándo una pregunta actúa como pregunta añadida y cuándo como pregunta confirmatoria. Por un lado, al ser enunciada de manera interrogativa y compartir una misma forma, es posible que un oyente aproveche lo que en realidad constituía una pregunta confirmatoria para tomar el turno de habla, pensando que se trataba de una pregunta añadida. Por otro lado, para el investigador, aunque este haya participado en la interacción grabada, no siempre resulta sencillo distinguir la función con la que el hablante emitió la pregunta; así, pudiera ocurrir que lo que fue enunciado como una pregunta añadida por el hablante no obtuviese respuesta

por el oyente, ya que este último pensó que se trataba de un mecanismo para mantener el turno. Por lo tanto, decidimos que en los casos en los que no fuese sencillo determinar la función que el emisor imprimió a su pregunta, la categorizaríamos según la actitud exhibida por el oyente (depende, en gran medida, de la interpretación del momento): si este tomó el turno inmediatamente después, sería analizada como pregunta añadida; en cambio, si tras la pregunta es el mismo interlocutor el que mantiene el turno de habla, sería etiquetada como pregunta confirmatoria, tal y como podemos comprobar en el siguiente ejemplo:

```
*FGB:      allí te ponen el [/-] el líquido ese también (.) el
           [/-] el caldo ese que te ponen de vez en cuando (.)
           un vasito .
%gpx:      (illustrator: spatial) indicates the size of the
           glass .
*HIJ:      de [/-] de [/-] ah (.) para tomar líquidos .
*fGB:      0 [=! looks at INV] . [+ trn]
*fGB:      pa(ra) tomar líquido y esas cosas ,, sabe(s) ?
*fGB:      y ya está .
*fGB:      y la comida pue(s) (.) dentro de lo que cabe (.) bien
           (.) claro .
```

Ejemplo 83. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. El hablante con DTA emplea una pregunta confirmatoria.

De todas formas, centrándonos ya en el estudio de esta última, debemos recordar el uso continuo que hacen de ella algunos hablantes, convirtiéndola de este modo en una muletilla, si bien no es el caso de ninguno de los participantes en nuestras grabaciones. Por otra parte, contamos en nuestro país con la investigación de Moreno Campos (2010) sobre la capacidad pragmática en la afasia que nos permite comparar el empleo de este tipo de tarea de edición por parte de hablantes afásicos y con demencia. Según los resultados que emanan de su estudio, Moreno Campos (2010: 169) afirma que los hablantes con afasia fluente utilizan de manera muy frecuente las preguntas confirmatorias: en primer lugar, como maniobra para asegurarse que sus interlocutores son capaces de seguir su hilo discursivo, y en segundo lugar, y no por ello menos importante, como forma de representar un cierto intercambio de turnos que, en realidad, conlleva el mantenimiento de la posición emisora, más cómoda para las personas con afasia fluente.

En el caso de nuestro corpus de conversaciones con personas con demencia, una vez más, no encontramos un correlato entre el número de ocasiones en las que un hablante este tipo de tarea de edición y el nivel de la enfermedad en que se encuentra.

Podríamos haber lanzado la hipótesis de que los informantes en una etapa inicial recurren en mayor medida a las preguntas de confirmación porque mantienen un mejor control de los mecanismos conversacionales y una capacidad intersubjetiva menos deteriorada que les llevaría a querer saber en todo momento si sus intervenciones son claras para su interlocutor; o, por el contrario, podríamos haber pensado que las dificultades comunicativas que experimentan las personas en una fase avanzada de la demencia les forzarían a utilizar este mecanismo de gestión conversacional de manera más frecuente. No obstante, como señalábamos hace un instante, los datos no muestran una tendencia clara en ninguno de estos dos sentidos. En definitiva, podríamos estar enfrentándonos a unas diferencias basadas en las distintas características de la forma de comunicarse de cada uno de los participantes¹¹⁴. Por lo tanto, creemos que la cuantificación del número de veces que una persona emplea una pregunta de confirmación no aporta mucho al análisis.

15.2.3 La dimensión ilocutiva de los actos de habla

Terminamos el apartado dedicado a las categorías de análisis de los actos de habla con un estudio en el que nos detenemos a comprobar la dimensión ilocutiva de esos actos; esto es, la intención comunicativa expresada por los tres tipos de participantes en las conversaciones grabadas a través de la emisión de los actos de habla. Como ya señalábamos a la hora de definir las categorías analizadas dentro del acto de habla, hemos seguido la clasificación propuesta por Searle (1979), que distingue cinco tipos de actos según sea su fuerza ilocutiva: representativos (también denominados asertivos), directivos, expresivos, compromisorios y declarativos. En este sentido, puede llamar la atención que en las siguientes tablas que recogen los resultados del análisis cuantitativo no se observe referencia alguna a los actos declarativos, pero esta elección viene dada

¹¹⁴ Esta interpretación podría verse reforzada a partir del estudio longitudinal que realizamos con seis informantes. Así, habiendo pasado uno o dos años entre la primera y la segunda grabación, el número de preguntas de confirmación de cada uno de estos hablantes fue el siguiente: TRM (6 y 5), CGS (3 y 1), FGB (13 y 11), IBM (3 y 0), MMT (5 y 1) y JGM (1 y 1). En la mayoría de los casos se observa una similitud significativa entre ambas grabaciones.

por el hecho de que no apareció un solo ejemplo de los mismos en ninguna de las interacciones¹¹⁵.

El propósito de este análisis cuantitativo, en primer lugar, fue determinar en qué proporción empleaban las personas con alzhéimer los distintos tipos de actos ilocutivos y, además, comprobar si el nivel de gravedad del deterioro cognitivo era una variable de estudio que explicase una posible evolución en su uso. En segundo lugar, fijamos nuestra mirada en el resto de los participantes (interlocutor clave e investigador) con el objetivo mismo de analizar su actuación en términos de la mayor o menor utilización de estos actos ilocutivos y su plausible adaptación a las capacidades comunicativas del interlocutor con demencia a lo largo de las diversas fases de la patología.

Este estudio se complementa con un análisis cualitativo a través del cual buscamos averiguar las causas de este comportamiento y cómo la prevalencia de uso de un tipo de acto ilocutivo por parte de un participante influye en la actuación de su interlocutor. En este sentido, no resulta accesorio recordar una idea que expusimos al comienzo de este capítulo a tenor del enfoque perceptivo de nuestro trabajo y las relaciones entre enunciación y recepción: desde la perspectiva de la pragmática enunciativa ponemos el foco sobre las actuaciones del emisor, que emerge como figura sobre el contexto comunicativo en el que se desarrolla la conversación, o fondo; no obstante, reconocemos que aunque se otorgue la polaridad perceptiva a un elemento, el resto también debe ser tenido en cuenta. Es por esta razón, pues, por la que relacionamos una categoría enunciativa como los actos de habla y, más concretamente, la dimensión ilocutiva de los actos, con las implicaciones de su uso en el contexto interaccional y, por ende, en el resto de hablantes.

Mostramos, en primer lugar, tres gráficos que reflejan el porcentaje de uso de los distintos tipos de acto ilocutivo enunciados por las tres clases de participante, de acuerdo con el nivel de deterioro cognitivo de la persona con demencia:

¹¹⁵ Esta situación es la esperable en cualquier conversación cotidiana, pues en este tipo de interacción no se dan las condiciones para que un hablante modifique una situación institucional a través de un acto de habla declarativo.

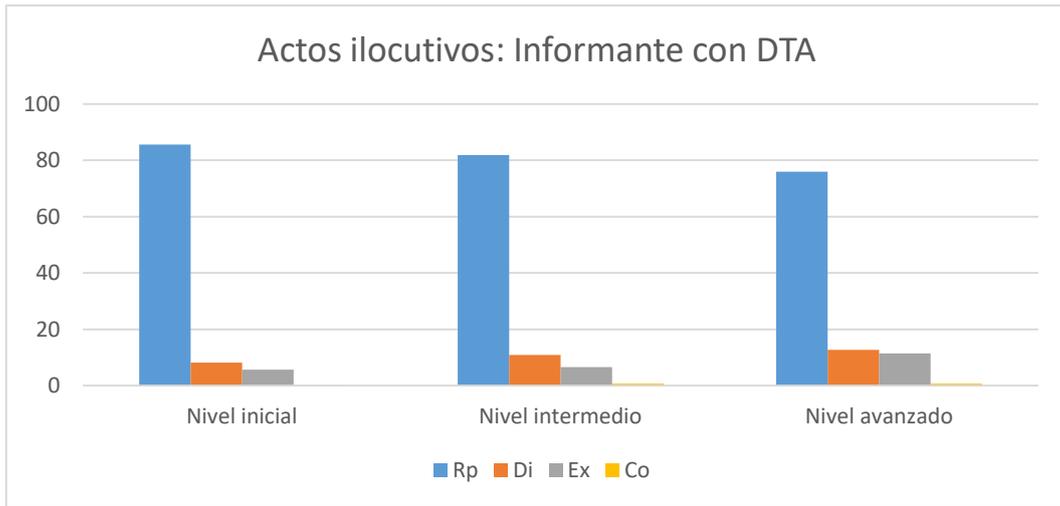


Figura 18: Porcentajes de actos ilocutivos producidos por los hablantes con DTA en las tres etapas de la demencia.

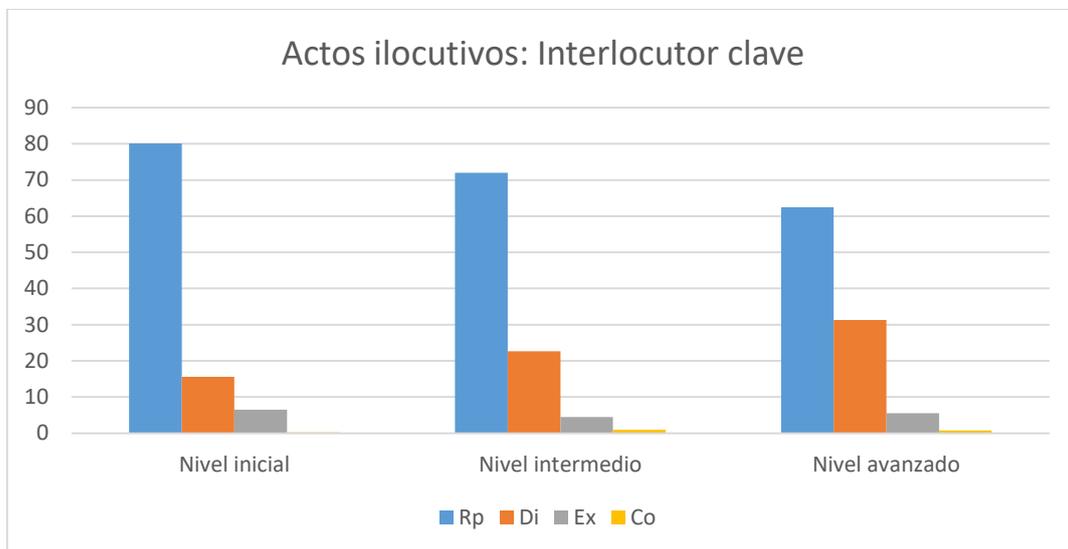


Figura 19: Porcentajes de actos ilocutivos producidos por los interlocutores clave.

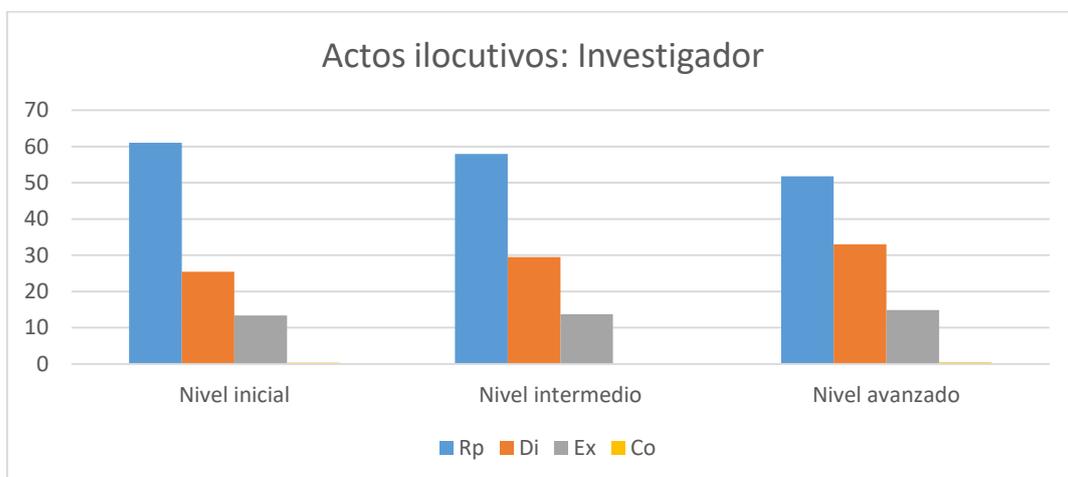


Figura 20: Porcentajes de actos ilocutivos producidos por el investigador.

A continuación, profundizaremos en el estudio de cada uno de estos tipos de acto ilocutivo. Cada apartado comenzará con el análisis de la actuación del informante con DTA, pues es el centro de atención de nuestra investigación, pero a esta le seguirán los datos pertenecientes al interlocutor clave y al investigador, ya que su producción lingüística o está provocada por la del hablante con demencia o influye en ella.

15.2.3.1 Actos representativos

Como ya señalábamos en el momento de presentar las categorías de análisis de la pragmática enunciativa, los *actos representativos* son aquellos que comprometen al hablante con la veracidad de la proposición expresada. Las afirmaciones, las creencias, las suposiciones o las dudas son todos ejemplos de actos representativos. En definitiva, es un tipo de acto ilocutivo muy abierto, que funciona un poco como cajón de sastre y, por lo tanto, no sorprende en demasía que sea, con mucho, el más frecuente en una interacción comunicativa. En concreto, en una conversación abundan las respuestas a preguntas y, además, gran parte de la comunicación se desarrolla a partir de comentarios y evaluaciones de estos; en su mayoría, estos tipos de intervenciones están formadas por actos representativos.

Por otro lado, como expresamos de manera parecida en el punto dedicado a los *actos proposicionales*, es preciso destacar que una cosa es que un acto vehicule una fuerza ilocutiva determinada y otra, que transmita más o menos contenido, que la expresión de ese acto esté alterada, o, incluso, que no sea aceptado por el oyente¹¹⁶. De este modo, no debe extrañarnos la alta proporción de actos representativos que se observa en las intervenciones de los hablantes con alzhéimer –entre el 85,57% en la etapa inicial y el 75,94% en la fase avanzada–, pues su participación estuvo basada principalmente en relatar episodios de su vida y en responder preguntas formuladas por el resto de los interlocutores:

```
*TAZ: cuando yo me vine aquí .
%xepr: $i rp
*TAZ: porque a mi madre le dieron la lotería (.) y yo
      llevaba la lotería .
%xepr: $i rp
*TAZ: y luego Pedro consiguió aquí una plaza .
%gpx: (illustrator: deictic) points at her husband .
```

¹¹⁶ Téngase en cuenta, por ejemplo, las preguntas (actos directivos) que no son respondidas por el oyente, sea por la razón que sea. En estos casos el hablante también transmite una fuerza ilocucional a través del acto de habla; lo que no se produce es el acto perlocutivo.

```

%repr:      $i rp
*TAZ:      y luego ya pues estupendo .
%repr:      $i rp
*TAZ:      así estábamos juntos .
%repr:      $i rp
*INV:      sí (.) pero y actualmente↑ .
%repr:      $i rp di
*TAZ:      actualmente nada (..) vamos a los conciertos (.)
           paseamos (.) leemos(.) hacemos crucigramas .
%repr:      $i rp rp rp rp rp
    
```

Ejemplo 84. Grabación 7 TAZ. Nivel inicial. Sucesión de actos representativos por parte de la hablante con alzhéimer.

Asimismo, se percibe una ligera evolución decreciente de actos representativos a lo largo de la enfermedad, compensada con un leve aumento del porcentaje de actos directivos y expresivos. Una situación similar se refleja en los gráficos del interlocutor clave y del investigador, si bien en el caso de los familiares las diferencias son más acusadas: del 80,09% de actos representativos en conversaciones con una persona con demencia en la etapa inicial se pasa al 62,42% en las de la etapa avanzada. Y, a diferencia de lo que se observa para los hablantes con DTA, en el caso de los IC y del investigador este decrecimiento se produce únicamente por el aumento en el porcentaje de actos directivos, algo sobre lo que profundizaremos en las páginas siguientes.

Por otro lado, si volvemos la vista atrás, hacia los primeros estudios que prestaron atención a la ilocutividad expresada a través de sus actos de habla por las personas con alzhéimer, nuestros resultados contradicen las afirmaciones de Hutchinson y Jensen (1980) y las de Ripich *et al.* (1991), que señalaban la presencia de menos actos representativos y, en contra, más actos directivos en las intervenciones de los sujetos con DTA cuando se comparaba su actuación con la de otras personas de avanzada edad sin alzhéimer o con la del investigador. Recordaremos que estos autores achacan la disminución de actos asertivos a un mayor deterioro cognitivo y a una consciencia del mismo; por el contrario, el uso creciente de actos directivos (preguntas y peticiones, fundamentalmente) se correspondería, según su criterio, con intentos por ganar tiempo para procesar la intervención. En cambio, los datos que emanan de nuestro estudio indican una realidad bastante diferente: los informantes con demencia emplearon un porcentaje bastante superior de actos representativos que el resto de participantes en las conversaciones y, más aún, su frecuencia de uso de actos directivos es muy inferior a la del investigador y a la del interlocutor clave.

15.2.3.2 Actos directivos

Así, podemos enlazar este apartado con el anterior e introducir el análisis de los actos directivos a través de una propuesta de posibles razones que explicarían este comportamiento diferenciado. En el capítulo anterior¹¹⁷, dedicado al enfoque interactivo de la pragmática, señalamos que la mayor formulación de preguntas por parte del investigador y, sobre todo, del interlocutor clave se correspondería (1) con una posible conciencia de los distintos papeles conversacionales que adopta cada hablante (a modo de lo que sería una conversación semidirigida, la persona con alzhéimer responde y el resto de interlocutores realiza las preguntas) y/o (2) con el hecho de que cuanto mayor deterioro comunicativo demuestre el informante con DTA, los demás hablantes utilizan más preguntas para hacer avanzar la conversación. Pues bien, como sabemos, en una conversación de tipo cotidiano, los actos directivos que se suceden son, básicamente, preguntas y, con una frecuencia bastante menor, peticiones. Por esta razón, creemos que no resulta arriesgado equiparar preguntas y actos directivos en nuestro análisis.

En el siguiente ejemplo podemos observar una situación bastante habitual en las interacciones con personas en una fase avanzada de la enfermedad. El cuidador de FGB, su hijo, quiere conocer si su padre recuerda los acontecimientos que ocurrieron el año en el que llegó a Valencia, pero ante la poca información que este le proporciona con sus respuestas, el IC insiste a través de diversos actos directivos con los que poder acotar el tema de conversación y dar pistas a la persona con DTA a fin de que logre acceder a esos recuerdos¹¹⁸:

```
*HIJ:      vino a Valencia desde Málaga .
%gpx:      (illustrator: spatial) points downwards .
%xepr:     $i rp
*HIJ:      en qué año ?
%xepr:     $i di
*HIJ:      qué es lo que pasó ese año ?
%xepr:     $i di
%gpx:      (emblem) FGB makes a gesture of not knowing .
*FGB:      pues yo ahora→ .
%xepr:     $i rp
*HIJ:      cuando vino a Valencia no llovió mucho ?
```

¹¹⁷ Estas reflexiones en torno a las causas por las que el número de preguntas del interlocutor clave, sobre todo, va en aumento a medida que avanza el deterioro comunicativo fueron presentadas en el 16º Congreso de la *International Clinical Linguistics and Phonetics Association* (Pérez Mantero, 2016).

¹¹⁸ En este fragmento podemos observar un claro ejemplo de *collaborative remembering* (Hydén, e.p.), aspecto que consideramos dentro de la “teoría del andamiaje” (Wood *et al.*, 1976), expuesta al hilo de las secuencias de historia en el capítulo de *Pragmática interactiva*.

```

%xepr:      $i di
*FGB:      sí .
%xepr:      $i rp
*HIJ:      qué pasó ese año ?
%xepr:      $i di
*FGB:      ese año (.) que yo sepa→ .
%gpx:      (emblem) makes a gesture of not knowing .
%xepr:      $i rp
*HIJ:      no fue el año de la riada ?
%xepr:      $i di
*FGB:      sí .
%xepr:      $i rp
*HIJ:      y qué [/-] y dónde estaba usted que no podía irse
+//?
%xepr:      $i di
*HIJ:      dónde vivía entonces (.) en la Cañada (.) en Paterna
o dónde ?
%xepr:      $i di di di di
*FGB:      pues yo vivía (.) creo que era en la Cañada (.) creo
.
%xepr:      $i rp rp rp

```

Ejemplo 85. Grabación 27 FGB2. Nivel avanzado. El IC emplea sucesivos actos directivos para guiar el tema de conversación.

No es extraño, pues, que exista una evolución ascendente en el número de actos directivos correspondientes al investigador y al interlocutor clave cuanto mayor es el deterioro cognitivo del informante con demencia. Compruébense, al respecto, los porcentajes de uso de este tipo de acto ilocutivo en conversaciones pertenecientes a la fase avanzada: hasta un 33% de los actos de habla del investigador son directivos, una cifra muy similar a la del interlocutor clave, que se queda en el 31,29% de actos directivos.

Por el contrario, como ya apuntábamos en el apartado anterior, los hablantes con alzhéimer muestran un uso proporcionalmente escaso de actos directivos. Según nuestros datos, los porcentajes oscilan entre el 8,15% de la etapa inicial y el 12,76% de la etapa avanzada. Al hilo de estos guarismos, resulta pertinente recordar los estudios de Bayles (1984), Hamilton (1994) y Causino Lamar *et al.* (1994). Estos autores coinciden en que existe una disminución evidente en la cantidad de preguntas que realizan los hablantes con alzhéimer a partir de la etapa moderada (según Bayles) o en una fase muy avanzada de la demencia (Hamilton y Causino Lamar *et al.*). No obstante, los resultados que surgen del análisis de nuestro corpus de conversaciones presentan una realidad diferente, en la que asistimos, incluso, a un ligero incremento en el porcentaje de actos directivos a lo largo de las diversas fases de la DTA.

En general, resulta complicado encontrar una causa común que explique este aumento en el uso de actos directivos; además, tampoco podemos considerar que las diferencias sean verdaderamente significativas si tenemos en cuenta la pequeña amplitud de la muestra y que entre la etapa inicial y la avanzada no se llega a ni al 5% de crecimiento. Sin embargo, al observar con mayor detenimiento el grupo de grabaciones en las que participa una persona con deterioro comunicativo grave, podemos comprobar ciertos actos directivos que aparecen con mayor frecuencia que en fases anteriores. De este modo, preguntas del tipo “¿qué?” o “¿eh?”, con las que se demanda una repetición o reformulación de lo dicho, y que pueden deberse a alguna dificultad auditiva o a problemas con el procesamiento de la información, abundan más en las intervenciones de aquellos con un deterioro cognitivo mayor. Pero no solo encontramos estas formas más comunes de pregunta, sino que en algunos casos los hablantes con DTA responden a una cuestión con otra mediante la repetición de la última palabra de la intervención anterior. En situaciones donde el deterioro cognitivo es realmente acusado, este comportamiento podría ser tratado como ecolalia, aunque, en otros casos, puede funcionar como una estrategia para ganar tiempo en la planificación de la respuesta.

En el próximo fragmento de conversación observamos algunos ejemplos de lo que acabamos de exponer. La informante con demencia, diagnosticada con un GDS 6, prácticamente limita sus aportaciones en este extracto a actos de habla de tipo directivo con los que rápidamente se desprende de la responsabilidad de tomar el turno y lo pasa a su interlocutora. Observando este fragmento, no está claro si hace estas preguntas como forma de pedir más información a su hija o si son la mera expresión oral de los intentos por acceder a los recuerdos de la memoria reciente. En cualquier caso, sirven como botón de muestra para comprobar que las personas en una etapa avanzada de la demencia siguen utilizando actos directivos, aunque, en ocasiones, presenten características particulares:

```
*HIJ: vino el fin de semana Javi o qué ?
%xepr: $i di
*AAM: qué ?
%xepr: $i di
*HIJ: vino el fin de semana Javi ?
%xepr: $i di
*AAM: Javi↑ sí (.) vino (..) creo (..) <me parece> [>] .
%xepr: $i di rp rp rp rp
*HIJ: <vino Javi> [<] o vino Celia ?
%xepr: $i di
*AAM: „ o no ?
```

```

%repr:      $i di
*HIJ:      o Celia ?
%repr:      $i di
*AAM:      o Celia ?
%repr:      $i di
*HIJ:      sí (..) que +/.
%repr:      $i rp
*AAM:      Celia ?
%repr:      $i di

```

Ejemplo 86. Grabación 16 AAM. Nivel avanzado. Actos directivos característicos de una hablante con DTA en fase avanzada.

15.2.3.3 Actos expresivos

Continuando con nuestro análisis de la dimensión ilocutiva de los actos de habla, con respecto a los actos expresivos prestaremos especial atención a dos circunstancias: en primer lugar, nos detendremos en el incremento en el uso de este tipo de acto por parte de los hablantes con demencia a medida que sus habilidades comunicativas empeoran, aumento que se hace especialmente evidente en la etapa avanzada; en segundo lugar, haremos una referencia a la proporción inusualmente alta de actos expresivos en las intervenciones del investigador. En ambos casos trataremos de averiguar y exponer las causas de estos comportamientos.

Así pues, como acabamos de señalar, una constatación que emerge del análisis cuantitativo de los datos pertenecientes a los informantes con alzhéimer es el mayor uso de actos expresivos cuando la persona sufre un deterioro comunicativo severo. Como refleja la Figura 18, este incremento es más evidente entre la fase moderada –en la que la proporción de actos expresivos es del 6,56%– y la fase avanzada de la demencia –donde este porcentaje alcanza un 11,5%–.

Para entender estos resultados no está de más que recordemos que, junto con los agradecimientos o las felicitaciones, en nuestro corpus hemos considerado la mayoría de las interjecciones como actos expresivos, pues indican estados de ánimo en relación con las intervenciones ajenas o propias. Creemos que esta decisión puede influir en que el número de actos expresivos contabilizados sea mayor que en otros estudios¹¹⁹, pero lo que no explica por sí sola es el aumento significativo que se observa en la tercera fase de la DTA. En este sentido, abogamos por que la emisión de actos expresivos como

¹¹⁹ Sería posible considerar que una interjección emitida como acto locutivo que sustituye una palabra no encontrada tiene, al menos en parte, un valor referencial (próximo, por ejemplo, a una holofrase infantil). Este enfoque es más rentable, posiblemente, en las afasias motoras, donde los actos locutivos son más frecuentes.

“!ay!”, “¡vaya!” o “muy bien” son un tipo de lenguaje relativamente automático, es decir, prácticamente fijado cual fórmula, que se conserva de mejor manera que el lenguaje creativo (Hamilton, 1994: 65). De esta forma, en las intervenciones de aquellos hablantes que, dentro de la etapa avanzada, muestran mayores dificultades lingüísticas es bastante obvia una tendencia al uso de este tipo de actos expresivos, aunque su pertinencia en el contexto comunicativo sea dudosa o, directamente, nula. Parece probado, pues, que mientras que las funciones ejecutivas y la capacidad de transmitir información están más deterioradas, la expresión de sentimientos es una habilidad que permanece más tiempo en las personas con alzhéimer.

Como podemos comprobar en el siguiente ejemplo, representativo de bastantes fragmentos de la conversación con AAP, la hablante con DTA, que presenta una capacidad lingüística muy pobre, hace un uso extenso de los actos expresivos hasta el punto de que, en casos como el que nos ocupa, limita sus intervenciones a este tipo de acto ilocutivo:

```
*INV:      he acertado ?
%xepr:     $i di
*HIJ:      claro .
%xepr:     $i rp
*AAP:      ay (.) mira !
%xepr:     $i ex
*INV:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*INV:      qué bien !
%xepr:     $i ex
*AAP:      qué bien está eso !
%xepr:     $i ex
*INV:      y no lo sabía .
%xepr:     $i rp
*INV:      &*HIJ: claro (.) claro que sí .
%xepr:     $i rp rp
*AAP:      0 [=! looks at HIJ] . [+ trn]
*AAP:      pues hala !
%xepr:     $i ex
*AAP:      fes-te un (.) hala !
%gpx:     begins to tap the book and her son's cheek .
%xepr:     $i di ex
```

Ejemplo 87. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. La hablante con DTA recurre al uso de actos expresivos a falta de otras habilidades comunicativas.

Al comienzo del fragmento, el investigador pregunta si ha acertado de qué color prefiere las flores la hablante con alzhéimer. En este caso, la reacción evaluativa emitida por AAP puede considerarse pertinente, aunque, por el conocimiento que tenemos de la interacción, presumimos que la informante no es realmente consciente del intercambio

anterior entre el investigador y el interlocutor clave. La siguiente intervención de AAP es, prácticamente, una repetición de la intervención previa del investigador y, finalmente, cuando vuelve a tomar el turno, lo hace para lanzar un par de interjecciones que no parecen contribuir a la coherencia del discurso.

Por otro lado, como señalábamos al comienzo de este punto, también es destacable el uso que hace el investigador de los actos expresivos, que suponen aproximadamente un 14% de sus actos de habla, un número bastante alto en comparación con la actuación del resto de participantes. En este caso, la media es prácticamente la misma frente a las tres etapas de la demencia, por lo que intuimos que este empleo generalizado de actos expresivos por parte del investigador no es una adaptación al nivel de deterioro comunicativo que presenta un individuo, sino una característica de su participación en las interacciones. De hecho, de acuerdo con la posición de observador que busca mantener el investigador en la conversación, el análisis de las transcripciones nos muestra que un buen número de sus intervenciones se correspondió con breves comentarios con los que apoya de manera entusiasta lo dicho por el informante, se complace de una situación difícil que este está narrando, muestra su sorpresa por un acontecimiento mencionado en la conversación, etc. En conjunto, este tipo de intervenciones son las responsables de que se contabilicen tantos actos expresivos por parte del investigador.

Nuestra percepción sobre este comportamiento lingüístico es la que acabamos de comentar: la figura del investigador, en concreto, el autor de esta tesis, procuró usar este tipo de acto ilocutivo como forma de mostrar empatía por la persona con DTA y fomentar que esta última continuase hablando. Sin embargo, una utilización desmedida de actos expresivos podría ser vista como una infantilización del discurso, algo contra lo que pretenden actuar todos los protocolos de ayuda a los cuidadores y familiares de personas con déficit comunicativo (cf. Gallardo Paúls, 2005a; Fernández Urquiza *et al.*, 2012 o Small y Perry, 2013, por citar varios).

15.2.3.4 Actos compromisorios

Por último, finalizaremos este análisis de la dimensión ilocutiva de los actos de habla con una mención a los actos compromisorios en las conversaciones donde participa un hablante con demencia de tipo alzhéimer. Como se puede observar en los gráficos que recogen los porcentajes de uso de los distintos tipos de actos ilocutivos, los actos compromisorios representan una fracción prácticamente insignificante en todas las

circunstancias estudiadas. Así, en ninguna de las ocasiones alcanzan la barrera del 1% del total de actos, lo que supone, en el mejor de los casos, una emisión de siete actos compromisorios en el conjunto de las intervenciones de un hablante, aunque en la mayoría de las conversaciones no encontramos ningún ejemplo.

Estas cifras no deben provocar extrañeza, pues en una conversación grabada no parece muy factible asistir a actos en los que se promete hacer algo, se apuesta o se amenaza a alguien; en definitiva, actos a través de los cuales un hablante se compromete a hacer algo en el futuro. No obstante, la mera utilización de actos compromisorios por parte de algunos informantes que sufren un deterioro cognitivo grave nos indica que estos hablantes conservan una conciencia y un manejo del tiempo proyectado hacia el futuro, aunque esta afirmación debería ser constatada con algún tipo de tarea de narración o prueba similar.

En el siguiente fragmento de conversación asistimos a un momento en el que la informante ALG, en un grado intermedio de la demencia, enuncia varios actos de habla por los que se compromete a decirles algo a los investigadores cuando ella y su marido se marchen (del centro de día, presumimos) y a comprar algo para dárselo. La dificultad de tipo anómico que sufre esta hablante nos impide conocer con seguridad a qué se refiere cuando dice “algo” o emplea el clítico “lo”¹²⁰, pero de lo que no queda duda es de que a través de estos actos de habla la informante establece un compromiso y se adhiere a él:

```
*ALG:      no [/-] no me [/-] no me puedo tocar [/-] no me puedo
           ir de mi casa .
%xepr:     $i rp
*ALG:      &*INV: uh .
*ALG:      ya [/-] ya les diré algo cuando [/-] cuando nos
           vayamos .
%xepr:     $i co
*ALG:      porque com [/-] compraré algo para comprar para
           dárselo „ eh ?
%gpx:      (illustrator: deictic) points to the left and to the
           right .
%xepr:     $i co
```

Ejemplo 88. Grabación 14 ALG. Nivel intermedio. La informante con demencia emite varios actos compromisorios.

¹²⁰ De acuerdo con el contexto conversacional y los temas que se habían tratado poco antes, creemos que ALG quiere expresar que va a comprar un cuaderno de notas, o algo parecido, donde su marido nos pueda escribir la letra de una canción que ella acababa de cantar.

En definitiva, del análisis de la dimensión ilocutiva de los actos de habla podemos deducir que cada hablante muestra una conducta diferente, pero con importantes coincidencias entre ellas. Así, como no podía ser de otra manera, los actos representativos son los más usados por todos los participantes, aunque su frecuencia va disminuyendo a medida que el grado de deterioro cognitivo del hablante con Alzheimer aumenta. En este sentido, es característico que los informantes con mayores dificultades comunicativas emitan un mayor porcentaje de actos expresivos, pues estos parecen formar parte de un lenguaje más automatizado y, por lo tanto, más fácilmente accesible para la persona con demencia. Por otro lado, los sujetos sin déficit comunicativo emplean un número más elevado de actos directivos cuando en la conversación participa un hablante en la fase moderada o avanzada de la enfermedad. En nuestra opinión, a esta situación contribuyen tanto las expectativas de lo que debe ser la interacción que se está grabando como el hecho de que la menor calidad y cantidad de información proporcionada por las personas con DTA en sus turnos provoca que el resto de participantes busque superar estos inconvenientes empleando actos de habla con los que pedir una aclaración o solicitar más datos sobre el tema de conversación.

16. El significado inferencial

De manera contemporánea a las conferencias en las que Austin identifica el valor performativo de los enunciados y, por lo tanto, previamente a las aportaciones de Searle, H. P. Grice (1957), otro filósofo del lenguaje, estableció una separación entre el significado natural, o literal, y el significado no natural, que no se deriva del significado explícito de los términos, sino de la intención con que fueron expresados por el hablante. En este sentido, Grice inaugura el enfoque inferencial de la comunicación, según el cual ya no existe una correspondencia exacta entre forma y sentido, como defendía la lingüística inmanente e, incluso, se mantuvo en autores clásicos de la pragmática, como Searle.

La noción de *inferencia*, pues, es fundamental para el estudio de la producción y la comprensión del lenguaje utilizado en un contexto. Como afirmó Levinson (1983) en su obra de referencia sobre la pragmática:

“Understanding an utterance involves the making of inferences that will connect what is said to what is mutually assumed or what has been said before”
(Levinson, 1983: 21).

El propio Grice (1975), en su célebre artículo “Logic and Conversation”, establece la existencia de diversos tipos de significado implícito según la inferencia esté vehiculada por la estructura lingüística o, en cambio, no estén vinculadas al significante. Así, en primer lugar, Grice distingue un significado implícito convencional de un significado implícito no convencional. Y dentro de este último, en segundo lugar, la inferencia puede estar conectada con ciertas características generales del discurso o surgir por elementos extralingüísticos que proceden de la relación previa entre los interlocutores (Golopentjia, 1988: 71). Según esta disyuntiva, un implícito no convencional puede ser conversacional o no conversacional, respectivamente.

En resumen, a partir de esta propuesta de Grice podemos emplear la siguiente clasificación del significado inferencial o implícito, utilizando para ello el esquema presentado por Gallardo (1996):

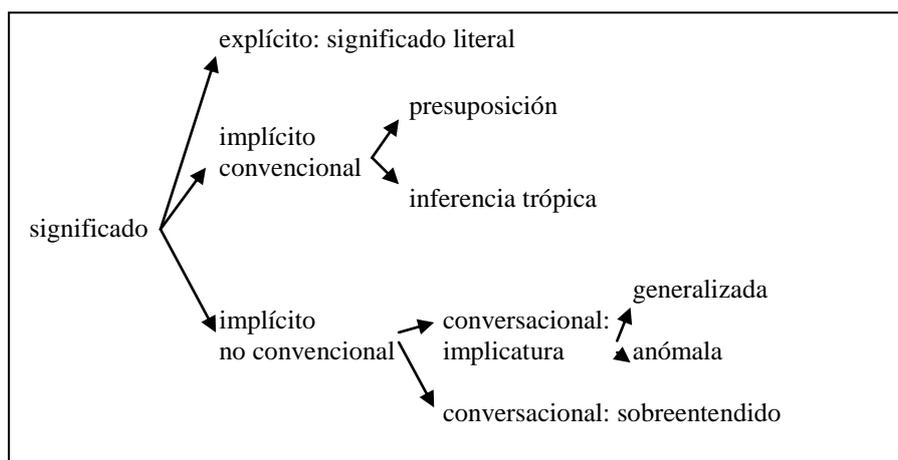


Figura 21: Tipos de significado implícito a partir de Grice (1975).

De todos ellos, las clases de significado implícito que han suscitado mayor atención en relación con su uso y comprensión por parte de los hablantes con alzhéimer son las inferencias trópicas o modismos y, principalmente, las implicaturas. Por esta razón, en este trabajo vamos a limitar nuestro análisis a estos dos tipos de significado.

16.1. Inferencias trópicas

Las inferencias trópicas son expresiones idiomáticas con un alto grado de fijación, es decir, que han sufrido un proceso de gramaticalización o lexicalización que las lleva a comportarse como el resto de las unidades léxicas de una lengua. Si aceptamos esta hipótesis, tendremos que suponer que reciben el mismo tratamiento semántico que el resto de las palabras. Aplicando esta idea a los estudios de lingüística clínica, estamos de acuerdo con Gallardo en que:

“Un error habitual en la bibliografía consiste en tratar conjuntamente estas expresiones idiomáticas (modismos), y el uso figurado, lo que complica las investigaciones acerca de la participación hemisférica en su descodificación; una cosa es la inferencia trópica lexicalizada, convertida en parte del léxico de una lengua, y otra cosa es el uso figurado como tal, que un hablante improvisa para cierto momento discursivo” (Gallardo, 2005c: 68).

Por lo tanto, queda claro que el significado idiomático de los modismos es convencional y que no depende del contexto. Además, el hecho de que estas

expresiones signifiquen siempre lo mismo nos permite presumir que aquellos hablantes que muestren alteraciones semánticas –por ejemplo, algún tipo de afásicos– no serán capaces de decodificar los modismos¹²¹, mientras que el significado figurado no convencional será problemático para los hablantes que presenten alteraciones de tipo pragmático –hablantes con síndrome de Williams, lesionados en el hemisferio derecho o personas con DTA–.

Centrándonos en la patología del lenguaje que nos ocupa, es obvio que las inferencias trópicas no han sido el tipo de significado implícito más estudiado en hablantes con demencia de tipo alzhéimer. De hecho, en demasiadas ocasiones se ha tratado por igual la comprensión de modismos y de metáforas, lo que sin duda provoca una distorsión en los resultados del análisis (cf. Pérez Mantero, 2012a, para una revisión más detallada). Algunos trabajos, sin embargo, sí que han desvinculado el estudio de los modismos de otros tipos de significado implícito de carácter conversacional, aunque son investigaciones de carácter neuropsicológico y alejadas, por lo tanto, de nuestra perspectiva de análisis conversacional. Por mencionar algunos de estos trabajos, Kempler *et al.* (1988) testaron la capacidad de veintinueve sujetos con demencia para comprender palabras, modismos, refranes y frases originales. En el caso de los modismos y los refranes, estos hablantes mostraban una alteración en la capacidad de inhibir el significado literal de los mismos. Por otro lado, Papagno (2001), a partir de una tarea de definición oral de metáforas y de modismos, afirmó que el deterioro del lenguaje figurado no era uno de los primeros síntomas lingüísticos de la enfermedad. Sin embargo, un estudio posterior (Papagno *et al.*, 2003) dio como resultado que los hablantes con la enfermedad de Alzheimer tenían grandes dificultades para identificar el significado idiomático de los modismos opacos, sobre todo, cuando la tarea empleada en la prueba utilizaba dibujos para expresar el significado literal y el significado idiomático.

Como se puede comprobar, los resultados de estos trabajos son dispares y, además, pueden verse fácilmente influenciados por las características de las pruebas y las demandas cognitivas que estas imponen a los participantes. Por esta razón, creemos que la habilidad para utilizar y reconocer el significado idiomático debería ser

¹²¹ No obstante, esta afirmación puede no ser válida cuando las inferencias trópicas se producen en un contexto conversacional. Así, en la investigación de Moreno Campos para la afasia (2010) esta autora no detecta fallos en la comprensión de modismos por parte de sus informantes.

investigada en su contexto natural de uso, es decir, en la interacción conversacional. No obstante, es probable que no observemos ningún caso de modismo en un fragmento de grabación de veinte minutos, por lo que si el lingüista o el logopeda quisieran analizar este aspecto en concreto, harían bien en provocar su aparición de una manera poco forzada.

En el presente trabajo pretendimos actuar como observadores la mayor parte del tiempo y, en definitiva, no quisimos guiar las conversaciones hacia la utilización de cierta estructura lingüística para su posterior análisis. Aun así, en nuestro corpus encontramos varios ejemplos de inferencias trópicas utilizadas por los hablantes con DTA y por el resto de interlocutores sin demencia. Como era esperable por el tipo de déficit comunicativo que sufren las personas con alzhéimer, no se observan problemas en el uso o la comprensión de estos modismos, pues su significado idiomático está codificado en la lengua y funcionan, por lo tanto, como cualquier otra palabra.

En el siguiente fragmento tenemos la suerte de encontrar varios ejemplos de inferencias trópicas. El extracto comienza con una pregunta por parte del investigador, que quiere saber si FGB “hace buenas migas” con el resto de personas que asisten al centro de día. Por la respuesta del informante podemos saber que ha comprendido el significado idiomático de la expresión y, de hecho, en su turno de habla, el participante con demencia emplea dos enunciados fraseológicos –“si el uno achucha... yo aprieto” y “están mátame que te mato”– que parecen apropiados al contexto comunicativo:

*INV: y hace buenas migas con sus compañeros ?
 *FGB: yo sí .
 *FGB: yo gracia(s) a Dio(s) tengo un carácter también (..) pues que si el uno achucha ,, eh ?
 *FGB: pue(s) yo apr(i)eto .
 *FGB: pero si no (.) lo dejo de ir todo .
 *FGB: yo no soy de estos que están mátame que te mato .

Ejemplo 89. Grabación 4 FGB1. Nivel intermedio. Uso y comprensión de inferencias trópicas por parte de un hablante con demencia.

16.2. Implicaturas. Las máximas conversacionales

Por otro lado, el significado implícito puede surgir de la aplicación o de la transgresión de unas normas o máximas conversacionales, identificadas por Grice (1975: 45-46), y a las que se adhieren los participantes en una conversación en virtud de un *principio de cooperación*¹²² que guía nuestras interacciones comunicativas. A este tipo de significado inferencial es al que se conoce como *implicatura*. Dicho de otro modo, de este principio de cooperación se derivan ciertas máximas de aplicación general ampliamente conocidas:

1. MÁXIMA DE CANTIDAD
 - a. Haz tu contribución tan informativa como sea preciso (para los propósitos del intercambio).
 - b. No hagas tu contribución más informativa de lo que sea preciso.
2. MÁXIMA DE CUALIDAD: Intenta que tu contribución sea verdadera.
 - a. No digas lo que creas que es falso.
 - b. No digas aquello de lo que no tengas pruebas.
3. MÁXIMA DE RELACIÓN: Sé relevante.
4. MÁXIMA DE MANERA: Sé claro.
 - a. Evita la oscuridad de expresión.
 - b. Evita la ambigüedad.
 - c. Sé breve (evita una prolijidad innecesaria).
 - d. Sé ordenado.

Del cumplimiento o de la infracción de estas máximas los interlocutores deducen un tipo de significado inferencial, las implicaturas, que pueden categorizarse como *generalizadas* o como *anómalas*, según la inferencia se apoye en el respeto de las máximas o en su transgresión. De esta forma, mientras la implicatura generalizada procede de la aplicación normal de las máximas, en la implicatura anómala tal interpretación choca inevitablemente con el contexto enunciativo y obliga al receptor a buscar una inferencia alternativa. Así pues, a no ser que el hablante exprese su rechazo a

¹²² “*Make your conversational contribution such as is required, at the stage at which it occurs, by the accepted purpose or direction of the talk exchange in which you are engaged*” (Grice, 1975: 45).

seguir el principio de cooperación en un momento dado, el oyente siempre trata de descubrir la razón por la cual el hablante ha transgredido una máxima conversacional.

Sin embargo, ¿son todas estas premisas aplicables en un intercambio comunicativo en el que participa una persona con DTA? Siguiendo el razonamiento de Hays *et al.* (2004: 696) sobre la capacidad de los hablantes con alzhéimer para utilizar las implicaturas, la primera condición establecida por Grice, que el oyente presuma que el hablante se adhiere a las máximas conversacionales, presupone que este es capaz de participar en acciones complejas gobernadas por normas. En el caso de las personas con alzhéimer, la alteración de la atención, la memoria y otros procesos cognitivos nos lleva a pensar que su conciencia de estar sometidos a unas máximas conversacionales también se encuentra alterada. La segunda condición de Grice, que el oyente infiera el significado no literal, presupone que el hablante puede crear una implicatura de manera adecuada. Sin embargo, las crecientes dificultades anómicas y para la representación de conceptos en la memoria semántica afectarían a la creación de una implicatura. Finalmente, la tercera condición propuesta por Grice, que el hablante crea que el oyente tiene capacidad para inferir el significado y quiere hacerlo, presupone que el hablante tiene la habilidad de reconocer estados mentales de su interlocutor y, eventualmente, de percibir que este no ha entendido la implicatura. No obstante, aunque en nuestro trabajo observamos pruebas de que esta capacidad intersubjetiva se mantiene bastante tiempo, otras investigaciones asocian la demencia de tipo alzhéimer con un déficit de teoría de la mente (Gregory *et al.*, 2002).

En definitiva, una condición necesaria de las implicaturas conversacionales es que sean intencionadas, algo que no puede darse por sentado en los hablantes con demencia. Además, conociendo las dificultades lingüísticas que presentan las personas con alzhéimer, ¿cómo detectamos si en la transgresión de una máxima subyace una intención comunicativa o si se debe al déficit lingüístico y/o cognitivo? Sin duda, el rol del interlocutor sin demencia es fundamental a la hora de entender por qué se producen estas violaciones de las máximas y de establecer inferencias que permitan hacer continuar la conversación. De hecho, hay autores (Sabat, 1994; García *et al.*, 2001) que abogan por emplear una visión menos centrada en el déficit y, por el contrario, que responsabilice al oyente sin demencia de buscar las inferencias oportunas para mantener la relevancia comunicativa.

En todo caso, en el ámbito de los estudios sobre lenguaje y alzhéimer, un buen número de investigadores ha señalado la relación existente entre el progresivo deterioro

de las habilidades comunicativas y la mayor cantidad de transgresiones de las máximas conversacionales (Berrewaerts *et al.*, 2003; Hays *et al.*, 2004; Ahlsén, 2009). Un breve repaso por la bibliografía nos indica que el lenguaje de los sujetos con demencia se considera altamente irrelevante (Ulatowska *et al.*, 1988), poco informativo (Laine *et al.*, 1998), ambiguo y desordenado (Hier *et al.*, 1985; Dijkstra *et al.*, 2004).

En un trabajo reciente (Pérez Mantero, 2015b), en el que analizamos 15 de las 27 conversaciones de las que consta nuestro corpus, decidimos investigar las transgresiones de las máximas conversacionales que se debían a las alteraciones comunicativas de los informantes con DTA. En conjunto, calculamos una media de 13,8 violaciones por cada conversación de la etapa inicial, una cifra que aumenta hasta las 31,4 transgresiones en la fase moderada y que asciende hasta 55,4 en la etapa avanzada. Según estos datos, parece existir un deterioro algo mayor entre el estadio inicial y el intermedio¹²³. Del mismo modo, las cifras presentadas señalan que en la fase avanzada se producen cuatro veces más transgresiones de las máximas que en el comienzo de la enfermedad.

No obstante, en un nivel de análisis más detallado nos planteamos descubrir la evolución diferenciada de las transgresiones de las máximas conversacionales en cada una de las etapas de la demencia y, no menos importante, conocer cuáles eran las principales alteraciones comunicativas responsables de estas infracciones.

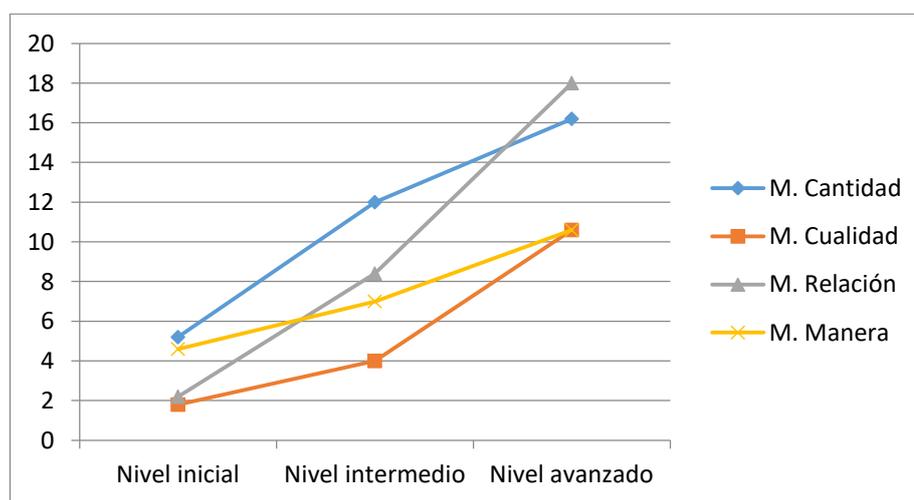


Figura 22: Transgresiones de las máximas conversacionales en cada etapa de la DTA.

¹²³ En la etapa intermedia las transgresiones se multiplican por 2,28 con respecto al nivel inicial; en cambio, en la etapa avanzada se multiplican por 1,76 con respecto a la fase intermedia.

Desde una perspectiva cuantitativa, observamos que en la etapa inicial se cometen de media más transgresiones de la máxima de cantidad (5,2), seguidas muy de cerca por las de máxima de manera (4,6) y ya a más distancia por las violaciones de la máxima de relación (2,2) y de cualidad (1,8). En la fase intermedia este patrón sufre ligeros cambios, ya que, aunque la máxima de cantidad (12) sigue siendo la más transgredida, en esta etapa encontramos más infracciones de la máxima de relación (8,4) que de la máxima de manera (7); en esta fase, la máxima de cualidad sigue siendo la que registra un menor número de violaciones en las interacciones (4). Finalmente, en el nivel avanzado se produce un vuelco en cuanto al tipo de máxima más transgredida: contabilizamos 18 violaciones de la máxima de relación por 16,2 de la máxima de cantidad. Por otro lado, existe una total semejanza en cuanto al número de transgresiones de la máxima de manera y de la máxima de cualidad (10,6).

En resumen, la máxima de relación es la responsable del mayor aumento en el número de infracciones entre la etapa inicial y la avanzada; a esta le siguen la máxima de cualidad, la de cantidad y la de manera, según este criterio. A continuación, expondremos ejemplos de las principales alteraciones lingüísticas causantes de las violaciones de las máximas y, a través de su análisis, trataremos de arrojar luz sobre las cifras que acabamos de presentar.

En primer lugar, en los hablantes con demencia, la violación de la *máxima de cantidad* se produce casi exclusivamente a causa de utilizar un lenguaje poco informativo. Solo en momentos puntuales, al inicio de la enfermedad, aparecen casos de logorrea o verbosidad normalmente asociados a un intento de encubrir los problemas de acceso léxico. En el resto de los casos, la pobreza informativa, causada por dificultades para recuperar la palabra adecuada, es la tónica. Por ejemplo, desde el comienzo de la demencia se observa un aumento en el uso de términos genéricos, que son un recurso para continuar hablando cuando no acertamos a producir la palabra que estamos buscando. Esto, obviamente, provoca que el lenguaje sea menos eficaz:

*INV: qué suelen [/-] qué suelen hacer ?
 *MSS: nada (.) pues→ allí nos reunimos y nos hacen hacer
 papeles y rellenar papeles y a lo mejor hacer algunas
 cosas .

Ejemplo 90. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. Abuso de términos con un contenido genérico.

La *máxima de cualidad*, que propugna que las contribuciones de los interlocutores sean verdaderas, no se ve transgredida en los enunciados de las personas con DTA

porque digan cosas de las que no tienen pruebas, sino por sus problemas con la memoria episódica. La gran mayoría de las veces esto se produce debido a confusiones entre pasado y presente o entre diversos episodios que ocurrieron en el pasado. En el siguiente ejemplo, JAC, una mujer con un nivel inicial de alzhéimer, confunde las consecuencias de una caída que tuvo con las de otra caída anterior y es su hija la que, como conocedora de la vida de su madre, le indica que está mezclando sucesos distintos:

```
*HIJ:      otra caída .
*JAC:      porque había dos [/ -] dos escalones y yo +/.
*HIJ:      +^ no (.) fue aquí .
%gpx:      señala hacia su derecha .
*JAC:      en este fue ?
*JAC:      este <fue la primera> [>] .
*HIJ:      <ahí> [<] ese fue los escalones .
*HIJ:      con ese te rompiste el brazo .
```

Ejemplo 91. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. La confusión entre dos episodios autobiográficos provoca una transgresión de la máxima de cualidad.

Otras veces, esta confusión se da entre distintos espacios o entre personas. No obstante, una buena parte de las transgresiones de la máxima de cualidad no parece deberse a fallos de memoria, sino a simples invenciones o recursos para enmascarar el hecho de no recordar una situación o a una persona, y, en definitiva, para no manifestar una incompetencia provocada por el progresivo deterioro cognitivo.

Otro de los déficits comunicativos que se asocian con frecuencia al alzhéimer es la incoherencia discursiva. Muchos enunciados que, aislados, parecen correctos, puestos en el contexto conversacional en el que se produjeron se muestran irrelevantes. En este sentido, la causa más frecuente de la transgresión de la *máxima de la relación* es el cambio brusco de tema. Los hablantes con DTA tienen muchos problemas con la gestión del tema conversacional, ya que los déficits de memoria de trabajo y de atención sostenida les hacen introducir nuevos temas en momentos inadecuados; de hecho, en bastantes ocasiones, son temas que no tienen relación aparente con los anteriores. En el siguiente fragmento extraído de una grabación perteneciente a nuestro corpus, el tema de conversación giraba en torno al nieto del informante con demencia, pero, tras la segunda intervención de su mujer, CGS toma el turno rápidamente y comienza su intervención como si el contenido que fuera a expresar estuviera relacionado íntimamente con el de los turnos anteriores. Además, la indefinición que transmite el adverbio de lugar “allí” conlleva que la interpretación de este enunciado resulte

ambigua; de este modo, el investigador necesita inferir el lugar al que se refiere CGS y, para confirmarlo, verbaliza esta implicatura en forma de pregunta:

*CGS: es de alta como él (.) dices tú ?
 *MUJ: un poquito menos (.) pero sí es alta [/] es alta .
 *CGS: ya la traerá cuando quiera .
 *MUJ: son amigos .
 *CGS: +^ y allí vamos en el verano (.) un mes (.) voy cuando mis hijos van .
 *INV: a su pueblo ?

Ejemplo 92. Grabación 2 CGS1. Nivel inicial. El hablante con DTA realiza un cambio inesperado de tema que atenta contra la máxima de relevancia.

Por último, la *máxima de manera* se ve transgredida de muchas formas. Por ejemplo, con respecto a la oscuridad de expresión, los problemas de acceso léxico favorecen la aparición de parafasias semánticas, términos relacionados semánticamente con la palabra que no se consigue recordar. Esto puede provocar que los oyentes experimenten dificultades para entender las intervenciones del hablante con demencia. Propugna también esta máxima conversacional que no se sea ambiguo, algo que no ocurre en la multitud de ocasiones en que las personas con DTA emplean pronombres cuyo referente es desconocido o, al menos, ambiguo. Finalmente, en ocasiones, la anomia se resuelve a través de un circunloquio, lo que va en contra de la brevedad que defiende la máxima de manera:

*JAC: fui dos o tres veces al→ al esto (.) al cómo se dice ?
 *JAC: al→ donde están los médicos .
 *HIJ: al centro médico .

Ejemplo 93. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. El circunloquio producido por la hablante con demencia atenta contra la máxima de manera.

En definitiva, a partir de este análisis que mezcla aspectos cuantitativos y cualitativos se podría afirmar que el déficit comunicativo asociado a la enfermedad de Alzheimer es el responsable de la gran mayoría de las transgresiones de las máximas conversacionales que se observan en sus intervenciones. Por esta razón, los interlocutores sin demencia deberían encargarse de establecer la inferencia necesaria para hacer avanzar la conversación o, simplemente, de seguir con la charla aceptando un fallo comunicativo como tal.

Como era previsible, hemos detectado que el número de violaciones de las máximas aumenta a medida que avanza el deterioro cognitivo, siendo este crecimiento algo mayor entre las etapas inicial e intermedia de la demencia. Por otro lado, del análisis conversacional se deduce que al comienzo de la enfermedad es la máxima de cantidad la más transgredida, ya que los primeros problemas son de tipo anómico. También la máxima de manera se ve muy comprometida por el empleo de pronombres sin referencia conocida o por el uso recurrente de términos genéricos. Con el paso del tiempo, los problemas con la memoria de trabajo y para mantener la atención se vuelven más graves y la gestión del tema conversacional pasa a ser muy deficiente, lo que da como resultado más violaciones de la máxima de relación.

En conclusión, las alteraciones comunicativas y cognitivas afectan al seguimiento del principio de cooperación por parte de las personas con alzhéimer. A la luz de estos resultados, desde una perspectiva de apoyo al terapeuta y a los cuidadores, pensamos que los segundos deberían ser conscientes de las razones por las que ocurre esto y, en consecuencia, no sancionar el comportamiento comunicativo de sus familiares, sino esforzarse por mantener el intercambio conversacional de la mejor manera posible.

CAPÍTULO 5: LA PRAGMÁTICA TEXTUAL

17. Delimitación de la pragmática textual

La tercera dimensión de nuestro estudio pragmático pone el foco sobre el mensaje, sobre el propio enunciado. De acuerdo con la orientación perceptiva que dirige nuestra investigación (López García, 1980, 1989; Gallardo Paúls, 1996), la pragmática textual considera la enunciación y la recepción como elementos descriptores del mensaje. Así, aunque el centro de atención pasa a ser el discurso, el análisis tiene en cuenta el contexto comunicativo en el que se manifiestan los enunciados. A continuación, presentaremos algunos de los conceptos y categorías de análisis que se refieren al discurso, poniendo especial énfasis sobre las aplicaciones que han tenido en estudios clínicos. Aprovecharemos para incluir en estos apartados algunos trabajos parciales sobre la gestión temática y el déficit de cohesión que hemos desarrollado a partir de una selección de conversaciones de nuestro corpus. No obstante, por lo que respecta al análisis global de nuestros datos desde un enfoque textual, recurriremos al modelo teórico desarrollado por Gallardo Paúls a partir de la clasificación del déficit verbal según el tipo de relación lingüística afectada de manera predominante (Gallardo Paúls, 2009c; Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013).

18. Coherencia

Partiendo de los avances de la lingüística del texto que se desarrolla a partir de los años 70 (Kintsch y Van Dijk, 1978; Van Dijk, 1978a, b; Beaugrande y Dressler, 1981; Bernárdez, 1982; Brown y Yule, 1983), se considera que las dos propiedades fundamentales que caracterizan un texto bien formado (entendido el texto como sinónimo de discurso, ya sea oral o escrito) son la coherencia y la cohesión. A modo de introducción, la coherencia podría ser definida como “una propiedad semántica de los discursos, basados (*sic*) en la interpretación de cada frase individual relacionada con la interpretación de otras frases” (Van Dijk, 1978b: 147). Este mismo autor distingue una *coherencia local* y una *coherencia global* (Van Dijk, 1977), según el alcance de las relaciones de coherencia. En este sentido, la coherencia local se establece en un nivel superficial a partir de las relaciones que se establecen entre dos enunciados contiguos y contribuye a dotar de significado al texto “paso a paso”. La coherencia global, por otro lado, se establece en un nivel profundo del discurso a través de redes semánticas que afectan al contenido general del texto y al conjunto de su *macroestructura*. Este concepto hace referencia al núcleo informativo fundamental o tema de un texto, sin el cual un discurso es percibido como una sucesión de enunciados no relacionados o incoherentes y, por lo tanto, no llega a constituirse como texto.

En el caso de la demencia de tipo alzhéimer, los estudios de Glosser y Deser (1990), de Laine *et al.* (1998) y de Dijkstra *et al.* (2002) coinciden en afirmar que la coherencia global se encuentra mucho más alterada que la local; es decir, los fallos de coherencia en los discursos de hablantes con DTA vendrían provocados no tanto por las relaciones de significado entre conceptos adyacentes como por la alteración de la capacidad para organizar el discurso.

No obstante, como demostraremos a lo largo de este capítulo, según nuestros datos, a partir de la fase intermedia de la demencia se produce un elevado número de fenómenos que afectan a la coherencia local, ya sea por un cambio brusco de tema en mitad de un turno o a causa de que el contenido de una intervención no está relacionado de ninguna manera con el del turno anterior. Reproducimos el siguiente fragmento de conversación para ejemplificar el segundo de estos fenómenos. Como se puede comprobar, en este momento de la grabación el interlocutor clave está tratando de averiguar si la persona con DTA recuerda cuántos nietos tiene. De la primera intervención de RJC se deduce que está intentando ganar tiempo para recordar, pero,

tras la reformulación de la pregunta por parte del IC, la hablante con demencia emite una intervención cuyo contenido se aleja mucho de lo esperado:

*HIJ: pero dígale a José Luis cuántos nietos tiene (2.0) si se recuerda .
 *RJC: que quants nits tinc [/-] néts .
 *HIJ: quants néts té vosté ?
 *RJC: me cago en la sombra (.) pues <no n'hi ha> [>] !
 *HIJ: <se recorda> [<] ?
 *RJC: no n'hi han→ pues sí .
 *RJC: me pareix qu'eren dos-cents euros .

Ejemplo 94. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. La intervención de la hablante con DTA rompe la coherencia al yuxtaponer dos conceptos no relacionados en el mundo real.

Otro aspecto primordial de la coherencia textual tiene que ver con los esquemas mentales que comparten el emisor que produce el mensaje y el receptor encargado de decodificarlo. Desde este punto de vista, la coherencia emerge como una propiedad pragmática. Así, cuando un hablante emite un mensaje debe necesariamente tener en cuenta la relación que lo une con su interlocutor, el contexto en que se produce la comunicación y el conocimiento compartido que ambos tienen sobre el tema de conversación; de este modo, podrá organizar su discurso y seleccionar los mecanismos lingüísticos apropiados a tal fin¹²⁴. En consonancia, el receptor será capaz de comprender el sentido del mensaje que ha recibido. En palabras de Valles González (2005: 182):

“La coherencia se manifiesta en la interpretación de un texto por un interlocutor, de acuerdo con la visión consistente del mundo o mejor dicho, de acuerdo con un campo semántico compartido, que permite identificar e interpretar los nexos o vínculos entre las oraciones o proposiciones que conforman un determinado texto”.

Desde la propia lingüística del texto, diversos autores han planteado que los discursos siguen una serie de reglas que garantizarían su coherencia y cuya transgresión sería, por lo tanto, una señal de incompetencia textual por parte de los hablantes. Así,

¹²⁴ A este respecto, para que un texto sea coherente se requiere una capacidad cognitiva que, presumiblemente, se encuentra alterada en las personas con alzhéimer.

por ejemplo, Charolles (1978) propuso cuatro “metarreglas” que regirían la coherencia de los textos:

- *Metarregla de repetición*: “Para que un texto sea coherente, es necesario que su desarrollo lineal incluya elementos de recurrencia estricta”. Esta regla se refiere a la cohesión de los textos, que, como sabemos, está íntimamente relacionada con la coherencia. A través de esta regla se evidencia que mecanismos correferenciales como la pronominalización o la sustitución léxica son fundamentales para dotar de coherencia al discurso. Por lo tanto, tanto la ausencia de elementos correferenciales como el uso inapropiado de los mismos (pronombres con referencia ambigua o desconocida) motivarían un déficit de coherencia.
- *Metarregla de progresión*: “Para que un texto sea coherente, es necesario que su desarrollo tenga un aporte semántico constantemente renovado”; es decir, se ha de establecer un equilibrio entre continuidad temática y progresión semántica. Por esta razón, se ha de evitar caer en una repetición abusiva de lo ya dicho, como hemos observado en los casos en que un hablante en una etapa moderada o avanzada de la demencia sufre una alteración de tipo perseverante.
- *Metarregla de no-contradicción*: “Para que un texto sea coherente, es necesario que su desarrollo no introduzca ningún elemento semántico que contradiga el contenido explícito o presupuesto por un enunciado anterior, o deducible del mismo por inferencia”. En definitiva, que el emisor considere una misma proposición como verdadera y como falsa a lo largo de un texto conlleva que este sea incoherente. En este sentido, el déficit de memoria de trabajo y de memoria episódica presente en las personas con alzhéimer puede provocar incoherencias de este tipo.
- *Metarregla de relación*: “Para que una secuencia o un texto sean coherentes, es necesario que los hechos que representan en el mundo denotado estén relacionados”. Esta regla afirma que la coherencia de un discurso debe basarse en que los enunciados sean congruentes con la realidad y ajustados a la lógica que conocemos a través de nuestra experiencia del mundo. De este modo, los cambios de tema de manera brusca y la introducción de temas no relacionados con el anterior sin establecer un nexo de conexión entre ambos

aparecen como causa frecuente de incoherencia en las emisiones de los hablantes con DTA.

18.1 La gestión temática

Del cumplimiento de las metarreglas de coherencia que acabamos de exponer, y, en especial, de las de progresión y de relación¹²⁵, se deriva que la gestión temática es un aspecto fundamental para que el oyente perciba un discurso como coherente o falta de coherencia. Como expresa Gallardo Paúls (2008d), en la estructura dialógica –la propia de las conversaciones que hemos grabado– es frecuente que las intervenciones muestren coherencia con los turnos previos al aceptar los temas que se desarrollaban en ellos. Así, para que la introducción de un tema de conversación sea exitosa, se necesita una cadena de turnos de manera que el primer hablante haga una mención del nuevo tema, el segundo acepte esta propuesta mediante algún mecanismo de topicalización (ya sean preguntas o una ampliación del tema) y, de nuevo, el primer hablante haga una intervención al respecto, normalmente, para desarrollar el tema que inició.

Asimismo, en cuanto al déficit de gestión temática asociado a una patología del lenguaje, los estudios clínicos han constatado que las alteraciones pueden aparecer en distintos puntos: introducción del tema, cambio de tema y mantenimiento del tema. Sin duda, los hablantes que sufren un déficit pragmático son el grupo de población más proclive a presentar fallos en estos apartados. Así, los sujetos con síndrome de Williams se caracterizan por sus dificultades para topicalizar los temas que proponen sus interlocutores y, en cambio, tienen fijación por determinados temas (Garayzábal Heinze, 2004; Gallardo Paúls, 2007, 2010). El discurso de los lesionados de hemisferio derecho presenta una tendencia a ser repetitivo y lleno de digresiones no tangenciales (Joanette *et al.*, 2008; Fernández Urquiza, 2013), lo que provoca que apenas exista progresión temática.

Por último, la dificultad en la gestión del tema conversacional es también uno de los déficits comunicativos más evidentes que aquejan a los hablantes con DTA. Son varios los fenómenos que explican esta realidad. Así, en cuanto a la introducción de

¹²⁵ Fernández Urquiza (2013), por su parte, considera que la gestión temática se encontraría en correspondencia con la metarregla de progresión, mientras que las superestructuras se corresponderían con la metarregla de relación (aunque, en consonancia con nuestra propuesta, reconoce que las digresiones podrían encajar también en esta última metarregla).

temas en la conversación, Causino Lamar *et al.* (1994) y Mentis *et al.* (1995) observan una menor proporción de nuevos temas por parte de los sujetos con demencia con respecto a la actuación de los hablantes sin déficit. Sin embargo, Hutchinson y Jensen (1980) y García y Joannette (1997) presentan resultados que contradicen la afirmación previa; de hecho, estos autores sugieren que el mayor número de temas iniciados por parte de las personas con alzhéimer se debería a un fallo a la hora de reconocer que el tema de conversación anterior no se ha cerrado de manera apropiada. De cualquier modo, aunque parece plausible que a medida que avanza el deterioro cognitivo los hablantes con DTA muestren una menor voluntad comunicativa a partir de la introducción de nuevos temas, Guendouzi y Müller (2006: 103) afirman que algunos de sus informantes en una fase avanzada siguen mostrando esta habilidad.

En estrecha conexión con este punto se encuentra la habilidad para cambiar de tema de forma coherente o fluida. Si bien Dijkstra *et al.* (2002) retrasan las alteraciones relacionadas con el cambio brusco de tema hasta la etapa avanzada de la enfermedad, la mayoría de los estudios coinciden en adelantar estos problemas a fases más iniciales de la demencia. En un estudio detallado de los tipos de cambio de tema en conversaciones en las que participa una persona con DTA y las razones que motivaron esos cambios, García y Joannette (1997) observaron que la mayoría de los cambios se producían de manera incoherente con los turnos previos y por dos causas principalmente: la imposibilidad para continuar el tema anterior y la repetición de una idea¹²⁶. La primera razón nos conduce a un punto que trataremos enseguida, la incapacidad para mantener el tema de conversación; el segundo motivo viene provocado por la tendencia a la glosomanía que se manifiesta en el discurso de los sujetos que han alcanzado un nivel avanzado de la patología y que ya describían Bayles *et al.* (1985) bajo el término *perseveración ideacional*. Según Schindler *et al.* (1984), estas perseveraciones estarían causadas por una incapacidad para cambiar estados mentales; es decir, los hablantes con alzhéimer disponen de una flexibilidad cognitiva menor que les abocaría a volver una y otra vez a un mismo tema¹²⁷.

¹²⁶ Hamilton (1994) achaca los cambios de tema percibidos como inapropiados por el resto de interlocutores a fallos de la capacidad intersubjetiva de los hablantes con demencia: si estos últimos no son conscientes de las necesidades comunicativas de los oyentes, es plausible que gestionen la sucesión de temas conversacionales de una manera poco adecuada.

¹²⁷ Téngase en cuenta, no obstante, un enfoque distinto propuesto por Guendouzi y Müller (2006: 185) con respecto a esta continua reintroducción de temas. Según estas autoras, una de sus informantes

Finalmente, como apuntábamos hace un instante, las personas con DTA muestran dificultades para mantener el tema de conversación desde una fase intermedia de la enfermedad (García y Joannette, 1994, 1997; Mentis *et al.*, 1995), y son frecuentes las digresiones y los comentarios no relacionados con el tema en cuestión. En este sentido, el interlocutor sin demencia se convierte en el responsable de cambiar el tema cuantas veces sea necesario para continuar la conversación con el hablante con alzhéimer.

En un trabajo muy especial por analizar conversaciones entre sujetos con alzhéimer, Smith y Ventis (1990) detectaron que los temas se desarrollaban muy poco; a este respecto, pensamos que la ausencia de un interlocutor clave pudo contribuir a que los temas de conversación se abandonaran pronto. Asimismo, como posiblemente podría corroborar la mayoría de los familiares de personas con alzhéimer, Hamilton (1994) observó que su informante presentaba una mejor habilidad comunicativa cuando el tema del que hablaban estaba relacionado con algún aspecto personal propio. Por su parte, Guendouzi y Müller (2006) restringen esta capacidad a los temas que hacen referencia al pasado remoto de los informantes (recuérdese la menor afectación de la memoria episódica remota en las personas con demencia).

En nuestro caso, hace unos años realizamos un estudio (Pérez Mantero, 2012b) consistente en analizar la gestión temática de una muestra de nueve de los participantes en nuestro corpus¹²⁸, de acuerdo con el modelo de análisis empleado por García y Joannette (1997). La hipótesis de partida de nuestro trabajo consistió en que el deterioro cognitivo de los hablantes con DTA, especialmente en lo referido a la capacidad para mantener la atención y el déficit de memoria a corto plazo, conllevaría una menor habilidad para mantener el tema de conversación, lo que supondría a su vez un mayor grado de incoherencia discursiva. Para tratar de hacer frente a esta situación, lo esperable es que los interlocutores de la persona con demencia deberán adaptarse a dichos fallos en la gestión temática como única forma de hacer progresar la conversación. Con estos planteamientos, los objetivos de la investigación se centraron

conseguida lidiar con muchas situaciones comunicativas problemáticas recurriendo a una expresión fija que daba paso al mismo tema de conversación una y otra vez. En este sentido, la perseveración adquiere una función estratégica compensatoria que algunos hablantes con alzhéimer son capaces de usar de manera eficaz, tal y como podemos comprobar en el ejemplo 97.

¹²⁸ Una vez más, seleccionamos un número equitativo de informantes para cada fase de la demencia (TRM1, CGS1 y TAZ para la etapa inicial; MSS, DGD y ALG para el estadio intermedio; y MMT1, LGP y PVN para la fase avanzada).

en (1) determinar los fenómenos comunicativos asociados al déficit en la gestión temática, (2) comprobar si es posible establecer una diferencia cualitativa o cuantitativa entre las distintas etapas de la enfermedad en relación con dichos fenómenos, y (3) descubrir qué tipo de estrategias utilizan los interlocutores sin déficit para contribuir al desarrollo de la conversación en presencia de una alteración en la gestión del tema.

Como acabamos de señalar, partimos del trabajo de García y Joannette (1997), quienes establecen una clasificación de los cambios temáticos dependiendo de tres parámetros: el lugar donde se produce, el tipo de cambio y la razón que subyace al cambio de tema. En cuanto al lugar, consideran dos *posiciones básicas*: el interior del turno y el comienzo del turno. Según nuestro análisis de los datos, los informantes con un GDS 4 cambian de tema de forma predominante en mitad de un turno conversacional (60% de los casos). Esto puede deberse a que la extensión de sus intervenciones es bastante mayor que la de aquellos hablantes que se encuentran en un estadio posterior. En cambio, los sujetos en una etapa intermedia y avanzada de la demencia casi alcanzan el 80% de cambios de tema al inicio del turno. En su caso, lo más común es que las digresiones se produzcan porque sus intervenciones no estén relacionadas con las del hablante anterior, por lo que es al comienzo del turno donde suele producirse el cambio de tema.

Basándose en una categorización anterior (Crow, 1983), García y Joannette distinguen cinco *tipos de cambio de tema*: dos que contribuyen a la coherencia del discurso y tres que provocan digresiones. Dentro del primer grupo consideran:

- a) El comienzo de un nuevo tema cuando uno anterior aparentemente se ha terminado, o tras un período de pausa.

```
*TRM:      cómo que doscientos ?
*TRM:      0 [=! laughs] . [+ trn]
*MAR:      hay doscientos por ahí .
*MAR:      déjale a ese muchacho que lo toque [/] que lo toque .
*TRM:      no [/] no .
%com:      moves the windmill away and plays with it .
*TRM:      así está bonito .
*TRM:      (4.0) 0 [=! looks at INV] . [+ trn]
*TRM:      y esto que haces de charlar por qué es ?129
*TRM:      algún estudio o algo ?
```

Ejemplo 95. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. La hablante con demencia introduce un nuevo tema tras un lapso de cuatro segundos.

¹²⁹ Marcamos en negrita los fragmentos relevantes para identificar el tipo de cambio de tema.

b) La introducción de un nuevo tema conectado con el anterior.

*TAZ: pero que siempre he discutido más con ella que con la otra .
 *TAZ: con la otra que nos llevamos solo once meses (.) es como si fuéramos gemelas .
 *TAZ: tenemos **los mismos piensos (.) como decía** .
 *TAZ: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *TAZ: tenemos una amiga inglesa que nos escribió que ha estu [/-]practicando con nosotros castellano .
 *TAZ: y cuando se volvió allí +"/.
 *TAZ: +" bueno (.) escribenos y dinos tu vida .
 *TAZ: y nos escribe y dice +"/.
 *TAZ: +" he conocido a Don (.) y tiene **los mismos piensos** que yo .
 *TAZ: +" creo que vamos a ser muy felices .

Ejemplo 96. Grabación 7 TAZ. Nivel inicial. La informante con DTA conecta dos temas a partir de una expresión lingüística peculiar.

En el segundo grupo, estos autores incluyen:

c) El regreso a un tema anterior tras haber discutido otros.

*HIJ: acabo de llegar ahora mismo (.) y tú llevas mucho tiempo aquí ?
 *DGD: bueno que si llevo (.) claro que llevo +"/.
 *DGD: +" **trae esto Diana (.) haz esto Diana [/] haz esto Diana (.) haz esto (.) haz lo otro** .
 *DGD: y yo digo +"/.
 *DGD: +" déjame que descanse ahora yo un poco .
 [...] ¹³⁰
 *DGD: me tomaba xxx de le [/-] de leche <y ya está> [>] .
 *HIJ: <y ya está> [<] .
 *DGD: pero lo que más me cabreaba +"/.
 *DGD: +" **haz esto Diana (.) haz esto** .
 *DGD: digo +"/.
 *DGD: +" de [/-] de [/-] déjame en paz ya (.) ya está bien .
 .
 *DGD: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *DGD: claro (.) que me lloraban los ojos ya de tanto darle .
 .
 %gpx: (emblem) gesture of sewing .

Ejemplo 97. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. La hablante con demencia vuelve, sin razón aparente y usando términos similares, a un tema que se había tratado poco antes.

¹³⁰ Intervalo de varios turnos.

d) El intento frustrado de cambiar de tema¹³¹.

*HIJ: un error de toda la vida (.) correr demasiado .
*HIJ: mi padre le decía .
*HIJ: y te estoy hablando de cuando tenían cuarenta o
cincuenta años .
*HIJ: le decía +"/.
*HIJ: +" no hables tan deprisa .
*HIJ: +" piensa lo que dices .
*HIJ: <entonces ahora (.) claro (...) bueno a ver (.) lee
despacio> [>] .
*DGD: <yo he cosido pa(ra) la calle mucho> [<] .
*DGD: <di que ya [/-] ya me canso de todo> [<] .
*DGD: <qué queréis que os diga> [<] ?
*DGD: <oye (.) de verdad> [<] .
*HIJ: lee despacio † cariño (.) ahí .

Ejemplo 98. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. La informante con alzhéimer trata de cambiar de tema de manera incoherente, pero su intención no es atendida por el interlocutor clave.

e) El cambio inesperado que consigue “triunfar” y situarse como el nuevo tema de conversación.

*LGP: hombre (.) claro !
*LGP: a ver (.) un [/-] un [/-] un golpe que te das (.) un
eso que te coges (.) un eso que te tropiezas o lo que
sea .
*LGP: y eso que [/-] y yo esto ya lo conozco [/-] <ya lo
conozco años> [>] .
*HIJ: 0 . <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
*LGP: sí (.) no (.) no (.) **yo es que [/-] nosotros donde
vivimos es fuera de aquí** (.) entonces no vivíamos ya
tan [/-] tan eso .

Ejemplo 99. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. La hablante con DTA conecta dos temas no relacionados de manera incoherente.

De acuerdo con el gráfico resultante tras haber analizado las nueve conversaciones, se perciben claramente algunos patrones evolutivos en cuanto a los tipos de cambio de tema que emplean los hablantes con alzhéimer en cada etapa de la enfermedad. Por ejemplo, la suma de los dos tipos de cambio que hemos llamado

¹³¹ Podríamos pensar, sin embargo, que el que un cambio de tema no haya tenido éxito no supone necesariamente que el responsable de dicho cambio cometiera una incoherencia discursiva; no obstante, creemos que García y Joannette incluyen este fenómeno dentro de los tipos de cambio de tema incoherentes porque, al no ser tenido en cuenta por el resto de los interlocutores, es observado como una desviación del tema que está siendo tratado en ese momento.

“coherentes” asciende al 60% en la primera fase de la demencia, no llega al 40% en la segunda etapa y apenas sobrepasa el 10% en la última:

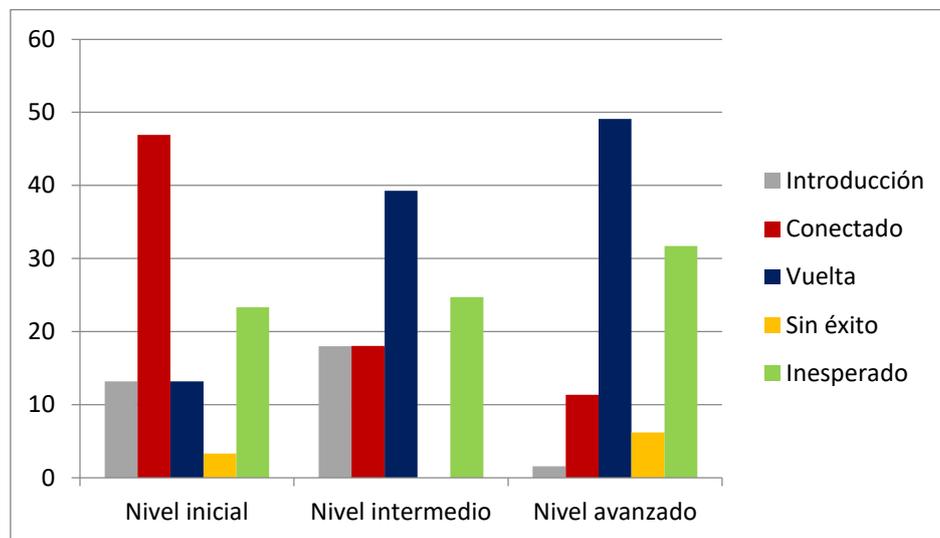


Figura 23: Tipos de cambio de tema por parte de los hablantes con DTA.

Si entramos en detalle en los resultados aquí expuestos, podemos comprobar que los hablantes con un nivel inicial de alzhéimer son capaces de hilar correctamente los temas, ya que casi la mitad de los cambios que realizan tienen el objetivo de introducir un tema relacionado con el anterior. Por el contrario, la proporción de cambios inesperados (bruscos) y, sobre todo, la vuelta a temas ya tratados se va haciendo mayor a medida que avanza el deterioro cognitivo. En la etapa avanzada de la demencia, el 50% de los cambios se producen para retomar un tema anterior, lo que refleja la gran cantidad de perseveraciones ideacionales que se aprecia en el discurso de este grupo de hablantes.

Finalmente, García y Joannette (1997) toman de Maynard (1980) una clasificación de las razones por las que se produce un cambio temático. Así, en su investigación distinguen las siguientes siete causas diferentes:

- a) La constatación de que los participantes no tienen nada más que decir sobre un tema concreto.
- b) Un error de comprensión.
- c) El interlocutor no continúa el desarrollo del tema.
- d) Un acontecimiento externo que interrumpe la conversación.
- e) La repetición de una idea mencionada previamente.

- f) El deseo de contar una anécdota, normalmente, autobiográfica.
- g) Un cajón de sastre en el que incluyen todos los cambios temáticos que no encajan en ninguno de los puntos anteriores.

Aplicando esta clasificación al análisis de nuestros datos, observamos claras diferencias entre las distintas etapas de la enfermedad en cuanto a las razones de las digresiones temáticas, especialmente, los cambios provocados por el hecho de contar una anécdota personal (que muestra una progresión descendente) y las digresiones a causa de volver a una idea ya comentada (con una progresión claramente ascendente). Este último aspecto pone de manifiesto la existencia de temas recurrentes en el discurso de varios informantes con Alzheimer. Finalmente, también se observa un evidente aumento de cambios de tema por causa indeterminada:

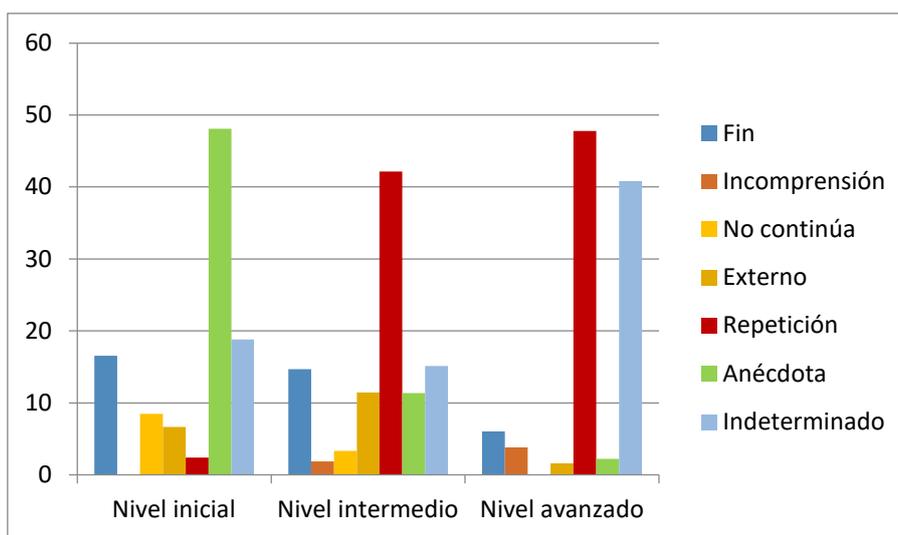


Figura 24: Razones que explican los cambios de tema protagonizados por los hablantes con DTA.

Muchos de estos cambios se manifiestan de una forma brusca, lo que acentúa la percepción de que el discurso de las personas con demencia va evolucionando hacia un estado de creciente incoherencia con continuas digresiones. Sirvan como ejemplo de la mencionada brusquedad en la gestión temática los siguientes fragmentos de dos de las grabaciones de nuestro corpus. En el primero de ellos, el hijo de MSS, que es una informante con un nivel intermedio de Alzheimer, está comentando algunas aficiones que ha tenido su madre a lo largo de su vida. En un momento dado, el interlocutor sin déficit dirige su intervención hacia su madre, con la esperanza de que esta confirme e, incluso, amplíe su comentario; no obstante, MSS parece no estar prestando atención a lo

que dice su hijo y, en lugar de responder de manera coherente a su pregunta confirmatoria, rompe la coherencia mediante una intervención con la que consigue introducir un tema que a ella le resulta importante:

*HIJ: siempre le ha gustao las películas de detectives y los libros de detectives y tal .
 *HIJ: vamos (.) solo (.) todavía en casa de [/ -] en vida de mi padre se ponían aquí y se veían una temporada entera de una sentada „ eh ?
 *MSS: entonces (.) ahora qué vamos ?
 *MSS: a la farmacia „ no ?
 *HIJ: como siempre † mamá (.) como siempre .

Ejemplo 100. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. La informante con demencia atenta contra la coherencia del intercambio a causa de un cambio brusco de tema.

El segundo fragmento que traemos a colación es, incluso, más sorprendente. En este caso, el investigador formula una pregunta que requiere de la persona con demencia que acceda a su memoria episódica remota. Como podemos observar por la respuesta de MMT, a esta le resulta imposible rescatar esos recuerdos y, por el contrario, opta por responder de una manera tangencial. Sin embargo, es tras la insistencia del investigador en el requerimiento de información cuando asistimos a una profunda digresión por parte de la hablante con alzhéimer, quien comienza a hablar sobre una lora que tienen como mascota; además, empieza su intervención con una conjunción (“porque”) que no une la proposición siguiente con ninguna anterior, lo que incide en la incoherencia del cambio de tema:

*INV: † Manoli (.) y de qué sitio tiene usted mejores recuerdos ?
 *MMT: pues no lo sé (.) ahora mismo no (..) pero sí sé que estoy bien .
 *INV: pero en algún sitio se habrá sentido [/ -] habrán estado más tiempo .
 *MMT: pues no lo sé .
 *MMT: 0 <[=! laughs]> [>] . [+ trn]
 *INV: 0 <[=! laughs]> [<] . [+ trn]
 *MMT: porque la lora dice (.) lo [/ -] porque dice +"/.
 *MMT: +" hola papá .
 *MMT: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *MMT: se llama lora .

Ejemplo 101. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. La hablante con DTA transgrede abiertamente la coherencia del intercambio a través de una clara digresión temática.

Asimismo, de acuerdo con el enfoque interaccional que hemos imprimido a nuestro trabajo, creemos que es interesante referirnos a los comportamientos de los interlocutores clave frente a los problemas de gestión temática de los hablantes con demencia. Si bien es cierto que la actitud de cada cuidador es diferente y que sus habilidades para comunicarse con sus familiares con DTA varían en gran medida, comprobamos la existencia de bastantes ejemplos en los que los interlocutores clave consiguen restablecer la coherencia del intercambio a partir de diversos métodos. Una posible estrategia consiste en adaptarse a los continuos cambios de tema del sujeto con DTA y, de este modo, dotar de significado a estas digresiones:

*INV: y el mercadillo es en la calle ?
*MMT: es precioso [/] es precioso .
*MAR: sí (.) no [/] no [/] no te va a contestar .
*MMT: es todo eso .
*MMT: mira !
*MMT: eso (.) lo hice yo todo eso .
%gpx: (illustrator: deictic) points forwards .
*MAR: las cortinas→ .
*INV: ah !
*MAR: y todo .
*MAR: ella todo aquí .
*MAR: hay muchas cosas aquí .
*MAR: ha hecho muchas .
*MAR: ella tenía muy buenas manos para todo .

Ejemplo 102. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. El interlocutor clave se adapta al cambio brusco de tema provocado por la informante con DTA para mantener la coherencia discursiva.

Otra forma actuar frente a un cambio brusco de tema puede ser la que emplea el hijo de FGB en el siguiente fragmento de conversación. Padre e hijo están hablando de los dientes del primero, en concreto, de su dentadura postiza, y de que ya la ha pagado. En un momento dado, el participante con demencia interviene de manera totalmente incoherente (“la niña (.) el niño↑”) sin motivo conocido. El mecanismo empleado por el interlocutor clave en ese momento es el de recordarle explícitamente a su padre el tema que están tratando en ese instante con el objetivo de cancelar la digresión que se acaba de producir:

*HIJ: sí (.) que los tiene todos .
*FGB: todos .
*HIJ: pagados .
%gpx: (illustrator: kinetograph) close his hand and hits the table, gesture of paying with money .
*FGB: menos dos o tres .
*HIJ: o cuatro .
*FGB: no [/] no [/] no .

*HIJ: no [/] no ?
 *HIJ: bueno muy bien [/] muy bien .
 *FGB: la niña (.) el niño↑ .
 %gpx: (regulator: beat) .
 *HIJ: estamos hablando de dientes .
 *FGB: ah (.) dientes .
 %gpx: (illustrator: deictic) points at his mouth .
 *HIJ: sí (.) dientes .
 *FGB: es que yo con lo mejor que como es con los dientes .

Ejemplo 103. Grabación 26 FGB2. Nivel avanzado. El interlocutor clave reconduce el tema de conversación a partir de una mención explícita.

Una vez presentado este repaso por los principales tipos y razones por las que nuestros informantes cambian de tema, nos gustaría detenernos en uno de los fenómenos más característicos relacionados con la gestión temática de las personas con demencia: las perseveraciones. Como expresábamos más arriba, este es un fenómeno que tiene su origen en la pérdida de flexibilidad cognitiva asociada a la progresión de la enfermedad; es decir, en la incapacidad para cambiar de estado mental (conocida en inglés como *set shifting*), debida al déficit de la función ejecutiva. Se trata, en definitiva, de perseveraciones ideacionales que se manifiestan en el lenguaje de las personas con DTA a través de glosomanías, o sea, aquellos temas preferidos a los que recurren varias veces a lo largo de la conversación.

A la luz de los datos obtenidos en nuestras grabaciones, las perseveraciones se producen a partir de un estadio moderado de la demencia, si bien su aparición resulta muy heterogénea. Así, en nuestro corpus contamos tanto con casos de perseveraciones en las conversaciones con un hablante en un nivel intermedio de la DTA como con bastantes ejemplos de grabaciones en las que participa una persona en una fase avanzada de la demencia que no presenta estas glosomanías. De hecho, contabilizamos el mismo número de informantes con GDS 5 (MSS y DGD) y con GDS 6 (MMT1 y MMT2) que presentan perseveraciones ideacionales en sus intervenciones. Esta distribución de casos reafirma nuestras cautelas sobre dos puntos:

- en primer lugar, más allá de características comunes, el deterioro comunicativo asociado a la enfermedad de Alzheimer es diferente en cada persona, por lo que es relativamente frecuente que las alteraciones lingüísticas se manifiesten con distinta intensidad y en etapas diferentes;
- en segundo lugar, el instrumento utilizado para evaluar el deterioro cognitivo y, por tanto, el estadio de la demencia en nuestros informantes –

la *Global Deterioration Scale* de Reisberg *et al.* (1982)– podría no resultar una medida totalmente fiable para discriminar el grado de déficit comunicativo de una persona con alzhéimer, pues sus criterios de evaluación se basan en la observación de situaciones en las que no es necesario utilizar el lenguaje.

En cuanto a los contextos de aparición de estas perseveraciones, fundamentalmente, encontramos dos tipos:

- a) La perseveración comienza desde que el hablante toma el turno.
- b) Al principio del turno, el hablante continúa con el tema que se está tratando o responde, en parte, a una pregunta hasta que, en un momento dado, vuelve bruscamente a un tema anterior.

Obsérvese, por ejemplo, el siguiente fragmento de conversación con una informante en el estadio avanzado de la demencia. El marido de MMT está informando al investigador de que ese día no iban a desplazarse a un lugar al que solían acudir a menudo por varias razones, entre ellas, que el mercadillo que instalaban ese día creaba “mucho follón”. La informante con alzhéimer interrumpe a su marido de manera coherente, pues comienza su turno elogiando la belleza del mercadillo; sin embargo, rápidamente vuelve al tema de sus nietos, que ella introduce de manera recurrente y con expresiones muy similares a lo largo de toda la grabación:

```
*MAR: hoy no vamos porque hoy (.) bueno (.) primero que
      venías tú (.) y luego hay mercadillo .
*MAR: <y los días que hay mercadillo hay mucho follón (.)
      allí muchas cosas> [>] .
*MMT: <y el mercadillo es precioso> [<] .
*MMT: <xxx se van por allí (.) se van por allá> [<] .
%gpx: (illustrator: deictic) points to the left and to the
      right .
*MMT: pero (.) y yo le decía +"/.
*MMT: +" tú te callas (.) porque tú tienes que estar en el
      cole (.) hala !
```

Ejemplo 104. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. La hablante con demencia vuelve a un tema preferido a mitad de un turno.

Por último, aunque no es un fenómeno nada frecuente en las grabaciones de nuestro corpus –de hecho, el único ejemplo lo encontramos en la conversación con ALG–, nos parece oportuno reproducir aquí un caso de perseveración que no se deriva de la existencia de temas recurrentes o preferidos. En el siguiente fragmento de transcripción podemos leer que la hablante con alzhéimer dice que ha trabajado “en los

clavelitos” e, incluso, trata de explicar su cometido. Nada de esto es verdad, pues había sido ama de casa durante toda su vida. En realidad, el origen de esta confusión se sitúa en que varios turnos antes tanto la informante como el resto de los participantes habían estado cantando la canción de tuna “Clavelitos”, ya que era una de las piezas que practicaban los asistentes al centro de día de la AFAV en el taller de musicoterapia. No podemos asegurar la razón por la cual ALG cometió esta perseveración; en cualquier caso, es posible que la concentración requerida para recordar la letra de la canción provocase un estado mental que la hablante no pudo inhibir poco después:

```
*ALG:      porque [/-] porque él [/-] él trabaja y yo también .
*INV:      en qué trabaja usted ?
*ALG:      yo en [/-] en los clavelitos &*INV: uhhum .
%gpx:      (illustrator: deictic) points to the right .
*ALG:      sí (.) en los cla [/-] vender claveles y venden de
            todo y yo cojo y compro y [/] y [/] y entonces vendo
            también „ sabe ?
```

Ejemplo 105. Grabación 14 ALG. Nivel intermedio. Perseveración verbal no debida a glosomanía.

En resumen, el déficit en la gestión temática es una de las causas principales de incoherencia en el discurso de las personas con DTA. La secuencia de aparición de estas alteraciones sería, a grandes rasgos, la siguiente: al principio, se observa una menor introducción de temas nuevos, coincidiendo con la adopción de una postura receptiva en las conversaciones; posteriormente, se comprueba la creciente emisión de comentarios irrelevantes que atentan contra la coherencia del intercambio comunicativo; un paso más allá, los recurrentes cambios de tema conversacional de manera brusca hacen cada vez más difícil mantener una buena comunicación con las personas que padecen una demencia; finalmente, la aparición de glosomanías provoca que el hablante con alzhéimer vuelva continuamente al mismo tema, haciendo prácticamente imposible la comunicación sobre otro asunto. Del mismo modo, del análisis de nuestros datos se desprende que existe una evolución en los tipos de cambio temático hacia formas más incoherentes a medida que progresa el deterioro cognitivo.

18.2 La superestructura

Otra categoría básica de la pragmática textual y que, a su vez, puede derivarse de la metarregla de relación de Charolles (1978), es la superestructura textual. Este concepto, similar en algunos aspectos a la gramática de historias de base generativista (Stein y Glenn, 1979; Mandler, 1982), fue caracterizado por Van Dijk como:

“la ‘forma global’ de un discurso, que define la ordenación global del discurso y las relaciones (jerárquicas) de sus respectivos fragmentos. Tal superestructura, en muchos aspectos parecida a la ‘forma’ sintáctica de una oración, se describe en términos de ‘categorías’ y de ‘reglas de formación” (Van Dijk, 1978b: 53).

Las superestructuras son, por lo tanto, esquemas abstractos que se rellenan con unidades de contenido semántico. Además, desde la psicología cognitiva se ha vinculado esta noción con el concepto de *esquema cognitivo*; por lo tanto, podríamos afirmar que las superestructuras son esquemas mentales que el hablante utiliza para construir un discurso. Del mismo modo, el conocimiento de estas superestructuras es fundamental para poder comprender el sentido de un texto. Por este motivo, el déficit de organización textual podría situarse tanto en la producción como en la comprensión, aunque en los estudios clínicos predomina una investigación centrada en la primera.

Entre los tipos básicos de superestructura, el propio Van Dijk (1978b) incluye la narrativa y argumentativa, que más tarde Bruner (1993) asocia con los dos modos fundamentales de procesamiento cognitivo. De ellas, la narración ha sido, indudablemente, la clase de superestructura que ha suscitado un mayor interés en el ámbito del déficit lingüístico. Así, las tareas de renarración de historias (a partir de viñetas de cómic, por ejemplo) constituyen una de las pruebas más utilizadas para analizar las alteraciones textuales de determinados grupos de población que sufren una patología del lenguaje.

En su estudio pragmático de la afasia, Moreno Campos (2010) descubre que las categorías básicas de las superestructuras textuales están presentes en el discurso de los hablantes afásicos, por lo que no podríamos considerar la existencia de un déficit pragmático de coherencia textual en estos sujetos; en todo caso, esta autora describe una densidad narrativa menor en los textos de los afásicos que participaron en su estudio. Por otra parte, los discursos de los hablantes con una lesión en el hemisferio derecho también parecen conservar las categorías narrativas básicas, aunque presentan una menor informatividad y ciertos fallos en la ordenación de acontecimientos (Marini *et al.*, 2005; Fernández Urquiza, 2013). En el caso de los afectados por un trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, Gallardo Paúls (2009a) no detecta diferencias muy evidentes entre las narraciones de niños con TDAH y las de los niños del grupo

control, más allá de que en los textos del primer grupo el objetivo de las narraciones no está claro ni existe una secuenciación lógica de los acontecimientos.

Centrándonos ya en el ámbito de la demencia de tipo alzhéimer, son numerosos los trabajos que han investigado las alteraciones discursivas causadas por fallos en la organización de las ideas. Ripich y Terrell (1988) atribuyen a un posible déficit de teoría de la mente los errores de coherencia que muestran las personas con alzhéimer: al no ser conscientes de las necesidades del interlocutor y de la información que no conoce, los hablantes con demencia omitirían categorías textuales y los nexos de unión entre ellas. Por su parte, Ulatowska *et al.* (1988), en un estudio en el que comparaban las habilidades comunicativas de sujetos con alzhéimer y afásicos, muestran las diferencias de actuación que se observan en ambos grupos de hablantes entre el nivel oracional y el discursivo. Según estos autores, los hablantes con DTA, aun siendo capaces de producir oraciones sintácticamente correctas, no consiguen planificar las secuencias de un evento en términos narrativos, por lo que desarrollan narraciones desorganizadas e incoherentes. En un trabajo posterior, Ulatowska y Chapman (1991) indican que la mayoría de los componentes esenciales de una historia estaban presentes en el discurso de las personas con alzhéimer, por lo que las digresiones que aparecen en ellos debían ser el resultado de problemas con la memoria, la atención o la monitorización de su discurso.

Además de las entrevistas y las conversaciones, la narración de cuentos ampliamente conocidos por todos o de eventos autobiográficos ha sido otra de las fórmulas que se han empleado desde algunas perspectivas de estudio para analizar las superestructuras textuales en el discurso de las personas con alzhéimer. Así lo hicieron Ska y Guénard (1993), a través de la producción del cuento tradicional de Caperucita Roja y del relato de situaciones de la vida diaria, descubriendo un marcado trastorno en la organización y el recuerdo de eventos.

Los mismos métodos fueron utilizados por Labos (2003) en su tesis sobre las alteraciones lingüísticas en la enfermedad de Alzhéimer. En esta investigación, la autora lleva a cabo un estudio transversal (con informantes en las tres etapas de la demencia) y otro de tipo longitudinal (con una diferencia entre uno y tres años entre las dos pruebas). En un primer nivel de análisis, Labos comprueba que los hablantes con demencia muestran menos dificultades en la producción del relato personal que en la narración del cuento. Este resultado podría interpretarse en términos de la dificultad de cada una de las narraciones; en este sentido, contar una historia sobre la vida de uno mismo resulta

más sencillo que reproducir un cuento, pues la distancia con los hechos narrados y la actividad cognitiva requerida son menores. De hecho, Labos afirma que los sujetos con alzhéimer acaban sustituyendo algunos aspectos de la historia de ficción por otros que tienen que ver con su propia vida, lo que implicaría una vuelta a un tipo de narración más primitivo o “natural” (Van Dijk, 1978a) y un reflejo de la creciente dificultad que experimentan las personas con DTA para hablar de algo fuera del contexto que les rodea.

Antes de llegar a este punto, según los datos recogidos en este trabajo, los hablantes con alzhéimer demuestran evidentes problemas para expresar el conflicto y establecer relaciones de causa y efecto. En un segundo momento se observan errores en la secuenciación de los acontecimientos y, finalmente, muchas de las características que conforman la superestructura narrativa desaparecen.

También Ramanathan (1995, 1997) investigó las habilidades narrativas de los hablantes con DTA a partir de la obtención de sus historias de vida mediante conversaciones guiadas. Uno de los aspectos más interesantes de estos trabajos, sin embargo, es su enfoque interaccional, en tanto que la autora parte de la consideración de que la actuación del oyente es fundamental para facilitar o impedir el proceso de acceso a los recuerdos y para construir una narración bien formada¹³². A este respecto, en el segundo de los estudios señalados (Ramanathan, 1997), la investigadora hace un pormenorizado análisis de los mecanismos comunicativos –empleados tanto por ella como por su informante con demencia– que resultaron favorables o perjudiciales para el desarrollo de las narraciones. El alcance de nuestro estudio no nos permite entrar en mayor detalle, aunque recomendamos su lectura para obtener un conocimiento más profundo.

Por último, algunos estudios más recientes parten de la hipótesis de que el deterioro de las capacidades discursivas sería una posible medida para detectar la enfermedad de Alzheimer en una etapa muy inicial de la demencia. Por ejemplo, Chapman *et al.* (2002) compararon la capacidad para recordar detalles e información general de una historia (habilidad para resumir una historia y detectar su idea principal) que presentaban personas con un estadio inicial de DTA, sujetos con deterioro cognitivo

¹³² Ramanathan (1997: 6-7) rechaza utilizar el término *coherence* a causa del debate académico existente sobre su significado; en cambio, prefiere emplear *wellformedness* e *illformedness* para indicar el grado en que las intervenciones de las personas con alzhéimer son extensas y significativas.

leve (DCL) y un grupo control. Los resultados del análisis señalaron que tanto los enfermos de alzhéimer como las personas con deterioro cognitivo leve mostraban fallos en el recuerdo de detalles de la historia, algo que no debería sorprendernos dados los problemas de memoria episódica característicos del DCL. En un nivel más general, en cuanto a la habilidad para extraer los datos fundamentales de un texto, la actuación de las personas con alzhéimer presentaba un deterioro mucho mayor que el del resto de participantes, pues aquella requiere una mayor capacidad inferencial.

Por nuestra parte, desgranaremos los resultados del análisis de las superestructuras textuales en apartados posteriores, como un aspecto más del estudio del déficit comunicativo según el tipo de relación lingüística afectada. A modo de pincelada introductoria, podemos adelantar que las alteraciones que repercuten en la organización de las categorías textuales y la forma del discurso son, principalmente, aquellas que se refieren a la omisión o a la sustitución de alguna categoría fundamental para entender el contenido del mensaje. En cualquier caso, es necesario tener en cuenta que las narraciones –como tipo de superestructura textual más presente en las grabaciones de nuestro corpus– que rescatamos de las conversaciones transcritas relatan, normalmente, episodios de la vida de los informantes con demencia de cuya exactitud no podemos estar seguros más allá de las reacciones del interlocutor clave. Así, a falta de una confirmación explícita por parte de los familiares, marcaremos como déficit aquellos casos en los que se detecte de manera clara una alteración de sustitución o de omisión de categorías textuales básicas para la coherencia del discurso.

19. Cohesión

Señalábamos al comienzo del apartado §18 que las dos propiedades fundamentales de un texto son la coherencia y la cohesión. Ambas van de la mano a la hora de dotar a un discurso de lo necesario para que sea considerado texto, pero cuentan con ámbitos de actuación y mecanismos diferentes. Así, la coherencia actúa sobre la estructura profunda del texto, mientras que la cohesión lo hace sobre su estructura superficial. En cualquier caso, la cohesión también se deriva de la primera metarregla de coherencia de Charolles (1978), la *metarregla de repetición*: “Para que un texto sea coherente, es necesario que su desarrollo lineal incluya elementos de recurrencia estricta”.

De acuerdo con la definición de Herrero, la cohesión es “el conjunto de mecanismos lingüísticos de los que un texto se sirve para asegurar la conexión explícita entre sus partes” (Herrero, 2005: 306). Estos mecanismos fueron descritos por Halliday y Hasan (1976), Bernárdez (1982) y Adam (1990), entre otros; básicamente, son de dos tipos: las cadenas correferenciales y los conectores. En concreto, las cadenas correferenciales vinculan una referencia del texto con todas sus apariciones posteriores a través de designaciones léxicas alternativas (correferencia léxica), como la sinonimia y la hiperonimia, o de técnicas gramaticales (correferencia gramatical), como la deíxis y las proformas.

Los problemas de cohesión están profundamente relacionados con la infradeterminación sintáctica característica del lenguaje de los afásicos (Hernández Sacristán, 2006; Moreno Campos, 2010). Gallardo (2007), por su parte, describe para los hablantes con síndrome de Williams una conducta conversacional basada en una sucesión de monólogos, es decir, intervenciones que no suelen hacer referencia a las intervenciones precedentes, lo que conduce a una sensación de falta de cohesión textual.

En el caso de los hablantes con DTA, Ripich y Terrell (1988) demostraron que la cohesión estaba mucho más alterada en las intervenciones de este grupo que en las de los ancianos sin déficit cognitivo. La causa de esta merma en la cohesión radicaría, tal y como señalan otros trabajos (Hamilton, 1994; March *et al.*, 2006), en el abuso de proformas léxicas y de pronombres sin que su referencia se haya explicitado anteriormente o porque esta es ambigua. Desde el punto de vista del deterioro cognitivo, parece claro que los problemas de memoria son los responsables de este déficit de cohesión, ya sea porque la cantidad de información transmitida en una intervención

excede la capacidad de la memoria de trabajo de los hablantes con alzhéimer o porque no consiguen recuperar la información semántica o episódica de la memoria a largo plazo.

En Pérez Mantero (2015a) hicimos una primera aproximación al estudio de los problemas de cohesión en las conversaciones recogidas en nuestro corpus. Para ello, tomamos una muestra de nueve grabaciones y analizamos si la referencia de los pronombres emitidos por las personas con DTA era deducible a partir del contexto o si, por el contrario, la referencia era inexistente o demasiado ambigua como para que el pronombre cumpliera su función de sustituto.

Nivel de la DTA	Pronombres con referencia	Pronombres sin referencia
Inicial	75%	25%
Intermedio	61%	39%
Avanzado	35%	65%

Tabla 26: *Porcentaje de pronombres con y sin referencia deducible a partir del contexto conversacional, según el nivel de la demencia.*

Los resultados de este análisis reflejaron una distribución de pronombres con y sin referencia clara muy en consonancia con el creciente deterioro cognitivo que se produce a lo largo de la enfermedad. Así, en las grabaciones de la etapa inicial podemos conocer hasta en un 75% de ocasiones a qué sustituye un pronombre; en cambio, en las conversaciones con una persona en un estadio avanzado del alzhéimer, observamos que, de media, formulaban un 65% de pronombres cuyo antecedente no puede extraerse del contexto conversacional. Téngase en cuenta hasta qué punto imposibilita esto una buena comunicación entre los participantes de la conversación. Por ejemplo, en el siguiente fragmento de grabación nos encontramos ante dos momentos consecutivos en los que la informante con DTA utiliza un pronombre demostrativo neutro (“eso”) cuya falta de antecedente en las intervenciones previas provoca que no consigamos saber qué quería transmitir:

*MMT: porque si no la yaya .
%gpx: (emblem) gesture of hitting .
*MMT: pero si no (.) si **eso** fue mentira (.) **eso** está bien .
*MMT: <si los niños tienen> [>] +/.
*MAR: <y eso (.) decía> [<] +"/.
*MAR: +" <tengo que comer> [<] .
*MMT: +, que estar en el cole todos los días (.) claro .

Ejemplo 106. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. La dificultad para averiguar la referencia de los pronombres emitidos por la hablante con demencia imposibilita entender el contenido de su intervención.

20. El déficit textual según el tipo de relación lingüística afectado

A continuación, de acuerdo con la visión perceptiva del fenómeno lingüístico que estamos utilizando en esta investigación, presentaremos lo que constituye el cuerpo central del capítulo de pragmática textual: la clasificación del déficit verbal según el tipo de relación lingüística que se ve afectado de manera predominante. Para llegar a este punto debemos partir de la lingüística perceptiva de López García (1989) y de su consideración sobre la existencia de cuatro niveles lingüísticos determinados por el realce perceptivo de las diferentes dimensiones del lenguaje: significados (nivel de recepción), funciones (nivel de concordancia), formas (nivel de orden) y uso (nivel de énfasis).

Esta organización de los niveles del lenguaje sirve a Gallardo Paúls (2007; 2009c; Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013) para determinar cuatro tipos de déficits lingüísticos según la relación que se establece entre dos unidades: recepción, concordancia, orden e integración. Como sabemos, existen diversos antecedentes que han tratado de investigar el déficit comunicativo a partir de planteamientos puramente lingüísticos y, en concreto, de relaciones entre unidades: así, los ejes sintagmático y paradigmático (Jakobson, 1963), y las relaciones de selección/combinación, secuencia/concurrencia y simultaneidad/contigüidad (Lesser, 1978).

A menudo, cuando procedemos a analizar lingüísticamente un texto, caemos en fragmentar el hecho lingüístico en componentes cerrados sin tener demasiado en cuenta que este es un comportamiento artificial, pues ningún hablante produce enunciados únicamente fonéticos o semánticos, sino que cada intervención comprende de manera simultánea procesos fonéticos, morfosintácticos, semánticos y pragmáticos. Este recurso metodológico puede ser útil, no obstante, si somos conscientes de que al estudiar un aspecto concreto del lenguaje lo que hacemos es focalizar ese aspecto por referencia al fondo que constituye el contexto comunicativo. En nuestro caso, tomaremos como punto de partida del análisis textual la relación funcional que se establece entre los elementos lingüísticos, pues:

“La ventaja de este tipo de clasificación frente al criterio semiótico o por niveles es su alcance descriptivo, ya que se trata de una clasificación aplicable a todas las categorías del lenguaje en todos los componentes de la descripción lingüística. Por tanto, nos permite describir cualquier muestra de lengua de

manera global, dotando de coherencia interna a dicha descripción” (Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013: 81).

Obviamente, podríamos pensar que existen asociaciones prototípicas entre cada tipo de déficit y un componente gramatical determinado. Así, adelantándonos al contenido de los próximos apartados, sería factible identificar el déficit de rección con la sintaxis, el déficit de concordancia con la morfología, el déficit de orden con la fonología o el déficit de integración con la semántica. No obstante, todos los tipos de déficit lingüístico pueden afectar a cualquiera de los componentes gramaticales, como han demostrado Gallardo Paúls (2007; 2009c) y Moreno Campos (2010) para el caso de la afasia. De estos trabajos se desprende que los dos principales tipos de déficit observables en las intervenciones de los afásicos son los de rección y de concordancia, con mucha diferencia a favor del primero. En un nivel más detallado, de acuerdo con lo que cabría esperar según las alteraciones lingüísticas que se repiten frecuentemente en la bibliografía, los afásicos fluentes presentan una mayor proporción de errores de concordancia, mientras que los afásicos no fluentes muestran más fallos de tipo rectivo.

Por lo que respecta a nuestra investigación, en la presentación de los resultados mencionaremos únicamente aquellas categorías de análisis que han aparecido en, al menos, una ocasión a lo largo de las grabaciones en las que participa una persona con alzhéimer; esto es, de todas las posibles categorías de análisis que podrían establecerse al conjugar los tipos de déficit con el componente gramatical afectado, solo atenderemos a las que hemos apreciado en nuestro análisis, al margen de lo que sea característico de otros hablantes con demencia o de personas con otro tipo de patología del lenguaje.

20.1 El déficit de rección

La rección es una relación entre dos unidades lingüísticas caracterizada por que la presencia de una de ellas (unidad regente) supone la aparición obligatoria de la otra (unidad regida), sin que este control o dependencia se manifieste en una huella formal en la cadena significativa ni se haga evidente la causa por la que existe tal relación rectiva. De acuerdo con Gallardo Paúls, consideramos que existe un déficit de rección cuando se rompe esta relación de necesaria coexistencia, es decir, “en los casos de omisión o sustitución de las unidades regentes o regidas, con independencia del

componente lingüístico en que aparezca esa omisión/sustitución” (Gallardo Paúls, 2009c: 334). Del mismo modo, la adición –contra las normas gramaticales– de un fonema o de un morfema también se consideraría un déficit de rección. A continuación, detallaremos los déficits de rección que hemos detectado en el análisis de nuestro corpus, apoyándonos en los distintos componentes gramaticales que se ven afectados en cada caso.

20.1.1 Categorías de análisis del déficit de rección

En el nivel **fonológico**, la rección se sitúa entre los fonemas que componen la sílaba, ya que el elemento vocálico resulta imprescindible como soporte para las consonantes; por este motivo, la vocal se configura como unidad regente y las consonantes como unidad regida. Los déficits de rección en el componente fonológico suelen venir provocados por la omisión o la sustitución de un elemento que debería aparecer en la cadena fonética. En el contexto silábico, numerosos estudios que han analizado las capacidades lingüísticas de los afásicos han detectado mayores problemas en la producción de grupos consonánticos en pruebas de repetición (Lesser, 1978: 200) y en la escritura de palabras con estructuras consonánticas complejas, sobre todo, en hablantes con disgrafía profunda (Cuetos Vega, 1998: 101). En el caso de la demencia de tipo alzhéimer, son pocos los trabajos que han señalado dificultades en la articulación y la aparición de parafasias fonológicas tanto en pruebas de repetición de palabras y pseudopalabras (Glosser *et al.*, 1997) como en otro tipo de tareas de denominación o de lectura (Croot *et al.* 2000).

A la luz del análisis de los datos conversacionales recogidos en nuestro corpus, hemos etiquetado tres tipos de déficit de rección que afecta al componente fonológico:

- SUSTITUCIÓN FONOLÓGICA (%xtpr: \$Gov PhoSubs): es decir, la aparición de un fonema en lugar del que corresponde en ese lugar. Como comentaremos en el apartado dedicado a los resultados del análisis de la pragmática textual, en el caso de nuestros informantes no apreciamos ningún patrón en los errores de tipo sustitutorio (por ejemplo, la sonorización de las oclusivas sordas), sino que más bien se trata de casos aislados.
- OMISIÓN FONOLÓGICA (%xtpr: \$Gov PhoOm): obviamente, no hemos codificado como error de omisión fonológica las elisiones de fonemas que

se producen en el habla coloquial (contracciones como “p(ara) allá” o la pérdida del elemento consonántico de los participios “canta(d)o”).

- **ADICIÓN FONOLÓGICA** (%xtpr: \$Gov PhoAdd): etiquetamos como adición fonológica la epéntesis, pero no la intrusión de fonemas debida a vulgarismos.

En el ámbito de la **morfología**, el déficit lingüístico puede manifestarse en la pérdida o la sustitución de una unidad regente (por ejemplo, las preposiciones) o de una unidad regida (ya sean morfemas ligados al sustantivo, como el artículo o los morfemas de género y número, o morfemas ligados al verbo, como las desinencias de persona, modo, tiempo y aspecto). Este déficit se hace especialmente evidente en los sujetos afásicos que padecen infradeterminación sintáctica (Grodzinsky, 1984; Janssen y Penke, 2002). En otros casos, asistimos no solo a la desaparición de un morfema gramatical, sino también a la del lexema; así, debido a la anomia, en las intervenciones de los hablantes con demencia es muy frecuente detectar la ausencia de sustantivos o verbos necesarios para completar el sentido del enunciado.

En definitiva, de acuerdo con los datos utilizados en nuestra investigación, hemos decidido emplear cuatro categorías de análisis para describir el déficit de recepción que afecta al componente morfológico:

- **OMISIÓN DE MORFEMA** (%xtpr: \$Gov MorOm): incluimos dentro de esta categoría todos los casos en los que se observa un déficit lingüístico consistente en la omisión de un morfema involucrado en una relación reactiva. En el caso de las formas verbales, por ejemplo, la utilización de la tercera persona de presente de manera incorrecta en lugar de la forma adecuada es el resultado de la omisión de los morfemas derivativos. Dado que de nuestro análisis de las intervenciones de los hablantes con DTA se evidencia la poca pertinencia de la distinción entre morfemas libres y morfemas ligados, no practicaremos dicha diferenciación.
- **SUSTITUCIÓN DE MORFEMA** (%xtpr: \$Gov MorSubs): consideramos dentro de esta categoría la sustitución de los elementos morfemáticos que se omitían en la categoría anterior. Así, etiquetaremos de esta forma

alteraciones como la utilización de una preposición incorrecta¹³³, pero no los casos de discordancia entre el género o el número de un artículo y el del sustantivo al que acompaña, pues esta no es una relación rectiva, sino de concordancia.

- OMISIÓN DE VERBO (%xtpr: \$Gov MorOmV): tanto este tipo de déficit lingüístico como la “omisión de un sustantivo” son una consecuencia directa de la anomia que cursa con el alzhéimer desde sus primeras etapas. Del mismo modo que otros autores han investigado si esta anomia se hace más evidente frente a nombres abstractos, inanimados o de uso menos frecuente (Shuttleworth y Huber, 1988; Tippett *et al.*, 1996), en nuestro caso, hemos querido diferenciar entre verbos y sustantivos con el propósito de averiguar si de las intervenciones de nuestros informantes se podría extraer un sesgo hacia una mayor incapacidad para recuperar un tipo u otro de término¹³⁴.
- OMISIÓN DE SUSTANTIVO (%xtrp: \$Gov MorOmS): tal y como ocurre para identificar un déficit de “omisión de verbo”, la categoría “omisión de sustantivo” hace referencia a la elisión de un término que no comporta la desaparición de un sintagma por completo. Se trataría, por lo tanto, de casos como “Ayer cenamos con Pepe y...”. Cuando la anomia afecta al sintagma en su totalidad nos encontraríamos ante un déficit rectivo de tipo sintáctico. En ambas situaciones, el déficit de recepción por omisión de una unidad se manifiesta, frecuentemente, a través de la pronunciación alargada del término inmediatamente anterior y de una entonación suspendida.

Como acabamos de apuntar, es en el ámbito **sintáctico** donde encontramos la relación rectiva por excelencia: la actancialidad; esto es, la relación que vincula al verbo con sus argumentos o actantes. En este sentido, la casuística es variada: por un lado,

¹³³ Tendremos en cuenta para ello que la sustitución no se deba, en ningún caso, a un uso vacilante de una construcción de suplemento o a un vulgarismo conocido por los hablantes.

¹³⁴ Bucks *et al.* (2000), por ejemplo, realizaron un estudio de tipo conversacional del que se desprende que los hablantes con alzhéimer producen un porcentaje significativamente inferior de nombres que el grupo control, siendo similar el porcentaje de verbos.

cada verbo rige un número específico de actantes (lo que se conoce como valencia verbal), aunque algunos, los circunstantes, no son imprescindibles en la estructura oracional; por otro lado, algunos verbos requieren la presencia de un complemento de régimen; finalmente, también existe una relación reactiva entre algunas oraciones (subordinadas) que dependen de otras (principales).

En su análisis sobre el déficit comunicativo en afasia, Moreno Campos (2010) distinguió un déficit reactivo de primer orden, que hacía referencia a un actante o sintagma obligatorio, y un déficit reactivo de segundo orden, cuando la omisión afectaba a un circunstante. En nuestro caso, de acuerdo con nuestro análisis de los datos conversacionales, decidimos considerar los siguientes tipos de déficit:

- **OMISIÓN DE SUJETO** (%xtrp: \$Gov SyntOmSubj): en lenguas como el castellano y el catalán, la expresión del sujeto no requiere de manera obligatoria la presencia de un pronombre o de un sintagma nominal, sino que en muchas ocasiones es suficiente con los morfemas de persona incluidos en la forma verbal. No obstante, el déficit cognitivo asociado al Alzheimer (especialmente, la alteración de la memoria de trabajo y de la capacidad intersubjetiva) puede provocar que el hablante con DTA no tenga en cuenta las necesidades informativas de su interlocutor o la ambigüedad referencial de una forma verbal y que, por lo tanto, omita la expresión sintagmática del sujeto en aquellos casos en los que es imprescindible. Es en este tipo de situación en el que hemos señalado un déficit reactivo por omisión de sujeto.
- **OMISIÓN DE OBJETO** (%xtrp: \$Gov SyntOmObj): el déficit de acceso léxico es el principal responsable de que en los enunciados emitidos por los sujetos con demencia pueda faltar el objeto que requieren los verbos transitivos. Como puede imaginarse, la anomia afecta en mayor medida a la omisión de un sustantivo que a la del sintagma completo, por lo que, como comprobaremos la parte dedicada a la presentación de los resultados, el déficit reactivo por omisión de sustantivo es muy superior en número al déficit reactivo por omisión de objeto.
- **OMISIÓN DE PROPOSICIÓN COMPLETA** (%xtrp: \$Gov SyntOmProp): hemos establecido esta categoría de análisis para identificar los déficits de rección sintáctica que consisten en la omisión de una oración subordinada

o que afectan a varios actantes de un verbo. En el caso de que la unidad omitida sea una oración subordinada, lo habitual es que el enunciado termine con el nexos que introduciría dicha oración acompañado de una entonación suspendida.

Por su parte, en el componente **semántico** los déficits reactivos se manifiestan, básicamente, a través de sustituciones. Como sabemos, una de las características fundamentales de los hablantes con afasia fluente es que construyen intervenciones correctas desde el punto de vista de la sintaxis, pero cometen fallos a la hora de seleccionar los elementos léxicos adecuados, por lo que su discurso se hace ininteligible para el resto de los interlocutores. En casos de extrema gravedad, estas parafasias pueden ser tan frecuentes que den lugar a una jergafasia.

Por otro lado, si nos centramos en la actuación de las personas con DTA, los déficits de recepción en el ámbito semántico parecen provenir de su anomia y de los diversos mecanismos que utilizan para superar esta dificultad. De este modo, hemos identificado los siguientes déficits:

- **PARAFASIA** (%xtpr: \$Gov SemSubs): además de los circunloquios, las preguntas de denominación o la omisión de términos lingüísticos, la sustitución de la palabra deseada por otra semánticamente relacionada con ella (*parafasia semántica*) o no (*parafasia verbal*) es una de las soluciones comúnmente empleadas por los hablantes con demencia en los casos en los que no consiguen recuperar una palabra.
- **PROFORMAS SIN REFERENTE CLARO** (%xtpr: \$Gov SemSubsProf): si bien podría suceder que el déficit de recepción ocasionara la pérdida de rasgos semánticos de un término hasta el punto en que este se convirtiese en una proforma léxica, no hemos encontrado este tipo de alteración lingüística en nuestro corpus de conversaciones. Por el contrario, con esta etiqueta nos referimos al uso, principalmente, de pronombres cuyo antecedente no se menciona o es sumamente ambiguo. El abuso de este tipo de proformas puede ocasionar un déficit informativo y de cohesión, pues el contenido transmitido en las intervenciones resultaría poco preciso y el oyente tendría serias dificultades para encontrar una relación entre las distintas partes del discurso.

Por último, el déficit de recepción también puede afectar a ciertas categorías **pragmáticas** que ya hemos mencionado con anterioridad en el apartado dedicado a la pragmática interactiva. En este sentido, los ámbitos en los que se observan con mayor claridad las relaciones rectivas son la predictibilidad que se establece entre dos turnos contiguos y el encadenamiento de categorías textuales que configuran una narración. Por este motivo, hemos considerado en nuestro análisis el estudio de las siguientes categorías:

- **OMISIÓN DE INTERVENCIÓN PREDICHA** (%xtpr: \$Gov PraOmTurn): una de las principales razones por las que las conversaciones en las que participa una persona con demencia se perciben faltas de coherencia radica en el considerable número de veces que estos hablantes no responden a una pregunta formulada por su interlocutor y, en su lugar, producen una digresión o un cambio de tema; es decir, se trata de casos en los que el sujeto con alzhéimer no cierra un intercambio mediante una intervención predicha por la intervención de su interlocutor.
- **OMISIÓN DE CATEGORÍA TEXTUAL** (%xtpr: \$Gov PraOmCat): a lo largo de las grabaciones aparecen bastantes secuencias de historia en las que los informantes con demencia, con la ayuda de sus interlocutores clave, narran sucesos autobiográficos. El déficit de memoria episódica puede provocar que los hablantes con DTA olviden ciertos sucesos o detalles espaciotemporales imprescindibles para el desarrollo de la historia. En cualquier caso, solo hemos etiquetado como déficit por “omisión de categoría textual” los fragmentos en los que esta ausencia era muy evidente o en los que los propios familiares hacían notar al informante su olvido; dado que no conocemos muchos de los episodios de la vida de la persona con alzhéimer, no resulta sencillo determinar la omisión de una categoría textual.
- **SUSTITUCIÓN DE CATEGORÍA TEXTUAL** (%xtpr: \$Gov PraSubsCat): lo mismo sucede en los casos en los que en lugar de omitir una categoría, el hablante con DTA la sustituye por otra inadecuada. A medida que avanza el deterioro cognitivo se van produciendo más confusiones entre distintos acontecimientos biográficos, algo que afecta a las superestructuras textuales y ocasiona una sensación de incoherencia en el resto de los

hablantes. Cuando surgen déficits de este tipo, a diferencia de lo que sucede con la “omisión de categoría textual”, los interlocutores clave suelen señalar la existencia de un fallo de memoria.

20.2 El déficit de concordancia

Entre dos elementos lingüísticos se da una relación de concordancia cuando ambos manifiestan una igualdad de determinados rasgos formales. Aunque este tipo de relación lingüística se corresponde fundamentalmente con una categoría morfológica, lo cierto es que también se hace presente en otros componentes del lenguaje. Como afirma Gallardo Paúls (2009c: 339), a diferencia de la relación rectiva, en la que la dependencia de una unidad frente a otra no se percibe formalmente, la concordancia deja huellas formales de esa relación funcional en los términos relacionados. Por lo tanto, diremos que existe un déficit de concordancia en los casos en los que se observen discordancias formales entre unidades lingüísticas, con independencia del nivel gramatical en que estas se produzcan.

A continuación, desgranaremos las diversas categorías de análisis del déficit de concordancia que hemos empleado en nuestro estudio, de acuerdo con el componente lingüístico que se ve afectado.

20.2.1 Categorías de análisis del déficit de concordancia

En **fonología**, la concordancia se produce a partir de ciertos entornos distribucionales que provocan la aparición de un alófono determinado; por ejemplo, una oclusiva sonora entre dos vocales tiende a convertirse en aproximante. El déficit de concordancia en fonología se manifiesta, por lo tanto, a través de parafasias fonológicas que pueden ser de diverso tipo, pero que, fundamentalmente, surgen por la asimilación no normativa de rasgos distintivos de un fonema próximo en la cadena significativa. No obstante, aunque es un fenómeno descrito para la afasia motora en pruebas de repetición de palabras (Lesser, 1978: 204), no se observa en el análisis conversacional (Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013: 89) ni en nuestro corpus de conversaciones con personas con alzhéimer.

En el ámbito de la **morfología**, este déficit provoca una discordancia entre los morfemas de dos elementos de distinta categoría. En concreto, dentro del alcance del sintagma nominal, la concordancia se produce entre los morfemas de género y de número. A este respecto, antes de presentar las categorías de análisis que hemos

seleccionado en este apartado, debemos resaltar que no hemos detectado en nuestro corpus casos de discordancias de número en las intervenciones de los hablantes con demencia. En algunas grabaciones, no obstante, se aprecian hipercorrecciones causadas, probablemente, por la variedad dialectal andaluza de varios de los informantes. En cualquier caso, no se trata de un déficit provocado por el deterioro comunicativo asociado al alzhéimer, por lo que no consideramos la existencia de discordancias de número. De este modo, los déficits de concordancia morfológica presentes en nuestro corpus son los que siguen:

- **DISCORDANCIA DE GÉNERO** (%xtpr: \$Agr MorGen): dentro del sintagma nominal, las discordancias de género pueden producirse entre el artículo y el sustantivo o entre este último y el adjetivo. Este mismo déficit en las emisiones de un hablante con afasia sería un ejemplo de agramatismo, pero, dadas las alteraciones cognitivas presentes en la demencia de tipo alzhéimer, consideramos que estas discordancias de género provendrían de un déficit de atención o de la poca capacidad de la memoria de trabajo.
- **DISCORDANCIA DE DEÍCTICO DE PERSONA** (%xtpr: \$Agr MorDei): hemos decidido llamar así a los pocos casos observados en los que se produce un fallo de concordancia entre un deíctico de persona (en concreto, determinantes posesivos y pronombres personales) y la persona a la que se refiere. Frecuentemente, el error parece deberse a una incapacidad para inhibir el uso repetido de un deíctico tras ser emitido por otro hablante; es decir, algunos informantes no consiguen cambiar el centro deíctico y utilizan un morfema de segunda persona en lugar de uno de primera persona para referirse a ellos mismos.

Además, el déficit de concordancia puede tener un alcance **sintáctico** si el error supera el ámbito del sintagma y afecta a la oración. En este sentido, en el habla coloquial se suceden los casos de concordancias *ad sensum* que en realidad son discordancias sintácticas, aunque estén comúnmente aceptadas. En nuestro análisis de los datos conversacionales hemos descubierto el siguiente déficit que afecta a la sintaxis:

- **DISCORDANCIA SUJETO-VERBO** (%xtrp: \$Agr SyntSV): con esta denominación hemos etiquetado aquellos déficits que, no tratándose de concordancias *ad sensum*, suponen una discordancia entre el sujeto y el verbo de una oración.

En cuanto al componente **semántico**, no resulta sencillo detectar huellas formales de una relación de concordancia entre diversos elementos del discurso. Uno de los ámbitos en los que podría darse un déficit de concordancia tendría que ver con la antonimia de ciertos pares de verbos (“tirar” / “empujar”, “traer” / “llevar”), en los que sí cabría establecer una similitud de rasgos semánticos presentes o ausentes, y el uso incorrecto de los mismos, como afirman algunos autores al respecto de la afasia motora (Breedin y Martin, 1996). En cambio, por lo que concierne a nuestro estudio, hemos establecido una única categoría de análisis centrada en el déficit de gestión temática:

- **RUPTURA TEMÁTICA** (%xtpr: \$Agr SemTop): consideramos como tal todos los casos en los que el hablante con DTA rompe el hilo discursivo a partir de la introducción brusca de un nuevo tema. La inclusión de este déficit como un tipo de discordancia semántica se debe a que cuando se produce un cambio brusco de tema la similitud de rasgos semánticos entre ciertos términos que desarrollan un mismo tema se ve truncada; obviamente, nos situamos en el ámbito de la semántica oracional, integrada por elementos de semántica léxica.

Finalmente, en el nivel **pragmático** también se puede distinguir una relación de concordancia en los pares adyacentes, en la medida en que todo turno predicho (respuestas, aceptaciones, negativas, etc.) muestra huellas sintácticas o semánticas que lo unen con el turno anterior. El déficit de concordancia pragmática se daría, por lo tanto, en los casos en los que el turno predicho prescinde de estos elementos que lo conectan con el turno anterior. Así, hemos utilizado la siguiente categoría para analizar este tipo de déficit:

- **SUSTITUCIÓN DE INTERVENCIÓN ESPERABLE** (%xtrp:\$Agr PraSubsTurn): recogemos dentro de este encabezado tanto los ejemplos de incomprensión de sentidos figurados o indirectos (responder “sí” a la pregunta “¿tienes hora?”) como todos los casos en los que la respuesta del informante con

demencia no guarda una relación sintáctica o de significado con la pregunta formulada por el participante sin alzhéimer. A este respecto, parecería que el hablante con DTA no ha comprendido la intervención anterior o que no ha prestado atención a las palabras de su interlocutor.

20.3 El déficit de orden

La linealidad es una característica propia del signo lingüístico, por lo que es aplicable a todos los componentes del lenguaje. Asimismo, al tratarse de un fenómeno intraindiomático, cada lengua muestra una preferencia por un orden no marcado, con una mayor o menor tolerancia hacia otras formas de orden. Por ejemplo, el español privilegia una estructura del tipo SVO, por lo que respecta al orden de palabras en una oración, y la posición antepuesta de los artículos y las preposiciones; sin embargo, mientras que al orden sintáctico se le permite cierta flexibilidad, el orden de aparición de los morfemas gramaticales es fijo. Con esto queremos expresar que en el ámbito clínico consideraremos la existencia de un déficit de orden en los casos en los que un hablante transgreda el orden no marcado, de manera que esta alteración afecte a la inteligibilidad del discurso.

20.3.1 Categorías de análisis del déficit de orden

Evidentemente, en el componente **fonológico** el déficit de orden se manifiesta a partir de la trasposición de los fonemas; es decir, cuando se produce una alteración en la estructura silábica por el fenómeno de la metátesis. En la historia de cada lengua, la metátesis ha participado en procesos de gramaticalización y, aún hoy, se observa en ciertos usos vulgares (“cocreta”, “Grabiel”). Dejando de lado estas consideraciones, no encontramos en nuestro corpus ningún caso de metátesis a causa de un déficit lingüístico; por lo tanto, no apreciamos la necesidad de crear una categoría de análisis para el déficit de orden fonológico. Algo similar ocurre en el ámbito de la **morfología**. El orden fijo de preposiciones, artículos, sufijos y prefijos está tan interiorizado en el conocimiento que el hablante tiene de su lengua que no hemos detectado ningún déficit de orden morfológico.

En cuanto a la **sintaxis**, tanto en castellano como en catalán, al ser lenguas fusionantes, el orden de las palabras tiene una importancia relativa, pues la mayor parte de las relaciones gramaticales dependen de la rección y de la concordancia. Algunos autores han resaltado, no obstante, una tendencia de las personas afásicas con

agramatismo a colocar en la posición inicial de la cadena oracional los elementos /+animados/, como representantes prototípicos de sujeto, si bien esta es una afirmación referida a hablantes de inglés (Caplan *et al.*, 2007).

- ALTERACIÓN EN EL ORDEN DE LAS PALABRAS (%xtpr: \$Ord Synt): en los pocos casos en los que hemos detectado un orden de palabras que, con muchas reservas, podría clasificarse como deficitario, no observamos una anteposición de un elemento /+animado/ a la posición de sujeto, sino el resultado de no plasmar adecuadamente el flujo de pensamiento, lo que produce construcciones sintácticas extrañas. De cualquier forma, hemos tenido en cuenta la diferencia existente entre la sintaxis oracional y la sintaxis propia del lenguaje oral a la hora de analizar las producciones lingüísticas de los informantes.

Por último, en el ámbito **pragmático** debemos hacer referencia a las alteraciones de orden consistentes en la aparición no canónica de los elementos en un discurso desde el punto de vista informativo. En su estudio sobre la construcción de textos narrativos escritos por parte de niños y adolescentes con TDAH, Gallardo Paúls (2007: 164) achaca a un déficit de memoria de trabajo la tendencia de estas personas a omitir algunas categorías relevantes para completar el sentido del relato; posteriormente, cuando perciben esta ausencia en la reescritura, adoptan como solución añadir al final del enunciado o del texto los elementos omitidos provocando a veces algún agramatismo. En definitiva, se produce un déficit de orden en las categorías textuales. Atendiendo al análisis de nuestro corpus de conversaciones en las que participa una persona con DTA, no hemos comprobado la existencia de momentos en los que pueda observarse un déficit parecido.

20.4 Déficit de integración

Los tres niveles lingüísticos anteriormente estudiados se corresponden con las tres leyes perceptivas identificadas por los psicólogos de la Gestalt: ley de la clausura (rección), ley de la igualdad (concordancia) y ley de la proximidad (orden). A todas estas se les superpone un principio general o *ley de la buena forma*, que se corresponde con el nivel de integración:

“La dimensión informativa, asociada al sentido del enunciado, es la predomina en este nivel, de manera que formas, funciones y significados adquieren una percepción recesiva, donde lo que se privilegia es la adecuación de lo dicho al contexto” (Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013: 91).

En definitiva, de acuerdo con Gallardo Paúls (2006, 2007), todas las alteraciones referidas a este nivel suponen déficits pragmáticos. Otra aportación interesante es la de Hernández Sacristán (2002b: 121), quien caracteriza algunos síntomas deficitarios como “manifestaciones parciales de un fenómeno genérico de desagregación perceptiva, esto es, como un déficit en el funcionamiento de bucles constitutivos del lenguaje”, entendiendo como bucles aquellas relaciones “que ponen en conexión diferentes componentes del sistema lingüístico”.

En cualquier caso, es posible descubrir déficits de integración que se adscriben prioritariamente a uno u otro componente gramatical, como señalamos a continuación.

20.4.1 Categorías de análisis del déficit de integración

La apraxia del habla que impide a algunos hablantes con afasia motora programar los movimientos articulatorios fonéticos fue definida por Lesser (1978: 190) como “desintegración fonética”. No obstante, este no es un déficit que curse con la demencia. En cambio, sí que podríamos identificar como ejemplo de déficit de integración en **fonología** uno de los fenómenos que constantemente se han descrito como representativos del lenguaje de los hablantes con demencia, los neologismos.

- **DESINTEGRACIÓN FONOLÓGICA** (%xtrp: \$Int Pho): siguiendo la definición de Ardila (2005: 51), consideramos que los neologismos son “formas fonológicas de las que es imposible recuperar algún elemento del lenguaje que tenía el paciente con anterioridad”. Por consiguiente, creemos que los neologismos son ejemplos genuinos de desintegración fonológica.

Los componentes **morfológico** y **sintáctico** también se ven afectados por el déficit de integración. De hecho, Grodzinsky (1990: 144) considera que esta “*dissolution*” es el síntoma lingüístico típico de las demencias neurodegenerativas.

- **DESINTEGRACIÓN SINTÁCTICA** (%xtrp: \$Int Synt): en fases avanzadas de la demencia no es extraño observar graves fallos en la cohesión sintáctica de las intervenciones de los informantes. Los continuos

anacolutos provocados por varios déficits cognitivos (memoria de trabajo, capacidad inhibitoria, atención sostenida) ocasionan que el oyente no consiga interpretar el significado que ha querido transmitir el hablante con demencia. Solo a través del análisis atento de las transcripciones es posible averiguar el contenido de algunas de estas intervenciones.

La misma desintegración se produce en el ámbito **semántico** en situaciones en las que el habla de las personas con déficit lingüístico se convierte en una jerga. En las afasias sensitivas, la separación entre las dimensiones locutiva y representativa del acto de habla provoca que un discurso, que parece bien construido desde el punto de vista gramatical, resulte falto de coherencia por la utilización inadecuada de unidades léxicas. En el caso de la demencia de tipo alzhéimer, es una incapacidad particularmente grave para acceder al término adecuado la que da lugar a la desintegración semántica:

- DESINTEGRACIÓN SEMÁNTICA (%xtpr: \$Int Sem): hemos decidido categorizar de tal forma los déficits causados por el abuso de proformas y parafasias en un mismo turno; como acabamos de señalar, aunque la forma sintáctica fuera la correcta, la selección de los términos hace que el hablante con demencia no transmita un significado coherente.

Finalmente, como señalábamos al comienzo de este apartado, es en las categorías **pragmáticas** donde se hace más evidente este tipo de déficit, “especialmente cuando se trata de integrar la información del enunciado con la de la enunciación” (Gallardo Paúls, 2009c: 347).

- DESINTEGRACIÓN PRAGMÁTICA (%xtpr: \$Int Pra): este tipo de déficit puede manifestarse en varios aspectos del discurso, como la incapacidad para narrar un acontecimiento desde una mínima superestructura textual (casos en los que las categorías textuales no se desarrollan, los sucesos no se conectan de manera coherente y se mezclan episodios inconexos), la emisión de intervenciones temáticamente irrelevantes o la falta de habilidad para reconocer y utilizar sentidos figurados.

20.5 Análisis y resultados del déficit lingüístico por relaciones textuales

En este apartado mostraremos los resultados del análisis que acabamos de desgranar. Como viene siendo habitual a lo largo de toda nuestra investigación, compaginaremos una vertiente cuantitativa, en la que nos centraremos en determinar qué tipos de déficits son más frecuentes a lo largo de la progresión de la demencia, con una perspectiva cualitativa, por la que trataremos de caracterizar estas alteraciones a partir de fragmentos de nuestro corpus y de analizar sus repercusiones para la comunicación con el resto de hablantes.

En primer lugar, presentamos una tabla que recoge el promedio de déficits lingüísticos en cada conversación (sin hacer distinciones entre los distintos tipos de déficits) dependiendo de la etapa de la demencia en que se encuentren los informantes. Adjuntamos también la mínima y la máxima cantidad de déficits identificados en las grabaciones pertenecientes a cada uno de estos niveles con el propósito de recordar, una vez más, las importantes diferencias de actuación que se observan entre participantes en un mismo estadio de la demencia. Por lo tanto, no es accesorio tener en cuenta lo complicado que resulta caracterizar el perfil comunicativo de la demencia a partir de una muestra relativamente pequeña de datos orales. De cualquier modo, por muy amplia que fuera la muestra analizada, solo un estudio de caso único de tipo longitudinal podría proporcionarnos unos resultados ajustados a una persona con alzhéimer en concreto; por el contrario, un trabajo como el nuestro señala tendencias y usos comunes que describen de la manera más comprensiva posible la evolución de la capacidad comunicativa de los hablantes con DTA.

Nivel DTA	Media	Mín.	Máx.
Inicial	17,08	3	41
Intermedio	32,12	14	61
Avanzado	65	33	122

Tabla 27: *Casos de déficits lingüísticos por conversación según el nivel de la demencia.*

En definitiva, de los resultados obtenidos en nuestro estudio, y reflejados en la Tabla 27, se sigue la práctica existencia de una progresión geométrica en la cifra de déficits textuales a medida que se pasa de un estadio al siguiente de la demencia: en la etapa intermedia se observa casi el doble de errores que en la fase inicial; algo similar ocurre entre la etapa avanzada y la fase intermedia.

Un segundo paso en esta investigación consistió en añadir al análisis la variable “tipo de déficit lingüístico”. Con ello pretendimos determinar (1) cuáles son las causas por las que se produce un déficit comunicativo en la DTA, (2) cómo se distribuyen los errores a través de los diversos tipos de déficit, (3) cómo se traduce esto a lo largo de las distintas etapas de la enfermedad, y (4) qué similitudes y diferencias pueden establecerse entre los déficits lingüísticos típicos de una persona con alzhéimer y los de un hablante con otra clase de patología, como la afasia.

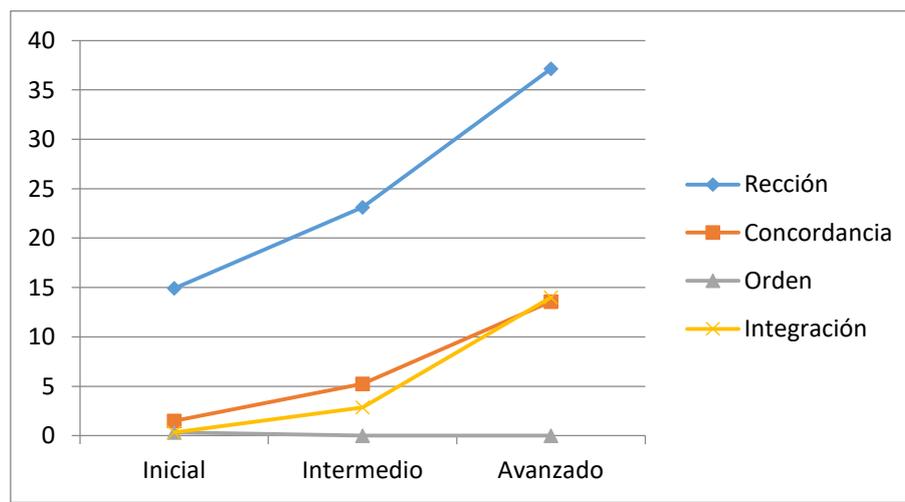


Figura 25: Aparición de déficits lingüísticos por conversación según el tipo de déficit y el nivel de la demencia.

A la luz de los resultados generales expuestos en la Figura 25, se hace fácilmente reconocible la existencia de tres bloques. En primer lugar, observamos que los **deficits de orden** parecen no afectar casi nada a las habilidades lingüísticas de los hablantes con alzhéimer, sea cual sea el estadio de la demencia en que se encuentre el informante. Así, de nuestros datos se desprende que los sujetos en la etapa inicial presentan 0,33 déficits de orden por conversación, pero no reconocemos alteraciones de este tipo en los hablantes en fases posteriores de la demencia. Estos datos, prácticamente insignificantes, lo son más si tenemos en cuenta que solo en tres de las veintisiete grabaciones de que se compone este estudio se encontró algún déficit de orden.

En segundo lugar, tal y como se observa en el gráfico anterior, parece que existe una correspondencia casi total a lo largo de las tres fases de la demencia entre el número de **deficits de concordancia** y el de **deficits de integración**. En ambos casos se parte de una práctica inexistencia de los mismos en las conversaciones pertenecientes a la

etapa inicial (1,5 déficits de concordancia y 0,33 déficits de integración). En el siguiente estadio del alzhéimer, esta cantidad aumenta hasta 5,25 déficits de concordancia por conversación y 2,87 déficits de integración, pero es en las grabaciones con hablantes con un nivel avanzado de DTA donde se detecta un crecimiento espectacular de errores de concordancia (13,57) y de integración (14). De acuerdo con el perfil comunicativo que emerge de numerosas investigaciones (Almor *et al.*, 2001; Altmann *et al.*, 2001; Kavé y Levy, 2003), el nivel morfosintáctico apenas se encuentra afectado en la enfermedad de Alzheimer. Por esta razón, podríamos pensar que la cantidad de déficits de concordancia identificada en nuestro corpus es mayor de la esperada. Sin embargo, esto se debe al hecho de haber considerado los cambios bruscos de tema dentro de los déficits de concordancia semántica; si nos fijamos únicamente en los déficits de concordancia que afectan a los componentes morfológico y sintáctico, nos daremos cuenta de que estos no significan más de un error por conversación. Profundizaremos en este aspecto en el apartado §20.5.2.

Finalmente, se puede observar con claridad que los déficits de rección son el grupo más numeroso de alteraciones lingüísticas que aquejan a los informantes con demencia desde la primera fase de la enfermedad. Podrían considerarse, por lo tanto, como el primer signo evidente de la existencia de un déficit lingüístico asociado a la DTA. De hecho, las dificultades de tipo anómico, causantes en gran medida de los déficits de rección, han sido comúnmente señaladas como las primeras manifestaciones de una alteración lingüística provocada por la demencia de tipo alzhéimer (Bayles *et al.*, 1990; Forbes-Mckay y Venneri, 2005). En este sentido, nuestros datos avalan dicha hipótesis, pues en la etapa inicial contabilizamos una media de 14,92 déficits de rección, de los cuales, como demostraremos en el siguiente apartado, al menos dos tercios se corresponden con alteraciones causadas por la anomia. Esta preponderancia de déficits de rección se mantiene a lo largo de las siguientes fases (23,12 fallos de rección por grabación en la etapa intermedia y 37,14 en la etapa avanzada), donde la suma de los demás tipos de déficit no llega a alcanzar las cifras correspondientes al déficit de rección.

En definitiva, al comienzo de la demencia solo se observan, desde una perspectiva textual, alteraciones que afectan a las relaciones rectivas entre dos unidades lingüísticas. Estos déficits crecen proporcionalmente a medida que avanza la enfermedad hasta una cifra que denota el grave deterioro comunicativo existente en la etapa avanzada. Por su parte, el aumento de los déficits de concordancia y de integración corre bastante parejo

a través de las distintas fases de la demencia, siendo más pronunciado en el caso del déficit de integración a partir de la etapa intermedia; dada la gravedad que representan los casos de desintegración, resulta lógico que aparezcan preferentemente en los estadios más avanzados del alzhéimer. En cambio, apenas se vislumbran alteraciones que afecten al orden de las unidades en cualquiera de los componentes gramaticales.

Apuntábamos al comienzo de este apartado la posibilidad de comparar los resultados de nuestro estudio con los de sujetos afásicos sometidos a un análisis que consideraba las mismas categorías de déficit lingüístico (Moreno Campos, 2010; Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013). El propósito de dicha comparación radica en constatar las similitudes y las diferencias entre las características de los déficits lingüísticos asociados a ambas patologías. Debemos tener en cuenta, no obstante, que los datos de estos dos estudios con afásicos divergen en algunas cifras, como las correspondientes al déficit de orden, que en el trabajo de Moreno Campos constituyen entre un 12,2% (afásicos fluentes) y un 20,3% (afásicos no fluentes) del total de alteraciones, y que en el estudio de Gallardo y Hernández no llegan al 1%. Esta amplia diferencia pudo deberse a la consideración, por parte de Moreno Campos, de muchas parafasias fonológicas como déficits de orden. En el caso del alzhéimer, dado que el déficit lingüístico apenas afecta a la relación de orden, nuestros resultados se parecen mucho más al estudio de Gallardo y Hernández que al de Moreno.

En el caso del déficit de rección, las tres investigaciones coinciden en determinar que es el tipo de relación lingüística más afectado, con mucho, por ambas patologías. Las dificultades asociadas al acceso léxico son, sin duda, la causa principal que explica esta coincidencia. En un gran porcentaje de casos, estas alteraciones resultan en la omisión de unidades necesarias para completar un enunciado. Además, específicamente, los sujetos con afasia muestran una tendencia a omitir los morfemas libres (agramatismo), mientras que los hablantes con demencia se caracterizan por emplear una gran cantidad de proformas en lugar de unidades léxicas.

En cuanto al déficit de concordancia, en el caso de la afasia se circunscribe esencialmente al componente morfosintáctico del lenguaje. Las discordancias de género y número, y entre el sujeto y la forma verbal suponen la práctica totalidad de los errores de concordancia en los hablantes con afasia. Por el contrario, según nuestro estudio, en las personas con alzhéimer predomina una discordancia de tipo semántico y pragmático. Por este motivo, aunque el porcentaje de déficits de concordancia sobre el total sea

parecido en ambos casos, las causas y el ámbito en el que se producen estas alteraciones son muy diferentes.

Finalmente, el déficit de integración afecta a aquellos hablantes cuyas habilidades lingüísticas están más comprometidas, sea por la afasia o por la demencia. En cuanto a los hablantes con afasia, la investigación de Moreno Campos (2010) identifica un predominio de la desintegración semántica en los afásicos fluentes y de la desintegración sintáctica en los afásicos no fluentes, como cabría esperar de sus perfiles lingüísticos: fundamentalmente, paragramáticos los primeros y agramáticos los segundos. En cambio, el tipo de déficit de integración más frecuente en los sujetos con DTA es la desintegración pragmática; esto es, el contenido de sus intervenciones no es acorde con el contexto comunicativo y, en muchas ocasiones, narran episodios sin una mínima superestructura textual reconocible, lo que redundará en una sensación de incoherencia discursiva.

Sirva esta breve comparación como ejemplo de que a través de un modelo de análisis relacional se puede describir el déficit comunicativo desde planteamientos puramente lingüísticos y señalar en qué se asemejan y en qué se distinguen las alteraciones del lenguaje provocadas por dos patologías como la afasia y la demencia de tipo alzhéimer. A continuación, nos detendremos en la discusión de los resultados obtenidos tras el análisis de cada uno de los tipos de déficit lingüístico en las conversaciones de nuestro corpus. Con ello, pretendemos completar de la manera más detallada posible el perfil comunicativo de la demencia que hemos ido desarrollando a lo largo del presente estudio.

20.5.1 El déficit de recepción: Resultados

Desgranaremos, en primer lugar, los datos correspondientes al déficit de recepción teniendo en cuenta el componente gramatical sobre el que este se sustenta en cada caso. De este modo, tal y como se puede observar en la Figura 26, en el ámbito fonológico, el análisis nos muestra la práctica inexistencia de déficits que afecten a las relaciones rectivas entre los fonemas que constituyen las sílabas y las unidades léxicas. Como señalábamos en la descripción de las categorías analizadas, los fenómenos de omisión de fonemas que se producen normalmente en las conversaciones cotidianas (por ejemplo, la elisión de la consonante en los morfemas de participio) y los rasgos

dialectales que afectan a algunos rasgos fonéticos¹³⁵ no han sido considerados, en ningún caso, como déficits lingüísticos, pues forman parte de las variedades propias del uso del lenguaje.

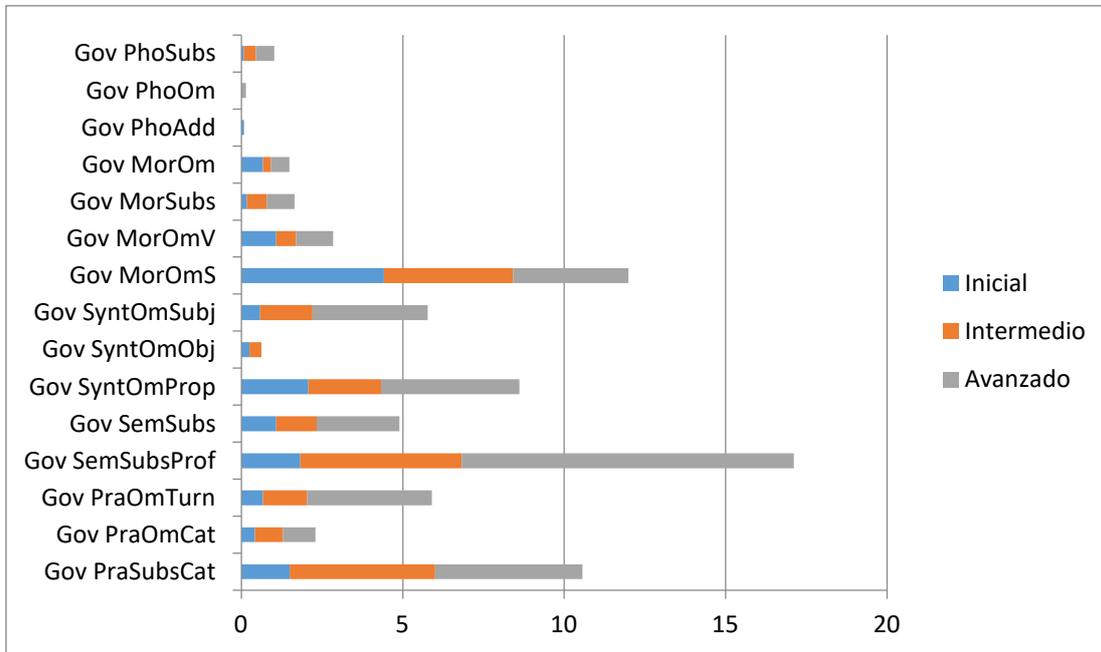


Figura 26: Promedio de tipos de déficit de recepción por conversación según la etapa de la DTA.

20.5.1.1 Sustitución, omisión y adición fonológicas

Los datos que se reflejan en el gráfico dan cuenta de un mínimo déficit fonológico que, más que reflejar una pauta de actuación, se trataría de casos aislados. En concreto, en el conjunto de nuestro corpus solo hemos identificado una omisión y una adición de fonemas, esta última en una conversación en la que participaba una informante con una demencia en un nivel inicial. Esto apoyaría nuestra hipótesis de que no existe una relación directa entre la progresión del deterioro cognitivo y un mayor número de déficits reactivos en el ámbito de la fonología. De hecho, no estamos ni siquiera seguros de que realmente sean alteraciones lingüísticas, pues en ambos casos hemos codificado los términos en los que aparecen como “transcripción dudosa”, probablemente, porque la pronunciación no era clara:

¹³⁵ En particular, el origen andaluz de algunos de nuestros informantes supuso que en sus intervenciones aparecieran casos de seseo/ceceo, pérdida del fonema /s/ en los plurales o algunos casos de hipercorrección caracterizados por la adición de /s/ en algunas palabras que no tienen morfema de número.

*HIJ: te gusta más el monte „ no ?
*PVN: 0 [=! looks at INV] . [+ trn]
*PVN: tú fíjate qué [/-] qué <porama> [?] tiene <el tío>
[?] .
*PVN: 0 [=! looks at his son's shoes] . [+ trn]
*HIJ: qué pasa ?
*HIJ: voy sin calcetines .

Ejemplo 107. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. Posible caso de omisión fonológica en la palabra “porama” (panorama).

*TRM: porque un día mismo un hombre (..) lo hicieron ir
allí sus hijas porque un día se perdió .
*INV: anda !
*TRM: sí (..) te puedes (..) <desviliar> [?] de donde vas .
%gpx: (illustrator: kinetograph) moves her hand towards her
head .

Ejemplo 108. Grabación 1 TRM1. Posible caso de adición fonológica en la palabra “desviliar” (desviar).

Tampoco parece que las parafasias causadas por la sustitución de un fonema por otro sean un problema característico de las intervenciones de los hablantes con alzhéimer. La suma total de este tipo de alteraciones alcanza los ocho casos, con una presencia media de 0,57 sustituciones fonológicas por conversación en las grabaciones referidas al estadio avanzado de la demencia. Por este motivo, consideramos que los fenómenos de este tipo son casos aislados en nuestro corpus y de los que no puede extraerse un patrón de sustitución fonológica. Sirva el siguiente ejemplo como muestra de este tipo de déficit rectorio. En este caso, la informante con demencia comete un error en el punto de articulación y sustituye el fonema oclusivo velar sordo /k/ por el fonema oclusivo dental sordo /t/:

*MAR: y Lucas (..) qué decía Lucas ?
*MMT: pues nada .
*MAR: +” yo también quiero comer .
*MMT: ah !
*MMT: que él tiene que ir a <tomar> [?] .

Ejemplo 109. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. Posible caso de sustitución fonológica en la palabra “tomar” (comer).

Por lo tanto, nuestros resultados obtenidos a través de análisis de conversaciones se alinean con las afirmaciones de la mayoría de los autores y no se corresponden, por el contrario, con las observaciones de Glosser *et al.* (1997) y de Croot *et al.* (2000), que encuentran déficits fonológicos desde las primeras etapas en tareas alejadas del uso normal del lenguaje.

20.5.1.2 Omisión de morfema

Por otro lado, dentro del ámbito morfológico hemos considerado cuatro tipos de déficit de rección. Hemos diferenciado de esta forma las alteraciones intrasintagmáticas de aquellas que afectan al nivel de la oración mediante la omisión de un sintagma completo, en cuyo caso se corresponderían con déficits sintácticos. Así, en primer lugar, analizamos las posibles omisiones o sustituciones de morfemas regidos o que requieren la aparición de otra unidad. En la mayoría de los casos, descubrimos que el tipo de morfema que sufre esta omisión es la preposición, con independencia del grado de deterioro cognitivo que experimenta el informante. Los datos globales muestran una incidencia muy escasa del déficit rector por omisión de morfema, algo que reafirma la ausencia de agramatismo en los hablantes con alzhéimer. De hecho, intuimos que en muchas ocasiones se trata, simplemente, de fallos causados por la rapidez con la que los interlocutores producen el mensaje. En este sentido, en el gráfico que presenta nuestros resultados se observa un mayor promedio de omisión de morfemas en las intervenciones correspondientes a hablantes con DTA en una etapa inicial, por lo que no creemos que sea uno de los aspectos afectados por la progresión de la demencia.

*CGS: <tiene treinta mil> [<] [/] treinta mil hanegadas de
regadío (.) tiene .
*CGS: la fuente de Cella salen tres mil novecientos <por
segundo> [!] (.) cuando está (.) hombre (.) brava .
*CGS: <para [/-] para regar todos los huertos> [>] .

Ejemplo 110. Grabación 24 CGS2. Nivel inicial. El hablante con demencia comete un déficit de rección por omisión de preposición.

En este ejemplo se puede comprobar cómo, en mitad de un relato sobre las bondades de su pueblo, el informante con demencia omite la preposición “de” que introduce el sintagma “la fuente de Cella”, sin cuya presencia se puede producir un error de comprensión por parte de los oyentes. Como dato curioso, que podría avalar esta hipótesis del descuido, obsérvese que en la misma intervención el hablante comete otro déficit de rección, en este caso, por omisión de sustantivo “litros / litros de agua”,

aunque hay quien podría pensar que se trata de la elipsis de un elemento contextualmente obvio.

Nos gustaría comentar, además, la aparición de algún caso en el que el verbo ha perdido sus morfemas derivativos. Como señalábamos en la descripción de las categorías de análisis, el resultado de este déficit es la emisión inadecuada de una forma verbal caracterizada por la tercera persona del singular, el tiempo presente y el modo indicativo, ya que esta es la forma no marcada en castellano. En el siguiente ejemplo, la informante está narrando un suceso del pasado, para lo cual utiliza formas verbales de pretérito imperfecto; en un momento dado, sin embargo, emplea la forma “sale” en lugar de “salía”:

```
*LGP:         adonde estaba primero siempre estaba agachadito .
%gpx:         (illustrator: kinetograph) gesture of being bent down
.
*LGP:         pero cuando le decían +"/.
*LGP:         +" ey (.) Federico (.) arriba (.) p(ara) arriba .
*LGP:         sale corriendo .
*LGP:         0 [=! laughs] . [+ trn]
```

Ejemplo 111. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Omisión de morfemas verbales derivativos.

20.5.1.3 Sustitución de morfema

En cuanto a la sustitución morfemática, los datos de que disponemos sí permiten avalar, con cautelas, una posible evolución pareja al empeoramiento cognitivo. Así, del análisis de las grabaciones se desprende la existencia de un promedio de 0,17 déficits rectivos por sustitución de morfema en el nivel inicial, cifra que aumenta hasta 0,62 en la etapa intermedia y que alcanza 0,86 déficits por conversación en la etapa avanzada. En cualquier caso, el número de déficits de este tipo identificado en nuestro corpus es tan bajo que no es posible hacer generalizaciones a partir de él. Asimismo, al igual que sucedía con respecto a la omisión de morfemas, son las preposiciones las unidades más afectadas por el déficit rectivo de sustitución. En el ejemplo que adjuntamos a continuación pueden observarse dos fragmentos de una misma conversación, en la que MMT, la hablante con DTA, comete dos errores al sustituir la preposición adecuada por otra (“a” en lugar de “con” y “en” en lugar de “a”):

- *INV: pero le gustaría a usted que viniera más la niña „ no ?
 *MMT: claro (.) pero como no tenía nada pues que se vaya **a** su padre .
 [...]
 *MAR: <adónde se va> [<] ?
 *MAR: adónde se va la niña ?
 *MMT: **en** su casa .

Ejemplo 112. Grabación 23 MMT2. Nivel avanzado. Dos casos de déficit de rección por sustitución de morfema.

20.5.1.4 Omisión de verbo y de sustantivo

Las dos siguientes categorías de análisis de las que nos ocuparemos se refieren a la omisión de un único término necesario en la cadena significativa, ya sea un verbo o un sustantivo. En este caso, al tratarse de palabras con un contenido referencial y semántico, su ausencia no se relaciona con el fenómeno del agramatismo, sino que viene provocada por una incapacidad de tipo anómico. Ya en los apartados introductorios dedicados a la descripción del déficit de memoria semántica y de las categorías lingüísticas expusimos el convencimiento cada vez mayor de que, en la demencia de tipo alzhéimer, la anomia se debe a un deterioro de la estructura y la organización de la información en la memoria semántica (Nakamura *et al.*, 2000; Paganelli *et al.*, 2003; Mårdh *et al.*, 2013). Además de esta anomia de tipo semántico, existirían al menos una anomia léxica y una anomia fonológica, según el punto del proceso donde se sitúe la dificultad para producir un término (Cuetos Vega, 2003: 52). Por lo tanto, hablar de anomia de manera difusa, sin hacer algún tipo de especificación, es un reduccionismo evidente.

Asimismo, el propio Cuetos Vega (2003: 51) señaló que los afásicos de Broca presentan más problemas con la producción de verbos, mientras que en los afásicos de Wernicke esta dificultad se traslada a la producción de sustantivos¹³⁶. Esto nos llevó a considerar la pertinencia de dedicar una parte de nuestro estudio a analizar la posible existencia de un déficit anómico en la DTA que afecte especialmente a uno u otro tipo de categoría. A este respecto, Druks *et al.* (2006), en un interesante estudio introducido

¹³⁶ Trabajos como los de Daniele *et al.* (1994) y Perani *et al.* (1999) establecen una disociación entre verbos (acciones) y sustantivos (objetos) a partir de los diferentes correlatos neuroanatómicos en que se basa su producción. Así, el giro frontal inferior sería el responsable de los conceptos relacionados con acciones; en cambio, el conocimiento de los objetos vendría avalado por el giro temporal inferior. Una lesión en una de estas dos zonas cerebrales provocaría una anomia centrada en los verbos o en los sustantivos.

por un repaso detallado de la bibliografía existente hasta el momento sobre el tema, descubren que la denominación de objetos (sustantivos) resultaba más problemática para los sujetos con alzhéimer que la de acciones (verbos)¹³⁷, y que de los errores se podían extraer patrones cualitativamente diferentes.

Centrándonos ya en nuestros datos, observamos que existe una clara desproporción entre la omisión de sustantivos y la de verbos, siendo la primera mucho más frecuente que la segunda. Ténganse en cuenta, además, que a estas cifras hay que añadir las correspondientes a la omisión de sujetos y objetos –por definición, sustantivos– e, incluso, los déficits de rección por sustitución a través de una parafasia o de una proforma –que afectan principalmente a sustantivos–. Todo esto ofrece una idea aproximada de cuán importante es la anomia en el caso de los sustantivos.

Obsérvese, asimismo, la curiosa distribución por etapas de la enfermedad de los déficits de omisión de verbo y de omisión de sustantivo. En ambos casos (más perfecto en el segundo) se da una práctica igualdad en el número de omisiones por conversación a lo largo de las tres fases: por un lado, 1,08 omisiones de verbos en el nivel inicial, 0,62 en la fase intermedia y 1,14 en la etapa avanzada; por otro lado, 4,42 omisiones de sustantivos en el nivel inicial, 4 en la fase intermedia y 3,57 en la etapa avanzada. Esto no ocurre, sin embargo, en el caso de los déficits de rección que afectan al componente sintáctico, donde sí se observa un aumento en el número de errores de acuerdo con la progresión de la demencia.

En cuanto a los déficits por omisión de verbo, en la mayoría de ocasiones el oyente puede reponer el elemento ausente gracias al contenido de las intervenciones anteriores o a la gestualidad compensatoria exhibida por el hablante con alzhéimer. Por ejemplo, en el siguiente fragmento podemos descubrir fácilmente la forma verbal que no se enuncia a partir del significado del emblema:

*JAC: pues yo qué hago ?
*JAC: cuando me pongo a→ .
%gpx: (emblem) gesture of writing .

Ejemplo 113. Grabación 6 JAC. Nivel inicial. La informante con DTA no consigue producir una forma verbal “escribir”, pero utiliza la gestualidad compensatoria para hacerse entender.

¹³⁷ Estos resultados están en consonancia con la mayor afectación del lóbulo temporal en la demencia de tipo alzhéimer, lo cual, de acuerdo con la disociación comentada en la nota anterior, conllevaría una mayor dificultad para comprender y producir sustantivos.

Este ejemplo aúna dos de las características que más se repiten en las situaciones en las que existe un déficit de rección por omisión verbal: por un lado, existe una tendencia a que la anomia se marque a través de una entonación suspendida y un alargamiento vocálico del elemento precedente; por otro, es bastante frecuente que la omisión afecte a la forma no personal de una perífrasis, en este caso concreto, el infinitivo “escribir”. De todos modos, no resulta fácil determinar cuándo una omisión de este tipo constituye verdaderamente una alteración lingüística y cuándo se debe a una decisión consciente por parte del hablante, que no ve necesario ocupar tiempo de habla en un término que el oyente puede reponer sin problemas.

No obstante, en otros casos la consideración de déficit reectivo es bastante más clara. Nos referimos a situaciones en las que un enunciado parece acabado desde el punto de vista de la entonación, pero presenta una construcción agramatical por la falta de un verbo; además, la comprensión por parte de los oyentes se ve dificultada por este hecho. Con frecuencia, de manera consecuente con la gravedad del déficit, estos casos se producen en las conversaciones en las que participa una persona en una fase avanzada de la demencia. Así ocurre en el siguiente ejemplo, que recoge un momento en el que la informante con alzhéimer, LGP, está contando cómo comenzó a trabajar en un puesto determinado por intercesión de su marido. Aun con todas las dificultades derivadas del déficit comunicativo que padece esta hablante, conseguimos entender que, cuando hubo más posibilidades para trabajar, su marido le pidió que ella se reuniese con él. Es en el fragmento de discurso repetido donde consideramos que la informante omite, al menos, un verbo necesario para completar el enunciado. Habría dos posibles reconstrucciones; una que implica un cambio de orden (“ven a prepararte que *es* donde tú tienes que estar”) y otra que requiere la adición de un adverbio de lugar (“ven a prepararte que tú donde tienes que estar *es* aquí”):

*LGP: así que cuando él entro [/ -] él [/ -] pues ya empezó él .
 *LGP: y después ya había algo más .
 *LGP: a mí me decía +"/.
 *LGP: + " ven a prepararte que tú donde tienes que estar .
 *LGP: a mí .
 %gpx: (illustrator: deictic) touches her chest .

Ejemplo 114. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Déficit de rección por omisión verbal.

Por otro lado, la omisión de un sustantivo es un fenómeno generalizado desde el comienzo de la demencia. Como señalábamos en la descripción de los déficits

analizados, hemos considerado dentro de esta categoría los casos en los que la omisión afecta únicamente a uno de los constituyentes del sintagma; esto significa que, en el caso de los sintagmas preposicionales, la preposición es parte del enunciado emitido, o que, cuando el sustantivo ausente pertenece a un sintagma nominal, en la cadena significante permanece, al menos, un determinante. A continuación, presentamos dos ejemplos extraídos de nuestro corpus con el propósito de clarificar nuestro criterio en la categorización de este déficit rectivo.

En el primer fragmento se aprecia el problema de memoria de la informante al referirse a un pueblo de Sevilla donde iba su hija. En este caso, la presencia de la preposición “a” da a entender al resto de los interlocutores que el término que falta se corresponde con el nombre de un lugar. Por si esto fuera poco, la hablante con demencia trata de resolver su dificultad anómica mediante una pregunta de denominación en la que deja patente cuál es la información que no recuerda:

```
*IBM:      sí que he ido (.) me ha llevad(d)o ella cuando ha ido
            conmigo (.) que ha ido a lo mejor a→ .
%gpx:      (illustrator: deictic) points at her daughter .
*IBM:      dónde ibas cuando eso ?
*HIJ:      yo iba a Estepa .
*IBM:      a Estepa .
```

Ejemplo 115. Grabación 9 IBM1. Nivel inicial. Déficit de rección por omisión de sustantivo.

En el segundo fragmento asistimos a otro déficit de rección cuyo elemento ausente es la unidad regente, el sustantivo, y es el artículo indeterminado, la unidad regida, el que nos pone en la pista del término que el hablante con demencia no es capaz de recuperar. En este caso, dado el tema de conversación, podríamos aventurar que el sustantivo omitido es “ocasión” u “oportunidad”:

```
*JGM:      Ford puso una escuela de aprendizaje &*INV: uhhum .
*JGM:      y entonces pues yo me apunté (.) vi una→ pues claro .
*JGM:      y hice unos cursos donde eeh mmm me saqué la efepé
            uno .
```

Ejemplo 116. Grabación 20 JGM1. Nivel inicial. Déficit de rección por omisión de sustantivo.

Si nos fijamos en la función sintáctica que cumple el sintagma afectado por el déficit de rección nos daremos cuenta de que se trata de un complemento directo y, por lo tanto, de un objeto. Esto nos sirve para señalar que muchas de las omisiones de sustantivos que consideramos dentro del ámbito de la morfología afectan, por extensión,

al actante “objeto”. No obstante, solo decidimos etiquetar como déficit de rección por omisión de objeto aquellas alteraciones lingüísticas que provocaran la desaparición completa del sintagma, lo cual se traduce en nuestro análisis cuantitativo en una evidente merma sobre el potencial número de déficits de este tipo.

20.5.1.5 Omisión de objeto

De hecho, en el conjunto de grabaciones de que disponemos únicamente identificamos seis déficits por omisión de objeto, ninguno de ellos en las intervenciones de los hablantes con un deterioro cognitivo avanzado. Compruébese en el siguiente extracto el alcance de esta forma de déficit. En el ejemplo, la hablante con DTA está relatando su experiencia cuando, de joven, montó una farmacia en Valencia. En la última intervención pretende hacer una aclaración (“y verás (.) es que entonces solamente había en Granada (.) Santiago (.) Madrid y Barcelona”), pero omite decir qué es lo que había en esos lugares y no había en Valencia (¿farmacias?). Es solo después de una pregunta del investigador, varios turnos más tarde, como MSS deja constancia de que se refería a “facultades universitarias de farmacia”:

*MSS: y yo cuando la abrí era jovencita y decían +"/.
 *MSS: +" es que usted lo sabe todo (.) los demás no saben cómo se hace .
 *MSS: y verás (.) es que entonces solamente había en Granada (.) Santiago (.) Madrid y Barcelona .

Ejemplo 117. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. Déficit de rección sintáctica por omisión del objeto.

Como se puede comprobar en este ejemplo, la hablante no muestra ningún intento por acordarse del elemento lingüístico ausente. En este tipo de casos, diríamos que posiblemente no es tanto la anomia lo que provoca el déficit de rección como una limitada capacidad de la memoria de trabajo. Así, podría ser que, dado el volumen de información que maneja la persona con demencia, esta no fuera consciente de no haber transmitido ese contenido necesario.

20.5.1.6 Omisión de sujeto

Consideramos que un motivo similar debe ser el causante del amplio número de omisiones de sujeto identificado en nuestro corpus de conversaciones. Con el conocimiento que nos proporciona haber participado en todas las grabaciones, hemos tenido en cuenta en qué casos era imprescindible explicitar el sujeto de una acción y en cuáles era suficiente con el morfema de persona de la forma verbal, gracias al contexto comunicativo.

Véase el siguiente fragmento en el que la informante con demencia (MMT), tras hablar de sus nietos (“los niños”) en plural, introduce una nueva secuencia narrativa en la que se refiere a un único nieto (“el otro [/-] el otro día se fue y ya viene...”) sin especificar a cuál de ellos. Por el conocimiento compartido de los hechos relatados, es posible que el interlocutor clave supiera de qué nieto se trataba –el investigador no conocía este dato, en ningún caso–, pero la falta de coherencia que caracteriza el discurso de esta hablante hace muy difícil seguir el hilo de la conversación cuando no acompaña el verbo con su respectivo sujeto léxico.

```
*MMT: <si los niños tienen> [>] .
*MAR: <y eso (.) decía> [<] +"/.
*MAR: <+" tengo que comer> [<] .
*MMT: que estar en el cole (.) todos los días (.) claro .
*MAR: en el cole o &*MMT: sí .
*MAR: o con su madre .
*MMT: sí (.) huy !
*MMT: el otro [/-] el otro día se fue y ya viene con (.)
      <Pili> [>] .
*MAR: <quién> [<] ?
*MMT: con Pili (.) se fue &*MAR: sí .
```

Ejemplo 118. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. Déficit de rección sintáctica por omisión de sujeto.

En otras ocasiones, la ausencia del sujeto hace imposible saber qué ha querido decir el informante y qué relación tiene esa intervención con las que la preceden. En este sentido, el alcance de un déficit que afecta a la relación reactiva entre dos elementos de la oración puede provocar una ruptura de la coherencia temática. El siguiente fragmento transcrito corresponde a una conversación grabada en una sala del centro de día de la AFAV en la que participa un hablante con un nivel avanzado de DTA. En un momento dado, el informante mira hacia un reloj colgado en la pared y el investigador le indica la hora que es. De inmediato, este último participante cambia de tema y se interesa por si PVN se queda a comer en el centro de día. La respuesta del hablante con

demencia (“no está ahí”) es tan ambigua que el investigador, primero, intenta que PVN sea más preciso y, al no conseguirlo, parece quedarse pensativo tratando de averiguar el sentido de las palabras del informante con demencia:

*INV: son las diez y diez &*PVN: sí (.) claro .
 *INV: se queda usted aquí a comer ?
 *PVN: no está ahí .
 *INV: eh ?
 *PVN: que no está ahí .
 *INV: no (.) no está ahí .
 *PVN: no está ahí &*INV: uhhum .

Ejemplo 119. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. Déficit de rección sintáctica por omisión de sujeto que ocasiona una amenaza a la coherencia temática.

Entendemos que las dificultades que experimenta el investigador para entender la respuesta del hablante con alzhéimer vienen dadas por la omisión del sujeto en las intervenciones de este último: ¿se está refiriendo al reloj?, ¿a la comida que tomará más tarde? Por otra parte, el análisis cuantitativo nos demuestra que a mayor deterioro cognitivo, más déficits por omisión de sujeto aparecen en las intervenciones de las personas con alzhéimer: 0,58 déficits por conversación en los individuos en una etapa inicial, 1,62 en la fase intermedia y 3,57 en las interacciones con una persona en un estadio avanzado de la enfermedad.

20.5.1.7 Omisión de proposición completa

Algo similar sucede con respecto al déficit de rección por omisión de proposición. Bajo este rótulo hemos considerado aquellos casos en los que la elipsis afecta a varios constituyentes de una oración o a una oración subordinada por completo. A diferencia del déficit por omisión de sujeto, en el que nos ocupa ahora existe una mayor incidencia del déficit desde el comienzo de la demencia (2,08 déficits por conversación en la etapa inicial, 2,25 en la etapa intermedia), pero es en la fase avanzada cuando los problemas se hacen más evidentes (4,28 déficits por omisión de proposición). Estos datos nos podrían llevar a suponer que los enunciados a medio construir son una característica asociada al habla de los sujetos con demencia, más allá del grado de deterioro cognitivo que sufra cada uno; no obstante, parece que el paso de la fase moderada a la avanzada se incrementan las dificultades para completar sintácticamente las oraciones.

La aparición de este tipo de déficit nos demuestra la existencia de un problema con la planificación del enunciado que se añade al ya conocido deterioro semántico, el

cual es responsable de la creciente incapacidad de los hablantes con alzhéimer para producir la unidad léxica deseada. Ambos déficits dan como resultado que en ocasiones trasladen a su interlocutor la responsabilidad de completar el contenido de sus intervenciones; al igual que ha demostrado Gallardo Paúls (2005b, 2013) en el caso de los afásicos no fluentes, los hablantes con DTA confían esta labor a las habilidades inferenciales del resto de participantes en la conversación.

Una situación como esta es la que podemos observar claramente en el próximo ejemplo. En las intervenciones precedentes, la informante con demencia (LGP) se había ocupado de explicar al investigador los trabajos que había desempeñado su hijo –con todas las dificultades propias de una hablante que presenta una grave desintegración de sus habilidades lingüísticas y cognitivas–. A continuación, introduce en el desarrollo de la narración dos subordinadas causales (“como estaba el padre→”, “yo como soy la viejecita”) que no completa con ninguna proposición principal. A este respecto, la informante parece ser consciente de este déficit de omisión y trata de evadirse de esta dificultad dando por hecho, explícitamente, que el investigador ha entendido lo que ella quería decir:

```
*LGP: <así que> [<] (.) y aquí (.) como estaba el padre→ .
*LGP: y yo <como> [>] .
*HIJ: <y> [<] .
*LGP: yo como soy la viejecita .
*LGP: 0 <[=! laughs]> [>] . [+ trn]
*HIJ: <la viejecita> [<] .
*LGP: bueno (.) él ya lo [/-] ya sa [/-] él ya sabe lo que
      quiere decir .
%gpx: (illustrator: deictic) points at INV .
```

Ejemplo 120. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Las intervenciones de la informante presentan varios déficits rectivos de omisión de proposición completa que sus interlocutores no pueden reparar.

No obstante, como ocurre en el fragmento que acabamos de exponer, a menudo los interlocutores sin demencia no disponen de la información necesaria (tanto contextual como de conocimiento compartido entre los hablantes) para inferir todo el contenido ausente en las intervenciones de los informantes con alzhéimer. En tales casos, quizás la mejor opción para recuperar la información omitida sea a través de cuestiones específicas dirigidas a los hablantes con DTA.

20.5.1.8 Parafasia

El siguiente tipo de déficit del que nos vamos a ocupar afecta ya al componente semántico. Se trata de aquellos casos en los que el hablante no consigue recordar un término y, en lugar de este, utiliza otro elemento relacionado semánticamente o no con aquel. Esta sustitución de una unidad léxica es lo que se conoce como parafasia y ha sido comúnmente considerada como uno de los fenómenos asociados a la anomia que padecen los sujetos con alzhéimer (Hamilton, 1994; Lima Silagi *et al.*, 2015). En este sentido, pensamos que su naturaleza puede ser de dos tipos: en unos casos, una parafasia puede funcionar como sustituto deliberado de la palabra que no se recuerda; en otros, es bastante posible que el empleo de un término equivocado no se produzca de manera consciente, sobre todo, en los casos en los que la unidad léxica resultante no está semánticamente relacionada con la palabra adecuada al contexto.

Así, en primer lugar, de nuestro análisis se desprende que la parafasia no es una de las soluciones preferidas por los hablantes con DTA a la hora de tratar de superar sus problemas de anomia. Solo aparecen una media de 1,08 veces en las conversaciones en las que participa una persona en una etapa inicial de la demencia, cifra que crece ligeramente en la fase intermedia (1,25). Sí que observamos, no obstante, que las parafasias caracterizadas por la utilización de una unidad incluida en el mismo campo semántico aparecen con mayor frecuencia en estos dos estadios del alzhéimer. Consideramos, por lo tanto, que en estas etapas los hablantes con DTA sufren un déficit semántico evidente, pero no hasta el punto de cometer parafasias verbales.

Como ilustración de lo que acabamos de señalar, traemos a colación el caso de JAC, una informante con un GDS 4, es decir, un nivel inicial de demencia, pero que padece bastantes dificultades de anomia. Recuérdense el *Ejemplo 86* de nuestro trabajo, donde la hablante no consigue expresar el concepto “centro médico” y, en su lugar, emite un circunloquio y un elemento relacionado semánticamente con él (“laboratorio”). Otro ejemplo correspondiente a las conversaciones de la fase inicial es el siguiente. En este extracto, la persona con DTA se encuentra quejándose de las acciones de algunos políticos y personajes públicos. Entre las quejas que expresa está la de que en Castellón se construyera un aeropuerto muy caro que aún no estaba en funcionamiento. Sin embargo, en vez de hablar de “aeropuerto”, CGS utiliza la palabra “campo”, con la que comparte algunos semas. De todos modos, si no fuera por la aclaración de su hija (HER) “pa no haber aviones”, el riesgo de que la intervención de CGS no hubiese sido entendida por el resto de los interlocutores habría sido mayor.

*CGS: nada [/] nada [/] nada [/] nada .
*CGS: el de Castellón que ha hecho un campo con mil
millones de euros .
*CGS: <ni nombrarlo> [>] .
*HER: <pa no haber aviones> [<] .

Ejemplo 121. Grabación 2 CGS1. Nivel inicial. El hablante con demencia comete una parafasia semántica.

Por otro lado, en la etapa avanzada se observa un aumento de parafasias (2,57 por conversación), compuestas en muchos casos por unidades léxicas sin una relación clara con la palabra deseada. Entre ellas, contabilizamos un número nada despreciable de sustituciones de formas verbales. En este sentido, cabe destacar el siguiente fragmento que traemos a colación como un fiel reflejo de lo que acabamos de señalar:

*LGP: la [/-] la esa (.) sí (.) la [/-] la→ .
*LGP: que no se me <engaña> [?] .
%gpX: (emblem) hits the table .
*INV: ah !
*LGP: sí (.) y él viene las cartas (.) pa(ra) dejarlas .
*LGP: antes te [/-] tenía cartas que <hemos puesto> [?]
nosotros .

Ejemplo 122. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Sucesión de parafasias verbales.

La primera intervención de la informante con demencia viene precedida por una pregunta formulada por su hijo sobre alguno de los trabajos que su madre ha desempeñado a lo largo de su vida. Después de varios intentos infructuosos por encontrar el término buscado –LGP llega a decir: “se me van los nombres”–, la hablante con DTA parece desesperarse y formula una primera parafasia verbal; aunque no estamos seguros de que pronunciara exactamente la palabra “engaña”, lo cierto es que se aleja bastante del posible término que completaría esa construcción (“que no se me viene”). A continuación, al ver que no es capaz de hablar sobre su trabajo, cambia ligeramente el tema de conversación y comienza a referirse a una de las ocupaciones de su hijo, presente en la grabación. Sin embargo, su elección de unidades léxicas dista mucho de ser adecuada: probablemente, utiliza la forma “viene” en lugar de “trae”, no sabemos a qué se refiere con “cartas”, pues el hijo no había sido cartero, y sospechamos que los verbos “dejar” y “poner” tampoco transmiten un contenido preciso. En definitiva, en este fragmento asistimos a una concatenación de parafasias que podría ser analizada, incluso, como un caso de desintegración semántica.

20.5.1.9 Proformas sin referente claro

El segundo tipo de déficit de recepción semántica que hemos considerado en nuestro estudio son las proformas sin un referente claro. Recordemos que bajo esta denominación incluimos, fundamentalmente, el uso de pronombres (o adverbios que funcionan como deícticos) cuyo antecedente es ambiguo o que ni siquiera puede ser rescatado a través del contexto comunicativo por el resto de interlocutores. A este tipo de elementos se le une la utilización abusiva de términos genéricos, lo que suele provocar que los oyentes consideren “vacío” el habla de las personas con alzhéimer. De hecho, esto puede ocasionar un déficit informativo y de cohesión, pues el contenido transmitido en sus intervenciones suele ser poco preciso y dificulta que los oyentes encuentren una relación entre las distintas partes del discurso.

Señalábamos en el apartado dedicado al déficit de memoria que, con frecuencia, este problema se había relacionado con un déficit que afectaría a la memoria semántica (Huff, 1998; Kempler, 1995); sin embargo, según Almor *et al.* (1999), un análisis que tuviera en cuenta las demandas cognitivas que se producen en la conversación llegaría a la conclusión de que son los fallos en la memoria de trabajo los responsables de que los sujetos con demencia usen este tipo de proformas y términos genéricos.

Nosotros pensamos que en los déficits de recepción de este tipo coexisten ambas clases de déficit de memoria. Parece bastante claro que la profusión de palabras como “cosa”, “sitio” o “hacer” se debe a la dificultad para recuperar los términos de contenido más preciso y apropiados al contexto. Igual sucede en muchos casos con pronombres y adverbios deícticos, como “eso” o “allí”. Por otro lado, sí es más probable que la utilización de pronombres personales sin un antecedente claro sea una consecuencia del déficit de memoria de trabajo; el hablante con alzhéimer no recordaría que no ha mencionado de manera explícita el referente del pronombre que formula en un momento dado. A continuación, presentaremos un ejemplo correspondiente a cada uno de estos tipos de alteraciones lingüísticas, con lo que se podrá entender de mejor forma esta distinción.

En el primer fragmento asistimos a un momento de la conversación entre la hablante con demencia (RJC), su hijo y el investigador. La informante parece mezclar dos temas de los que se había estado hablando inmediatamente antes (ir a Valencia y su afición por la Iglesia), hasta que en una intervención acumula varios términos genéricos (“coses”, “estos casos”) que impiden una plena comprensión del significado por parte de los oyentes:

*RJC: ara (.) si tinc qu'anar a València també vaig ,, eh ?
*HIJ: <va> [>] .
*INV: <sin problema> [<] .
*HIJ: no hay problema .
*RJC: i vaig en missa (.) en València i en tot +//.
*RJC: perquè jo allí ja tinc coses guarda(d)es molt bonas
pa(ra) estos casos &*HIJ: claro [/] claro .
*RJC: 0 [=! looks at INV] . [+ trn]
*RJC: igual será para mi hijo que para ti (.) igual .
%gpx: (illustrator: deictic) points at INV .

Ejemplo 123. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. La hablante con demencia emplea varios términos genéricos que dificultan la comprensión del enunciado.

El segundo fragmento comienza con un turno en el que la informante con DTA menciona una de las tareas que ella lleva a cabo en su farmacia. Sin embargo, el interlocutor clave cambia de tema de manera brusca y MSS no parece prestar atención al contenido de su intervención, ya que ella sigue hablando de un asunto relacionado con la farmacia en su turno. Es en este segundo turno en el que la hablante con alzhéimer utiliza un pronombre (“no (.) pero él ya sabe...”) sin que el término al que sustituye aparezca en turnos cercanos. Alguien podría pensar que se está refiriendo a Pascual, otro de sus hijos, pero, a partir del conocimiento completo de la interacción grabada, presumimos que el antecedente de ese pronombre es uno de los trabajadores de la farmacia, del que MSS se quejaba al principio porque “se ponía delante del ordenador a hacer el tonto”. Así, el hecho de que no tengamos seguridad de a quién se refiere con el pronombre “él” compromete la cohesión discursiva:

*MSS: es que siempre hay un montón de recetas que arreglar
&*INV: sí .
*HIJ: los fines de semana (..) no (.) pues vienes a comer a
casa de Pascual o la mía (.) normalmente .
*MSS: no (.) pero él ya sabe que he dejado allí un montón
de recetas para que las vaya arreglando todas .
*HIJ: tú me has oído ?
*HIJ: tú no me has oído .
*MSS: eh ?
*HIJ: que digo que el fin de semana (..) que vienes a comer
a casa de Pascual o a mi casa .
*MSS: +^ o a tu casa (.) sí .

Ejemplo 124. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. La informante con alzhéimer utiliza el pronombre personal “él” sin mencionar su antecedente.

De acuerdo con los resultados de nuestro análisis cuantitativo, el déficit de rección causado por la utilización de proformas sin un referente claro es el tipo de déficit

lingüístico más común en las intervenciones de los informantes con DTA. De nuestros datos se desprende que el uso de proformas y términos genéricos es altamente dependiente del grado de deterioro cognitivo que sufre la persona. Así, los sujetos con un nivel inicial de demencia no presentan más allá de 1,83 déficits por grabación, de media; en las conversaciones donde participa un hablante en una etapa intermedia de la DTA este promedio alcanza los 5 casos; finalmente, es en la fase avanzada cuando este déficit se hace verdaderamente patente (10,28 casos por conversación)¹³⁸. La acumulación de un creciente déficit de memoria semántica y de memoria de trabajo provoca que las intervenciones de los hablantes con demencia se vayan llenando de términos genéricos y proformas sin un antecedente claro. En consecuencia, el contenido transmitido a través de ellas es menos preciso y se producen fallos de cohesión.

20.5.1.10 Omisión de intervención predicha

Pasamos ahora a comentar los déficits de recepción que afectan a algunas categorías pragmáticas. En primer lugar, nos detendremos en los casos en los que los sujetos con alzhéimer omiten una intervención obligada por el contexto, es decir, aquellas intervenciones predichas provocadas por una intervención predictiva formulada por otro hablante. Se trata, fundamentalmente, de casos en los que el interlocutor clave o el investigador lanzan una pregunta al hablante con demencia y este, en vez de emitir una respuesta con un contenido más o menos preciso, utiliza una intervención de inicio, un informe o una reacción evaluativa; en definitiva, no cierra el intercambio de manera adecuada. La mayoría de estas intervenciones introducen un nuevo tema de manera inesperada o vuelven a un tema anterior, lo cual es una de las principales causas por las que las conversaciones en las que participa una persona con DTA se perciben faltas de coherencia.

Además, detrás de la omisión de una intervención predicha pueden encontrarse diversos motivos. Uno de ellos estaría relacionado con la incapacidad para reconocer el alcance de una intervención predictiva; si el oyente no comprende que la pregunta formulada por su interlocutor requiere de una respuesta por su parte, o no tomará el

¹³⁸ No obstante, hay que tener en cuenta que una sola informante con un nivel avanzado de alzhéimer (LGP) presenta hasta 35 ejemplos de este tipo de déficit. Tal y como hemos apuntado en otras ocasiones, la variabilidad entre las alteraciones lingüísticas de hablantes con un mismo nivel de deterioro cognitivo es bastante grande. Por este motivo, cualquier promedio que se calcule a partir de una muestra reducida de habla es susceptible de no representar la realidad de manera fiable.

turno de habla o lo hará a través de una intervención no relacionada con lo anterior. En este sentido, aunque los mecanismos de gestión conversacional parecen ser una de las habilidades mejor conservadas en las personas con demencia (Guendouzi y Müller, 2002, 2006), a medida que avanza el deterioro cognitivo se producen más fallos a la hora de contestar una pregunta, lo que resulta en una no respuesta o en una digresión (Pérez Mantero, 2014a). Véase, por ejemplo, el siguiente intercambio, en el que asistimos a sucesivos intentos por parte del hijo de AAP para comprobar si esta informante reconoce a su nieto en una foto. Como se puede observar, lo máximo que consigue el interlocutor clave de su madre es que esta exprese sorpresa y se fije en la foto, pero no contesta de ningún modo a las preguntas que le formula su hijo:

```
*HIJ:      ey (.) mira este .
%gpx:      (illustrator: deictic) points and takes a photograph
           which is on the table .
*HIJ:      huy este !
*HIJ:      este qui és ?
*AAP:      ay !
%com:      takes the photograph .
*HIJ:      qui és este ?
*HIJ:      el moçet .
*HIJ:      qué guapo !
```

Ejemplo 125. Grabación 11 AAP. Nivel avanzado. El interlocutor clave realiza varias preguntas a la hablante con DTA, quien no responde en ninguna de las ocasiones.

De todos modos, también hemos apuntado previamente que en algunos casos en los que los interlocutores sin demencia permitieron un intervalo más prolongado entre turnos los informantes con DTA acabaron por enunciar una intervención predicha, aunque solo fuera para indicar que no sabían qué responder.

Un segundo motivo que explicaría la existencia de déficits de rección por omisión de una intervención predicha es que no responder en un momento dado puede ser una forma de no demostrar dificultades con un tema de conversación, especialmente las causadas por los problemas de memoria. Esta parece ser la razón por la cual PVN no responde a las demandas de su hijo en el siguiente fragmento conversacional que traemos a colación:

*HIJ: le has di [/ -] le has dicho a José Luis que vas a trabajar ,, no ?
 *HIJ: y entonces él quiere saber qué es lo que haces .
 *HIJ: dónde trabajas (.) en una oficina (.) de agricultor (..) eh (.) llevas una empresa (.) qué haces ?
 *PVN: huy (.) un montón de cosas .
 *PVN: mira (.) clin clan .
 %com: moves a part of the table upward and downward .

Ejemplo 126. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. El hablante con demencia no responde a las preguntas de su interlocutor, probablemente, para esconder un fallo de memoria.

Finalmente, también hemos considerado la existencia de este tipo de déficit de rección en los casos en los que el hablante con alzhéimer emite una intervención de respuesta que consiste total o parcialmente en la repetición de un contenido recurrente en sus turnos de habla. En este sentido, apreciamos que el informante no se ajusta a las restricciones semánticas impuestas por la intervención anterior y que, por lo tanto, se produce la omisión de la intervención predicha. Este es el caso frecuente de la informante MMT, que en las dos conversaciones en las que participó mostró ciertas perseveraciones. En el siguiente ejemplo observamos que el investigador realiza una pregunta a la hablante con demencia sobre planes del futuro inmediato; sin embargo, MMT no responde a esa cuestión, sino que emite una cantinela que se repite muchas veces a lo largo de la interacción:

*INV: pero y nosotros [/] y nosotros (.) vamos a hacer algo ?
 *MMT: ah !
 *MMT: 0 [=! laughs] . [+ trn]
 *MMT: y [/ -] y [/ -] y la niña se va (.) su padre (.) <casita> [>] .

Ejemplo 127. Grabación 23 MMT2. Nivel avanzado. La informante con alzhéimer emite una cantinela repetitiva en lugar de responder a la pregunta del investigador.

En cuanto a los datos puramente cuantitativos, no siendo este tipo de déficit lingüístico uno de los más presentes en el habla de las personas con alzhéimer, sí que se aprecia una mayor incidencia del mismo a medida que la capacidad cognitiva es menor. Así, hemos identificado 0,67 casos por conversación en la etapa inicial; 1,37 en las interacciones correspondientes a la fase moderada y una media de 3,86 omisiones de intervenciones predichas en la etapa avanzada. A partir de estas cifras podríamos concluir que existe una relación bastante consistente entre el grado de demencia que

sufre una persona y la cantidad de ocasiones en que rompe la predictibilidad de un intercambio.

20.5.1.11 Omisión de categoría textual

Los dos últimos déficits de recepción que aún debemos analizar se caracterizan por la omisión o la sustitución de categorías textuales, por lo que afectan a las superestructuras textuales. De acuerdo con los tipos de interacción que constituyen nuestro corpus, la omisión o la sustitución de estas categorías afectan principalmente a la superestructura narrativa, pues suelen aparecer en mitad del relato de un acontecimiento biográfico. No obstante, tal y como adelantábamos en la descripción de los déficits lingüísticos analizados, nuestro conocimiento sobre la veracidad de los hechos narrados en las conversaciones se limita a que los familiares confirmen o rectifiquen las palabras de la persona con alzhéimer. Solo en casos en los que fue muy evidente que faltaba información fundamental en la narración o que se había producido una confusión flagrante entre episodios de sucesos diferentes ha sido posible determinar la existencia de uno de estos déficits de recepción sin ayuda del interlocutor clave.

Así, por un lado, no son muchos los ejemplos que encontramos de omisión de categoría textual en nuestras grabaciones, bien porque no hemos detectado todos los casos en los que se haya podido producir un déficit de este tipo, bien porque la extensión de las narraciones disminuye a pasos agigantados conforme avanza el deterioro cognitivo; de hecho, a partir de la etapa intermedia, son los interlocutores clave en muchas ocasiones los que llevan el peso de las secuencias de historia, dejando que los hablantes con demencia hagan breves aportaciones al relato.

De ahí que sean escasos tanto el número de déficits por omisión de categorías textuales como el incremento de errores de este tipo a medida que progresa la enfermedad. Según nuestro análisis de datos conversacionales, el promedio de déficits de este tipo por grabación es de 0,42 en la etapa inicial, 0,87 en el estadio intermedio y 1 en las interacciones donde participa un hablante con DTA en fase avanzada.

A continuación, aportamos el extracto de una transcripción en la que se puede comprobar a qué nos referimos con la omisión de una categoría textual. En este fragmento de conversación, la hablante con alzhéimer (IBM) está describiendo el chalé de su hijo, aunque no consigue en ese momento recordar la palabra “chalé” y, por eso, intenta que los demás interlocutores averigüen la realidad a la que se está refiriendo a través de un circunloquio. No obstante, en esa descripción se omiten algunos detalles

que son necesarios para que cause el efecto oportuno en los oyentes. Así, en la construcción que cierra el fragmento (“aunque no llegamos (.) porque no puedes llegar”) pensamos que falta saber adónde no se puede llegar y cuál es la causa por la que no es posible llegar allí. En definitiva, existe una ausencia de determinadas categorías del nivel descriptivo y de un argumento que explique la relación de causa y efecto planteada por el conector “porque”:

```
*HIJ:      pero es un piso ?
*IBM:      claro .
*HIJ:      un piso o→ .
*IBM:      no (.) piso no (..) es una casa &*HIJ: una casa .
%gpx:      (illustrator: spatial) IBM extends her arm to
           indicate a big extension .
*IBM:      mu(y) grande (..) y te puede(s) ir pa(ra) allá y
           pa(ra) acá pa(ra) esto .
%gpx:      (illustrator: spatial) points forwards .
*IBM:      como si fuéramos pa(ra) allá [/] pa(ra) allá [/]
           pa(ra) allá (.) que no llegamos (.) aunque no
           llegamos (.) porque no puedes llegar .
%gpx:      (illustrator: spatial) points forwards .
```

Ejemplo 128. Grabación 25 IBM2. Nivel intermedio. La informante con demencia presenta un déficit por sustitución de categoría textual y otro por omisión de categoría textual.

20.5.1.12 Sustitución de categoría textual

Obsérvese en este mismo ejemplo la presencia de un déficit de recepción por sustitución de categoría textual. Al comienzo del intercambio la hija de IBM le pregunta si la casa de su hermano es un piso. La informante con demencia responde afirmativamente, pero la reacción de su hija hace que rectifique y diga que es una “casa”; turnos más tarde nos enteraremos de que en realidad se trata de un chalé en el campo. En cualquier caso, lo que se ha producido aquí es una confusión entre dos realidades distintas, ya sea por un déficit semántico o por un déficit de memoria.

Este tipo de déficit de recepción es bastante más común en las interacciones que componen nuestro corpus; se puede producir tanto en mitad de una narración como a preguntas de uno de los interlocutores sin demencia. En concreto, se observa un crecimiento exponencial en el número de sustituciones de categorías textuales a partir de la fase moderada de la demencia. Así, según nuestros datos, en las conversaciones en las que participa un hablante con un nivel inicial de alzhéimer se encuentra una media de 1,5 sustituciones; en la etapa intermedia, la incidencia de este déficit aumenta hasta los 4,5 casos por grabación, una cifra similar a la que identificamos para el estadio avanzado de la demencia: 4,57 déficits por conversación.

La mayoría de los déficits de este tipo están causados por fallos en la memoria episódica, en especial, confusiones entre sucesos pertenecientes a acontecimientos distintos y algunas invenciones que podrían ser utilizadas estratégicamente como intentos para enmascarar un déficit de memoria. Se corresponden con lo que en el ámbito de la pragmática enunciativa identificamos como transgresiones de la máxima de cualidad, en tanto que faltan a la verdad, aunque sea de manera inconsciente.

Una de las grabaciones donde encontramos un mayor número de ejemplos claros de sustitución de categorías textuales es aquella en la que participa JSP. A lo largo de la conversación, esta informante confunde los días que su cuidadora está con ella, las relaciones de parentesco entre algunos de sus familiares, la parte del cuerpo que le operaron, etc. El siguiente fragmento transcrito es buena muestra de lo que estamos comentando. Las hijas de JSP están intentando que su madre recuerde cuando ella iba al Hospital Clínico a hacer rehabilitación, adonde la acompañaban algunas veces. Sin embargo, la informante con demencia afirma que ella iba algunas veces con su madre, la cual había fallecido bastante tiempo antes. Este tipo de “despistes” son una de las quejas que suelen referir los cuidadores de personas con demencia y constituyen una prueba fehaciente de que la demencia ha alcanzado un estadio moderado:

*HER: te n'anaves tots els dies i agarraves [/-] quan te
 tocava agarraves el metro tu soles ,, eh ?
*JSP: no me recorde .
*HER: te n'anaves tu soles al metro .
*HER: te n'anaves al Clínic .
*JSP: i si alguna vega(da) venia ma mare .
*HIJ: no .
*HER: ta mare ?
*HIJ: no .
*HIJ: ta mare no † mare .
*HIJ: si a casa xxx mosatros amb tu (.) t'acompanyàvem .
*HIJ: però ta mare no .

Ejemplo 129. Grabación 8 JSP. Nivel intermedio. La hablante con DTA comete un déficit reectivo de sustitución de categoría textual al confundir su madre con sus hijas.

20.5.2 El déficit de concordancia: Resultados

Continuamos la descripción de los resultados con las categorías adscritas al déficit de concordancia. Aunque el primer impulso suele identificar “concordancia” y “nivel morfosintáctico”, al igual que sucede con las demás relaciones lingüísticas, la concordancia puede expresarse en todos los componentes.

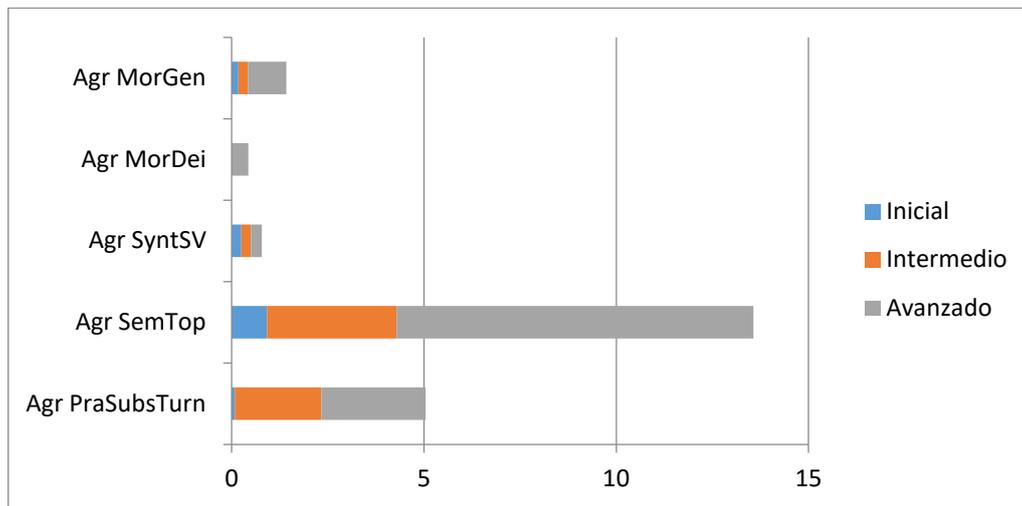


Figura 27: Promedio de tipos de déficit de concordancia por conversación según la etapa de la DTA.

Haciendo una breve introducción, según se puede comprobar en este gráfico, en nuestro corpus no hemos detectado ningún caso de discordancia fonológica, algo consecuente con el tipo de déficit comunicativo que sufren las personas con DTA. De todos modos, nuestra investigación no empleó instrumentos para realizar un análisis fonético, por lo que no podemos basarnos más que en las apreciaciones del oído humano. Por otra parte, las alteraciones que afectan a los componentes morfológico y sintáctico son bastante escasas, no existiendo, de hecho, ningún ejemplo de discordancia de número. Esto, en sí mismo, supone una gran diferencia con el perfil lingüístico de patologías como la afasia.

Sin embargo, en los hablantes con demencia de tipo alzhéimer son evidentes otros déficits de concordancia. Así se observa en la utilización de una intervención no esperada o en el componente semántico, donde la discordancia entre dos temas contiguos es la responsable de la mayor parte de los déficits de este tipo de relación lingüística.

20.5.2.1 *Discordancia de género*

Dentro del ámbito morfológico, la discordancia de género supone un déficit lingüístico muy evidente en la cadena significante, pues afecta a un aspecto básico de una lengua como el español o el catalán. Atendiendo a los datos que surgen de nuestro análisis, la discordancia de género no es una alteración que acompañe al desarrollo de la demencia. De hecho, solo hemos identificado como tal un caso en el conjunto de conversaciones en las que participa un hablante con una DTA inicial, y dos para el nivel intermedio, lo que se corresponde con una media de 0,17 y 0,25 déficits, respectivamente. Esta cifra aumenta ligeramente en la fase avanzada de la demencia hasta los 0,86 déficits por interacción, aunque una misma hablante es responsable de más de la mitad de los errores que se dan en este grupo de conversaciones.

A continuación, presentamos dos fragmentos de una interacción, bastante cercanos entre sí, en los que, curiosamente, la informante con DTA comete dos discordancias de género que afectan a un mismo sintagma nominal (“tantos flores”). No obstante, en el primer fragmento también puede observarse un uso correcto de la concordancia en un sintagma cuyo núcleo es el mismo sustantivo (“las flores”):

```
*MMT:      es que tenemos tantos flores† .
*MMT:      y las cogían (.) las [/-] los niños (.) les echaban
            las flores así así p(ara) arriba p(ara) arriba .
%gpx:      (illustrator: kinetograph) moves her arms up .
[...]
```

```
*MMT:      pero llegó Francisco y nos fuimos a otra casa .
*MMT:      pues hala (.) digo yo +"/.
*MMT:      +" pues yo no quiero tantos flo [/-] flores ni nada
            de nada .
```

Ejemplo 130. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. Discordancias de género.

Por un lado, el hecho de que la discordancia se refleje por partida doble en dos sintagmas idénticos nos haría sospechar de la razón de tal consistencia; sin embargo, que en el mismo intercambio aparezca un ejemplo de buen uso de la concordancia con respecto al mismo sustantivo nos hace pensar que estas discordancias de género son casos aislados provocados por un deficiente control sobre la propia producción lingüística.

20.5.2.2 *Discordancia de deíctico de persona*

Si son pocos los déficits por discordancia de género que hemos encontrado en nuestro corpus, los fallos de concordancia entre un deíctico de persona y la persona a la

que se refiere son menos aún. De hecho, es un déficit de concordancia que solo hemos identificado en tres conversaciones en las que participa un hablante en el estadio avanzado de la demencia, por lo que consideramos que este tipo de déficit aparece de manera muy esporádica y que no puede señalarse como una de las características del deterioro comunicativo de las personas con alzhéimer.

Pensamos, no obstante, que detrás de estos tres fallos de concordancia subyace un mismo fenómeno. El contexto de aparición de este déficit en nuestro corpus se define por una pregunta en la que un interlocutor sin demencia utiliza un determinante posesivo o un pronombre personal de segunda persona que hace referencia al informante con DTA. Consecuentemente, en la respuesta de este último debería aparecer un posesivo o un pronombre personal de primera persona. Sin embargo, el déficit se observa cuando el hablante con alzhéimer reproduce el deíctico empleado por su interlocutor sin tener en cuenta que con el cambio de hablante se ha producido también un cambio en el centro deíctico. Consideramos, por lo tanto, que este error podría deberse a una mala flexibilidad cognitiva y a una incapacidad para inhibir el uso repetido de un deíctico tras ser emitido por otro hablante. En definitiva, algunos informantes no consiguen cambiar el centro deíctico y utilizan un morfema de segunda persona en lugar de uno de primera persona para referirse a ellos mismos.

Esta es la situación que nos encontramos en el siguiente ejemplo, en el que la hija de AAM le recuerda a su madre que es su hijo Javi el que la lleva al centro de día de la AFAV, y no ella. En un primer momento, la informante utiliza de forma correcta el pronombre personal (“me ha traído”), pero, tras la insistencia de la interlocutora clave (“te trae Javi”), AAM parece entrar en un estado de confusión y emplea la misma forma de pronombre (“te trajo Javi?”):

```
*HIJ:      Javi te trae todos los días .
*HIJ:      <Javi te trae los lunes y los viernes> [>] .
*AAM:      <claro que sí> [<] (..) me [/ -] me ha traído también
           las cosas .
*HIJ:      Javi .
*AAM:      Javi .
*HIJ:      te trae Javi .
*AAM:      te tra [/ -] te trai [/ -] te [/ -] te trajo Javi ?
*HIJ:      no (.) a [/ -] a ti te trae Javi aquí .
*AAM:      a [/ -] aaah (.) pues entonces por eso fue (.)
           entonces .
```

Ejemplo 131. Grabación 16 AAM. Nivel avanzado. Discordancia entre el pronombre personal y la persona a la que se refiere.

Una explicación alternativa a este comportamiento radicaría en que la hablante con alzhéimer habría sufrido un problema de comprensión y habría pensado que su hija había dicho “me trae Javi”. No obstante, a favor de nuestra hipótesis, también podríamos pensar que la entonación interrogativa, unida a los continuos reinicios, sería un reflejo de la inseguridad comunicativa de AAM. Para reforzar esta idea, traemos a colación otro fragmento de conversación –en esta ocasión, de la grabación protagonizada por PVN– en el que el investigador pregunta al informante el nombre de su madre. Al igual que ocurría en el ejemplo anterior, el hablante con demencia utiliza el deíctico de persona adecuado al principio; sin embargo, al instante, PVN adopta el mismo determinante posesivo que había empleado el investigador, algo que parece provocarle confusión y emitir una intervención incoherente:

*INV: cómo se llamaba su madre ?
*PVN: mi madre ?
*PVN: mi madre era (.) <su madre [/-] su madre era la [/-]
la [/-] la> [?] .
*PVN: sí (.) la misma .

Ejemplo 132. Grabación 17 PVN. Nivel avanzado. Discordancia entre el determinante posesivo y el poseedor.

20.5.2.3 Discordancia entre sujeto y verbo

Como representante de los déficits de concordancia que tienen un alcance sintáctico, hemos identificado un pequeñísimo número de fallos que afectan a la concordancia de número entre el sujeto y el verbo de un enunciado. En total, ascienden a siete casos en el conjunto de las veintisiete grabaciones, divididos de la siguiente forma: tres casos en las conversaciones donde participa un hablante con una DTA inicial y dos casos en cada una de las etapas posteriores. El escaso número de discordancias y el hecho de que no se observe una progresión acorde con el deterioro comunicativo provocado por la demencia nos hace pensar que la inmediatez de la oralidad pudiera ser la causante de estos errores de concordancia y que, en tal caso, no se tratase de déficits lingüísticos.

En el siguiente extracto de conversación LGP y su hijo están discutiendo acerca de la situación laboral en la que se encuentra en ese momento su marido y padre, respectivamente. Más allá de esta circunstancia provocada por la confusión temporal en la que vive LGP, nos interesa detenernos en su último turno, en concreto, en la discordancia observable en “que alguien que son conocidos...”. Una vez más, que este

sea el único caso en el que podemos señalar una discordancia sintáctica de este tipo en toda la interacción nos hace ser cautelosos a la hora de identificarla como déficit:

*LGP: no (.) es que (.) sí (.) él trabaja (.) <a lo mejor en algún sitio> [>] .
 *HIJ: <trabaja no (.) trabajaba> [<] .
 *LGP: sí (.) no .
 *HIJ: +^ trabajaba .
 *LGP: +^ no (.) pero hay eso (.) que alguien que son conocidos o eso de eso y les ayuda un poco „ sabes ?

Ejemplo 133. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Discordancia de número entre el sujeto y el verbo.

20.5.2.4 Ruptura temática

Menos dudas ofrece la consideración de la ruptura temática como déficit comunicativo. Señalábamos en la presentación de las categorías analizadas en pragmática textual que hemos concebido la ruptura del hilo discursivo como un tipo de discordancia semántica en los casos en los que la introducción del nuevo tema se hace de manera brusca. En este sentido, la similitud de los semas de ciertos términos que desarrollan un mismo tema se ve truncada por el inesperado cambio de tema.

Nuestro criterio a la hora de identificar este tipo de déficit está bastante en consonancia con el que García y Joannette (1997) utilizaron para distinguir las digresiones dentro de su clasificación de los tipos de cambio temático. Recuérdese que en el apartado dedicado a la gestión temática hemos presentado un estudio previo en el que diferenciábamos los cambios de tema que no suponían una amenaza a la coherencia del discurso y aquellos que provocaban un caso claro de incoherencia. Entre estos últimos se destacaban (1) la vuelta a un tema anteriormente tratado (normalmente, como resultado de una glosomanía) y (2) la introducción de un nuevo tema de manera inesperada, es decir, sin que este tuviera ninguna relación con el tema previo ni el hablante los conectara de ninguna manera.

Pues bien, estos tipos de ruptura semántica se corresponden fundamentalmente en nuestro análisis con los casos de discordancia semántica. Desde un punto de vista cuantitativo, este tipo de déficit es uno de los más frecuentes en las intervenciones de los hablantes con DTA y supone que las relaciones de concordancia se vean mucho más afectadas de lo que lo estarían atendiendo solo al ámbito morfosintáctico. Aun así, el déficit por ruptura temática está muy ligado al grado de la demencia en que se encuentre una persona, pues de nuestros datos se desprenden profundas diferencias entre los resultados correspondientes a las tres etapas. A este respecto, constatamos que la

actuación comunicativa de las personas en un estadio inicial no se caracteriza por la aparición de rupturas temáticas; el promedio de déficits de este tipo es de 0,92 por conversación en la que participa un hablante con una demencia leve. La cantidad de rupturas temáticas aumenta considerablemente en las intervenciones de los sujetos en una fase moderada de la DTA, hasta llegar a 3,37 déficits de media en esta etapa. Finalmente, la incidencia de este déficit comunicativo se dispara en el estadio avanzado de la enfermedad, donde hemos identificado 9,28 rupturas temáticas por conversación¹³⁹.

Desde un punto de vista cualitativo, dentro de este tipo de discordancia semántica, el déficit comunicativo provocado por la brusca introducción de un nuevo tema sin relación aparente con el anterior es característico de todas las etapas de la demencia, particularmente y con mayor intensidad, a partir de la fase moderada. Las causas por las que se producen estas digresiones no están totalmente claras; lo que sí parece evidente es que los temas introducidos por los hablantes con DTA son temas que realmente les importan. En este sentido, consideramos que en ocasiones los informantes con demencia abandonan los temas sin cerrarlos adecuadamente y dirigen la conversación hacia temas más íntimos o en los que se encuentran más cómodos.

El siguiente fragmento puede ser una muestra de cómo una persona con demencia deja un tema en mitad de su turno para comenzar a hablar sobre una de sus mayores preocupaciones. En concreto, en este ejemplo, el hijo de RJC le pregunta a su madre sobre uno de los productos típicos de su pueblo, las cerezas. La hablante con alzhéimer responde brevemente, pero enseguida abandona el tema de Serra (“y en Serra pues sí”) y cambia radicalmente de tema hacia una queja sobre cómo los hijos tratan a sus madres. Por la forma en que se sigue desarrollando la conversación, pensamos que RJC no está contenta del todo con la cuenta que le echan sus hijos y que en realidad se está refiriendo a su propia situación:

¹³⁹ Pero, siendo sinceros, esta cifra está muy determinada por la gran cantidad de rupturas temáticas observadas en la grabación de MMT2, quien, debido a las perseveraciones que sufre, presenta un total de 27 ejemplos de este tipo de déficit. En este caso resulta imposible mantener una buena comunicación verbal con la informante con demencia a causa de la continua reintroducción de temas, lo que rompe la coherencia del discurso.

*HIJ: Serra tiene buenas cerezas ¿ madre ?
 *RJC: hombre !
 *RJC: sí son muy buenas .
 *HIJ: +^ las cerezas .
 *RJC: muy buenas (.) de verdad (.) muy buenas [/] muy buenas .
 *RJC: y en Serra pues sí .
 *RJC: yo (.) pues muchas veces lo que las madres [/-] lo que las madres quieren si sí un poquito o si no o si cuántos .
 *RJC: porque a la madre se le tiene que decir alguna cosita y muchas veces las madres se quedan (d)arrere .
 *RJC: y eso no puede ser (.) porque las madres son muy buenas .

Ejemplo 134. Grabación 19 RJC. Nivel intermedio. Déficit de ruptura temática causado por la brusca introducción de un tema no relacionado con el anterior.

En cambio, el segundo gran tipo de ruptura temática que contemplamos, la vuelta a un tema recurrente a causa de una glosomanía, es un síntoma de que el desarrollo de la demencia se encuentra en un estadio avanzado¹⁴⁰. Este tipo de déficit lingüístico puede caracterizarse por la repetición de enunciados enteros o, simplemente, por la obsesión por un tema o una situación concretos. En cualquier caso, supone una ruptura total de la coherencia discursiva a la que los interlocutores sin demencia se tienen que adaptar si quieren mantener una conversación más tiempo con sus familiares. En un primer momento, por la información que recabamos de los interlocutores clave, creemos que los temas que aparecen una y otra vez en una misma grabación son circunstanciales; sin embargo, a medida que el deterioro cognitivo se hace más grave, es posible que toda la iniciativa comunicativa de un hablante se vea reducida a un único tema, como ocurre en la grabación 23 MMT2.

El ejemplo que adjuntamos a continuación pertenece al primer tipo de glosomanía, es decir, la introducción recurrente de un tema que se ha quedado impregnado en la conciencia del hablante con demencia, pero del que, posiblemente, no vuelva a hablar en una conversación posterior. En este caso nos encontramos ante una

¹⁴⁰ No obstante, las informantes MSS y DGD, ambas diagnosticadas con un GDS 5 o fase intermedia, presentaban temas recurrentes en sus intervenciones. La demencia es un continuum de deterioro cognitivo, por lo que no es sencillo establecer divisiones y puntos de referencia inamovibles en la evolución de una capacidad determinada. A esto se une la consabida falta de especificidad de la escala GDS para evaluar habilidades comunicativas, por lo que, aunque el deterioro cognitivo de estas informantes sea principalmente el de una persona en el nivel medio de la DTA, la glosomanía las acerca a un estadio avanzado.

persona que constantemente expresa su animadversión por un compañero de la residencia de ancianos donde vive. Probablemente, la demencia que padece cursa con algunos episodios de delirio y de manía persecutoria. Así, a lo largo de esta grabación es frecuente que el hablante con alzhéimer interrumpa el hilo del discurso para quejarse de ese compañero de residencia, de manera que se producen rupturas temáticas como la siguiente:

- *HIJ: (2.0) bueno (.) y hoy [/-] y hoy qué ha [/-] qué ha comido aquí ?
*HIJ: lo mismo que ha [/-] que ha comido esta semana pasada ?
*FGB: hombre (.) eso pues para contar <cuenta> [?] .
*HIJ: pero aquí ha comido muy bien hoy „ no ?
*FGB: hombre (.) claro (.) esto todo a base de bien .
*INV: 0 [=! laughs] . [+ trn]
*FGB: salió del tío aquel que lo hubiera cogido yo y lo hubiera tirado por la ventana .

Ejemplo 135. Grabación 26 FGB2. Nivel avanzado. Déficit de ruptura temática causado por la vuelta a un tema recurrente.

20.5.2.5 Sustitución de intervención esperable

Finalmente, hemos considerado un último déficit de concordancia que afecta a una categoría pragmática como los intercambios y, específicamente, a los pares adyacentes de [inicio-respuesta]. Esta discordancia parte del hecho de que algunas veces una intervención predicha no muestra las huellas sintácticas o semánticas que deberían unirlos con la intervención anterior; en estos casos parecería que el informante con demencia no ha comprendido el sentido de la cuestión formulada por su interlocutor y que, por esta razón, su respuesta no concuerda con la pregunta.

Tomamos en esta ocasión dos fragmentos de conversaciones distintas, a partir de los cuales podremos profundizar en algunos de los principales contextos de aparición de este déficit por sustitución de intervención esperable. Comenzamos, en primer lugar, con un ejemplo perteneciente a la grabación 12 DGD. En el momento de la interacción que presentamos a continuación, la logopeda que nos acompañaba le pregunta a la informante si durante sus estudios en Bilbao estuvo interna, es decir, viviendo en el propio colegio. Es importante resaltar que la segunda pregunta “<vivió ahí en el colegio> [>] ?” especifica el significado de la palabra “interna” en ese contexto. Sin embargo, DGD interrumpe esta segunda intervención porque, tal vez, entiende “interna” en el sentido de una persona que trabaja fuera de casa en tareas domésticas y que pernocta en su lugar de trabajo. Por lo tanto, este podría ser el motivo por el cual replica

que ella no ha estado interna, que no ha estado con nadie. En definitiva, la discordancia pragmática, la sustitución de una intervención esperable por otra, se produce en este y en otros casos por un fallo a la hora de acceder al significado contextualmente apropiado de un término.

```
*LOG:      entonces estudió en Bilbao (.) interna ?
*LOG:      <vivió ahí en el colegio> [>] ?
*LOG:      <sí> [>] ?
*DGD:      <interna (.) no (.) yo no he estado con nadie> [<] .
*HIJ:      0 <[=! nods]> . [+ trn]
```

Ejemplo 136. Grabación 12 DGD. Nivel intermedio. Sustitución de intervención esperable motivada por un fallo a la hora de acceder al significado contextualmente apropiado de un término.

En segundo lugar, traemos a colación un fragmento de la interacción en la que participó MSS. En este ejemplo observamos un intercambio entre el investigador y la informante con demencia en el que el primero le está preguntando a MSS acerca de ciertos aspectos relacionados con su asistencia al centro de día de la AFAV. En principio, parece que la hablante con alzhéimer responde de manera adecuada, aunque parca, a las intervenciones del investigador. No obstante, a la pregunta “lleva muchos años yendo?”, MSS responde como si hubiesen estado hablando de su farmacia todo ese tiempo (“tengo la farmacia muchos años”). En este sentido, un buen número de este tipo de déficits se produce porque el informante con demencia responde a algo que no le han preguntado, ya sea por un problema de comprensión o por un fallo de la memoria de trabajo. En cualquier caso, esta discordancia pragmática provoca que la conversación se vuelva incoherente.

```
*INV:      hay [/-] ha hecho algún amigo en el club de mayores ?
*MSS:      bueno (.) es que siempre vamos los mismos .
*INV:      sí (.) se conocen .
*MSS:      y son muchos años .
*INV:      lleva muchos años yendo ?
*MSS:      0 [=! nods] . [+ trn]
*MSS:      tengo la farmacia muchos años .
```

Ejemplo 137. Grabación 5 MSS. Nivel intermedio. Sustitución de intervención esperable.

Los resultados del análisis cuantitativo nos muestran que este déficit es prácticamente inexistente en la primera etapa de la demencia, pues solo hemos identificado un único caso en las doce conversaciones estudiadas. Sin embargo, en el estadio moderado se observa una media de 2,25 sustituciones por grabación, mientras que en la fase avanzada esta cifra sube ligeramente hasta 2,71 casos por conversación.

Así, sin dejar de considerar lo pequeño de nuestra muestra, parece que estas discordancias pragmáticas se hacen evidentes cuando una persona alcanza la etapa intermedia de la enfermedad y que su incidencia continúa más o menos estable en la fase avanzada, donde el mayor deterioro lingüístico toma otros cauces (rupturas temáticas, omisión de proposición completa, proformas sin un referente claro, etc.).

20.5.3 El déficit de orden: Resultados

En este apartado nos centraremos en analizar los déficits que afectan a la relación de orden entre diferentes elementos lingüísticos. En los resultados generales que expusimos al comienzo de este capítulo ya podía observarse la escasísima presencia de este tipo de déficits en el habla de las personas con alzhéimer. Con mucho, es el tipo de relación lingüística menos afectada por el deterioro comunicativo característico de la DTA.

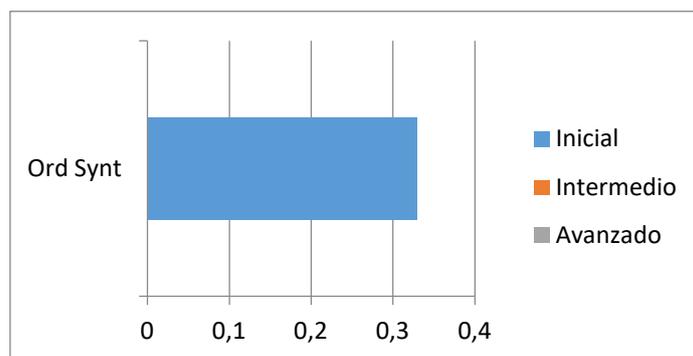


Figura 28: Promedio de tipos de déficit de orden por conversación según la etapa de la DTA.

En concreto, no se observaron casos de fallos de orden fonológico (metátesis) ni en el orden de las categorías textuales. En cambio, en otro ámbito de la actuación lingüística como la sintaxis sí pudimos detectar una mínima cantidad de alteraciones de orden. A continuación, pasaremos a comentar con mayor profundidad los déficits de orden identificados en nuestro corpus.

20.5.3.1 Alteración en el orden de las palabras

La consideración de un déficit de orden en el componente sintáctico debe partir de la base de que lenguas como el español o el catalán en su variedad hablada en Valencia permiten una gran flexibilidad en el orden de las palabras sin que esto se considere agramatical, pues la lengua cuenta con otros medios prosódicos para relacionar los distintos constituyentes sintácticos. Además, hemos tenido en cuenta que la sintaxis del

lenguaje oral, por sus propias condiciones de inmediatez, es diferente a la del modelo escrito.

Aun así, tras el análisis de las conversaciones nos encontramos con la existencia de al menos cuatro casos en los que se pudo detectar una alteración en el orden de las palabras que iba más allá del uso conversacional normal. Atendiendo a estos posibles déficits de orden sintáctico, lo que más nos llama la atención es que todos fueran responsabilidad de hablantes con un grado leve de demencia. Téngase en cuenta, no obstante, que los casos que aúnan un déficit de orden con otras alteraciones en el ámbito sintáctico han sido considerados dentro del epígrafe “desintegración sintáctica”, con una mayor presencia en la etapa avanzada.

De cualquier modo, las alteraciones en el orden de las palabras que hemos identificado en nuestro corpus parecen caracterizarse por ser el resultado de un flujo de pensamiento desordenado. Esto da lugar a algunas construcciones sintácticas extrañas, aunque pueden ser reordenadas fácilmente por los oyentes. A este respecto, obsérvese el siguiente fragmento transcrito en el que la informante TRM comenta ciertas circunstancias relacionadas con el centro de día al que acude. En concreto, nos referimos a la intervención que sigue a los cinco segundos de pausa (“como esto el peligro sabe que hay↑”), que sirve para introducir un comentario sobre la razón por la que un compañero está yendo al centro. Obviamente, la construcción sintáctica empleada por la hablante con demencia es extraña y se ve afectada por dos dislocaciones, pues entendemos que el enunciado se podría reconstruir de la siguiente manera: “¿sabe el peligro que hay con esto?”. Así, en la intervención original, el complemento directo (“el peligro”) antecede al verbo (“sabe”) y la causa de que exista ese peligro (señalada a partir del pronombre “esto”) está desplazada del sitio que le corresponde en la oración subordinada, apareciendo al comienzo del enunciado. En cualquier caso, como señalábamos arriba, este tipo de déficit de orden no compromete en demasía la comprensión por parte de los oyentes:

*TRM: bien (.) estamos allí .
 *TRM: (5.0) como esto el peligro sabe que hay↑ .
 *TRM: porque un día mismo un hombre (..) lo hicieron ir
 allí sus hijas porque un día se perdió .
 *INV: anda !

Ejemplo 138. Grabación 1 TRM1. Nivel inicial. Alteración en el orden de las palabras.

20.5.4 El déficit de integración: Resultados

A continuación nos centraremos en los resultados del estudio del déficit de integración, con el que llegamos al punto final en cuanto al análisis de las capacidades lingüísticas de las personas con alzhéimer.

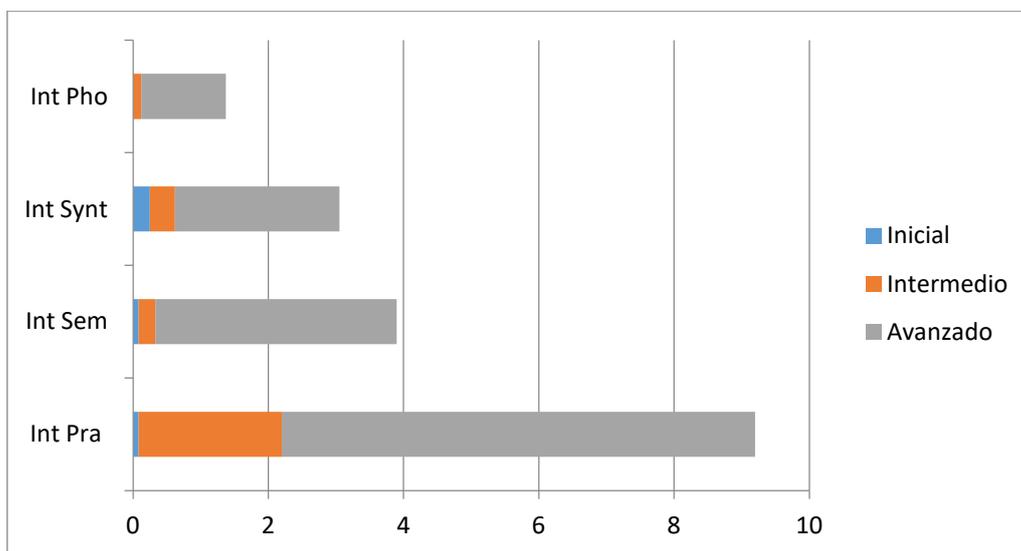


Figura 29: Promedio de tipos de déficit de integración por conversación según la etapa de la DTA.

Como se puede observar en el gráfico que adjuntamos, la aparición de déficits de integración en las intervenciones de los hablantes con demencia se produce de manera predominante en la etapa avanzada de la enfermedad. En este sentido, los resultados generales demostrarían que la desintegración perceptiva es un síntoma asociado a la existencia de un deterioro cognitivo y comunicativo muy graves.

Por otro lado, siguiendo los postulados de Gallardo Paúls (2006, 2007) que comentamos en la presentación de las categorías analizadas, consideramos que todo déficit de integración es un déficit pragmático, pues atenta contra la adecuación del enunciado al contexto. No obstante, como ocurre con las relaciones lingüísticas que hemos descrito previamente, es factible que las alteraciones de este tipo puedan ser asociadas a un determinado componente.

20.5.4.1 *Desintegración fonológica*

Bajo esta etiqueta hemos descrito la presencia de neologismos en el discurso de los hablantes con DTA. Para realizar esta identificación partimos de la base de que los neologismos, en lingüística clínica, son “formas fonológicas de las que es imposible recuperar algún elemento del lenguaje que tenía el paciente con anterioridad” (Ardila, 2005: 51). A diferencia de otras alteraciones que pueden afectar al componente fonológico, como la omisión o la metátesis, ante un neologismo no es posible rastrear el término previsto en la mente del informante con alzhéimer. Por esta razón, creemos que estas unidades son el resultado de una desintegración de tipo fonológico.

En el caso específico de los hablantes aquejados de una demencia de tipo alzhéimer los neologismos suelen ser una reacción frente a una dificultad de tipo semántico, es decir, una anomia por la cual una persona no consigue expresar la palabra apropiada al contexto. Así, junto con los términos genéricos, los circunloquios y las parafasias, los neologismos han sido descritos a veces como una señal palpable de la anomia característica de los hablantes con DTA (Hamilton, 1994). Sin embargo, si bien la utilización de proformas, definiciones y palabras relacionadas semánticamente demuestra una habilidad comunicativa conservada, la aparición de una desintegración fonológica en estos contextos sería síntoma de una anomia profunda.

No es de extrañar, por lo tanto, que su incidencia sea casi privativa de las últimas fases del desarrollo de la demencia. De cualquier modo, en nuestro corpus no contamos con una muestra extensa de neologismos, pues se ha identificado solamente uno en el conjunto de las grabaciones pertenecientes a la etapa intermedia y nueve más en las intervenciones de los hablantes en un estadio avanzado de la DTA. No obstante, dos de ellos corresponden a fallos que cometió una misma informante mientras leía un panfleto, por lo que podemos concluir sin ambages que en la práctica conversacional la presencia de neologismos es muy escasa, a diferencia de los resultados que puedan extraerse de otro tipo de pruebas sin validez ecológica (por ejemplo, fallos en repetición de palabras o pseudopalabras).

En el siguiente fragmento se concentran dos ejemplos de desintegración fonológica provocada por la dificultad para acceder a una misma palabra. La hablante con demencia no consigue dar con el término que designa los objetos con los que trabajaba su padre. En este turno se pueden observar sus intentos por dar con la palabra adecuada (“túculos”, “tuques”), pero de su expresión lingüística no puede extraerse ninguna pista que nos acerque a averiguarla. Por otra parte, véase la profusión de

fenómenos que acompañan a la anomia en este extracto: neologismos, proformas y términos genéricos, omisión de sustantivo, queja de memoria y circunloquio.

- *LGP: yyy luego nos vinimos aquí (.) porque mi padre se
 vino con otros personas y estaban haciendo los [/-]
 los tuculos .
*LGP: eso que [/-] los <tuques> [?] esos que hacen para
 cargar la [/-] las cosas en las [/-] en los→ .
%gpx: (emblem) clicks her tongue .
*LGP: que no me acuerdo .
*LGP: lo tiene que llevar en caballería .

Ejemplo 139. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Neologismos por déficit de tipo anómico.

20.5.4.2 Desintegración sintáctica

En segundo lugar, el déficit de integración también se manifiesta en la sintaxis de las intervenciones de los hablantes con alzhéimer. En las etapas más avanzadas de la demencia nos encontramos con una notable cantidad de anacolutos que llegan al punto de provocar una desintegración sintáctica, lo que Grodzinsky (1990: 144) llamaba “*dissolution*”, y que para él era un déficit lingüístico típico de las demencias neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer.

Creemos que la conjunción de varios fallos entre algunos de los procesos cognitivos más importantes estaría detrás de estos graves errores en la cohesión sintáctica. Así, una menor capacidad para mantener activos ciertos elementos en la memoria de trabajo, una habilidad disminuida en cuanto a la atención sostenida y una creciente incapacidad para inhibir estímulos no relacionados con el propósito de la intervención pueden ser los motivos por los cuales se produce esta desintegración sintáctica.

En cualquier caso, no es uno de los problemas comunicativos más frecuentes en el habla de las personas con alzhéimer. Los resultados de nuestro análisis señalan la existencia de 0,25 casos por conversación en la que participa un hablante con una demencia en estadio inicial, 0,37 déficits de este tipo por grabación en la etapa intermedia y, finalmente, una media de 2,43 ejemplos de desintegración sintáctica por conversación en la fase avanzada. De estos datos podemos extraer las siguientes conclusiones: por un lado, tal y como ocurre con el resto de déficits de integración, esta grave alteración de la sintaxis apenas tiene hueco en las intervenciones de las personas con un nivel de deterioro cognitivo leve o moderado; por otro lado, pensamos que el evidente crecimiento en la cantidad de déficits de este tipo que se produce en la etapa avanzada se ve ralentizado por otro fenómeno lingüístico analizado en el capítulo

correspondiente a la pragmática interactiva, la disminución en la longitud de los turnos de habla. Por lo tanto, es bastante posible que los casos de desintegración sintáctica en la fase avanzada fuesen más frecuentes si no fuera porque la longitud media de los turnos apenas supera las siete palabras.

A continuación, aportamos un extracto de conversación que refleja a las claras la desintegración sintáctica que en ocasiones aparece en el discurso de los informantes con un deterioro cognitivo grave:

*MMT: pero [/ -] pero estaba precioso todo .
 *MMT: y es la niña que donde está allí .
 %gpx: (illustrator: deictic) points to the left .
 *MMT: y [/ -] y lo que está allí (.) que está bonito (.) que
 es el crucifijo y todas esas cosas .

Ejemplo 140. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. Déficit por desintegración sintáctica.

Obsérvese, en especial, el fragmento “y es la niña que donde está allí”. A partir de la construcción sintáctica de este enunciado resulta realmente complicado averiguar su significado. Probablemente, desde el punto de vista sintáctico, lo que crea más dificultades a la hora de analizar la estructura de esta oración sea la sucesión de dos nexos subordinantes. Una posible interpretación podría ser “y es la niña la que está allí”, para lo cual habría que introducir un pronombre y eliminar el relativo de lugar. No obstante, sabemos por como continúa el turno de habla que la informante no está señalando un espacio en el que se encuentre su nieta, sino un crucifijo y un cuadro que representa la “Última Cena”. En definitiva, a pesar de que no podemos asegurarlo fehacientemente, pensamos que al empezar el enunciado MMT sigue con el tema anterior, centrado en una anécdota protagonizada por sus nietos, pero súbitamente se distrae con la decoración de su casa y pierde el hilo de lo que estaba narrando; esto provoca que deje el enunciado a medias y comience uno nuevo sin establecer la frontera entre ambos.

20.5.4.3 Desintegración semántica

En el componente semántico el déficit de integración se produce en aquellas situaciones en las que existe una separación entre las dimensiones locutiva y representativa del acto de habla; es decir, intervenciones en las que no existen problemas de articulación, pero donde las unidades léxicas enunciadas no son las adecuadas para transmitir un significado coherente. En el ámbito de las investigaciones

sobre afasia fluente se ha acuñado el término “jergafasia” para hacer referencia a esta alteración lingüística por su efecto similar al de una jerga. Es un déficit que consiste, por lo tanto, en un discurso que parece gramaticalmente correcto, pero cuyo problema radica en la sustitución de los términos adecuados por otros ininteligibles o que no aportan el contenido semántico adecuado al contexto comunicativo.

En el caso concreto de la DTA la desintegración semántica es el resultado de una manifiesta incapacidad para seleccionar los términos adecuados; en este sentido, la información recogida en la memoria semántica se encuentra tan dañada que ciertas partes del discurso de los hablantes con demencia se limitan a una sucesión de proformas, términos genéricos y parafasias.

Dentro de nuestro corpus, la grabación en la que participa la informante LGP recoge el mayor número de déficits de este tipo; no es casual que también fuera la hablante que cometió más errores de tipo reectivo, pues estos son en muchas ocasiones la consecuencia de sufrir anomia. Por lo tanto, parece evidente que entre todas sus habilidades lingüísticas, aquellas relacionadas con el componente semántico se encuentran verdaderamente deterioradas.

*INV: que ha trabajado él (.) entonces .
%gpx: (illustrator: deictic) points at HIJ .
*LGP: en lo de la luz .
%gpx: (illustrator: deictic) looks upwards .
*LGP: de esto de [/-] de las [/-] de esto que se hace
cuando se carga la ma [/-] la [/-] la [/-] la .
*HIJ: +^ la qué ?
*LGP: +^ la [/-] la [/-] las mesas de estas .
%gpx: (emblem) hits the table .
*LGP: los [/-] los me [/-] me [/-] los géneros de [/-] de
cuando hacen cosas ahí encima .
*LGP: eso también (.) sí .
*INV: qué ha sido electricista o montador de muebles o→ .
*HIJ: una tienda de bricolaje .

Ejemplo 141. Grabación 13 LGP. Nivel avanzado. Déficit por desintegración semántica.

En este fragmento de la conversación con LGP asistimos a los intentos de la informante por aclarar al investigador en qué ha trabajado su hijo. Sin embargo, es innegable que la hablante con alzhéimer encuentra grandes dificultades para producir términos de contenido preciso; por este motivo, sus intervenciones están repletas de proformas (“esto”, “ahí”), términos genéricos (“hace”, “cosas”) y otras unidades léxicas con un contenido referencial muy amplio (“luz”, “mesas”, “géneros”). Esta

desintegración semántica provoca que el investigador tenga que recurrir a su capacidad inferencial y, finalmente, no consiga entender el contenido transmitido por LGP.

Por otro lado, a diferencia de lo que se ha descrito para los afásicos fluentes (Alom Poveda y Peña Casanova, 2007: 78), no puede afirmarse con seguridad que la informante padezca una anosognosia que le impida darse cuenta de su déficit de integración semántica; a partir del análisis del corpus, nosotros nos decantamos por la idea de que los sujetos con demencia son más o menos conscientes de que su lenguaje no es informativo y, por este motivo, emplean una buena cantidad de reformulaciones y circunloquios.

En cuanto a los datos puramente cuantitativos, como no podía ser de otra forma, observamos un patrón muy similar al del resto de déficits de integración. Su incidencia es prácticamente nula en las conversaciones en las que participa una persona con un deterioro cognitivo leve o moderado (uno y dos casos en total, respectivamente). Sin embargo, en el paso a la fase avanzada de la demencia, dadas las mayores dificultades de tipo semántico, el déficit por desintegración semántica experimenta un fuerte crecimiento que se corresponde con una media de 3,57 casos por grabación.

20.5.4.4 Desintegración pragmática

Por último, cerramos el capítulo dedicado al análisis del déficit lingüístico con un apartado en el que expondremos la incidencia de la desintegración pragmática en las conversaciones que conforman nuestro corpus. Como anunciábamos en la presentación del déficit de integración, es en las categorías pragmáticas donde este se hace más evidente, pues afecta a numerosos aspectos de la construcción del discurso y, especialmente, a la integración entre la información transmitida en los enunciados y el contexto en que se produce la enunciación.

Desde un punto de vista cuantitativo, por lo tanto, constatamos la existencia de un mayor número de déficits de integración pragmática que en los componentes fonológico, morfosintáctico y semántico; esto se traduce en un único caso de desintegración pragmática en el nivel inicial, pero una media de 2,12 en las conversaciones con un hablante en un estadio moderado y de 7 errores de este tipo en las grabaciones correspondiente a la etapa avanzada.

Del mismo modo, atendiendo a los resultados que surgen del estudio particular de cada una de las etapas de la demencia, se observan ciertas similitudes y diferencias entre la desintegración pragmática y los demás tipos de desintegración, que comentamos a

continuación. Así, en el plano de las semejanzas se encuentra el hecho de que los hablantes con un nivel inicial de DTA apenas se ven afectados por los déficits de integración, mientras que en la etapa avanzada se observa un considerable aumento de este tipo de alteraciones. Esto reforzaría la idea ya expresada de que los problemas de integración demuestran la gravedad del déficit lingüístico que sufre una persona. No obstante, en cuanto a las diferencias señaladas, si bien la desintegración, en términos generales, se suele hacer realmente presente en las fases más avanzadas de la demencia, en el caso de la desintegración pragmática este aumento se hace ya evidente en la etapa intermedia. En definitiva, las categorías pragmáticas presentan una mayor tendencia a la desintegración, algo que se detecta en la aparición frecuente de fallos en la fase intermedia y que se confirma a partir de la gran cantidad de alteraciones de este tipo en la etapa avanzada de la demencia.

Por otro lado, desde una perspectiva cualitativa, completaremos esta descripción con un análisis que tiene en cuenta los diversos fenómenos causantes del déficit de integración pragmática en las intervenciones de los hablantes con alzhéimer. Aunque los motivos detrás de un déficit de esta clase pueden ser muy variados, en nuestro corpus se repiten ciertos patrones que nos permiten distinguir tres tipos fundamentales; en este sentido, utilizaremos ejemplos extraídos de las conversaciones que grabamos como punto de partida para describir dichos fenómenos.

En primer lugar, como ya hemos apuntado, la desintegración pragmática se puede producir cuando la información expresada a través de los enunciados no casa con las circunstancias de la enunciación. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, cuando un hablante con alzhéimer mezcla sucesos que han ocurrido con otro tiempo con la situación que vive en ese momento. Este tipo de confusiones espaciotemporales es una de las razones que incluimos dentro del análisis de la pragmática enunciativa como responsables de las transgresiones de la máxima de cualidad; el informante con DTA dice cosas que no son ciertas porque no se da cuenta de que mezcla pasado y presente en sus intervenciones.

Obsérvese el siguiente fragmento de la conversación en la que participó ALG como muestra de lo que acabamos de señalar. El investigador realiza una pregunta a la informante sobre una situación que se repite cada vez que vuelve a casa después de pasar gran parte del día en el centro de la AFAV, contarle a su marido lo que ha hecho o hablar de cualquier otro tema. Sin embargo, ALG rápidamente comunica una circunstancia por la cual no pueden hablar mucho: que tanto ella como su marido tienen prisa porque tienen que volver al trabajo. Obviamente, tanto ella, que había sido ama de

casa, como su marido, ya jubilado, no trabajaban en el momento en que grabamos esta interacción, por lo que intuimos que en esta respuesta la hablante con demencia está mostrando un estado de confusión espaciotemporal que provoca una desintegración pragmática:

```
*INV:      ah (.) y de qué habla normalmente con su marido (.)
           ahora cuando llega a casa ?
*ALG:      qué es lo que le voy a decir ?
*INV:      sí .
*ALG:      pues contaré la [/ -] lo que haya visto de por aquí .
%gpx:      (illustrator: deictic) points backwards .
*ALG:      y [/] y pocas cosas porque cuando comemos (.) comemos
           rápido para irnos al trabajo &*INV: uhhum .
*ALG:      claro (.) si no [/] no [/] no nos da .
*INV:      no da tiempo (.) porque trabaja por la tarde .
*ALG:      por la tarde .
*INV:      ah !
*ALG:      sí .
```

Ejemplo 142. Grabación 14 ALG. Nivel intermedio. Desintegración pragmática causada por una confusión entre pasado y presente.

En segundo lugar, el déficit de integración pragmática puede estar relacionado con una incapacidad manifiesta para seguir una mínima superestructura textual a la hora de narrar un hecho o argumentar una postura. En estos casos nos enfrentamos a situaciones en las que se mezclan episodios entre los que no es fácil establecer una conexión, en las que las categorías textuales apenas se desarrollan (simplemente, se mencionan) y donde los sucesos narrados no se unen de manera coherente. En suma, se trata de intervenciones en las que no es posible determinar una superestructura textual que dé soporte a las palabras del informante con demencia y, como consecuencia, la coherencia de la interacción se ve gravemente comprometida.

Un claro ejemplo de lo que acabamos de comentar es el siguiente intercambio, en concreto, el turno de MMT, donde se pueden identificar todos los fenómenos descritos. El fragmento comienza con una cuestión con la que el investigador pretende que la hablante con alzhéimer le cuente su experiencia en un parque temático junto a su hija y nietos. Sin embargo, en la respuesta de MMT observamos un alto grado de inadecuación y un desarrollo errático de los hechos que presenta. Así, en un breve espacio, la informante cambia tres veces de sujeto (los niños, Francisco, su marido) y no establece ninguna conexión coherente entre los hechos que predica de cada uno de ellos. En este caso, diríamos que no existe una superestructura textual como tal y que, por lo tanto, la coherencia del discurso está muy alterada:

*INV: y qué tal se lo pasaron allí (.) <en Eurodisney> [>]
?
*MMT: <ah (.) pues todo> [<] (.) de todo (.) precioso [=!
laughing] .
*MMT: los niños tienen que comer cuando tengan que comer .
*MMT: pero si viene Francisco (.) pues también está tan
bien .
*MMT: porque este es el que mejor está .
%gpx: (illustrator: deictic) points at her husband .

Ejemplo 143. Grabación 10 MMT1. Nivel avanzado. Desintegración pragmática por aparente ausencia de superestructura textual.

Finalmente, un último fenómeno que hemos detectado en nuestro corpus y que repercute en la desintegración pragmática sería la emisión de intervenciones irrelevantes cercanas a la estereotipia. Estos enunciados suelen presentarse en mitad o al final del turno del hablante con demencia, aunque en ocasiones ocupan todo el turno e implican la interrupción de la intervención de otro interlocutor. Este tipo de déficit de integración es especialmente evidente en la segunda grabación en la que participó la informante MMT. En esta conversación, la hablante acompaña gran parte de sus intervenciones con una cantinela en la que repite, con algunas variaciones, un mismo concepto: que su nieta no quiere ir a su casa. Uno de los aspectos más sorprendentes de esta repetición es el hecho de que el enunciado adopta una curva melódica que lo asemeja a una cancioncilla, la cual remata a veces con un sonido de tambor (“pumpún”):

*MAR: que ya bastante faena tiene ella con su niño (.)
tiene tal y cual .
*MMT: oh (.) qué cosa más bonita !
*MMT: la tienen en el colegio .
*MMT: 0 [=! laughs] . [+ trn]
*MAR: sí ?
*MMT: y su padre (.) casita (.) casa (.) pumpún .
%com: singing .

Ejemplo 144. Grabación 23 MMT2. Nivel avanzado. Desintegración pragmática provocada por la introducción de una intervención repetitiva.

CONCLUSIONES

A lo largo de este apartado expondremos las principales conclusiones que se derivan de la presente investigación. Para ello, partiremos de los objetivos que señalamos al comienzo de la tesis y comprobaremos cuáles son las aportaciones más relevantes de este trabajo al estudio de las habilidades comunicativas de los hablantes con alzhéimer.

El primero de los objetivos que nos planteamos al comenzar la tesis (**objetivo 1**), necesario para la consecución del resto, fue la creación de un corpus de conversaciones desarrolladas en el contexto habitual de las personas con demencia y donde estas interactuasen con su familiar o familiares más cercanos. El propósito de este corpus radicaba en la necesidad de obtener los datos más cercanos posible a las situaciones comunicativas en las que normalmente se ven envueltos los sujetos con DTA para, a partir de ahí, analizar sus habilidades comunicativas y las estrategias conversacionales empleadas por los interlocutores clave. A este respecto, el procedimiento por el que obtuvimos los datos permitió grabar interacciones en las que el sistema de la toma de turno se asemejaba en gran medida al que caracteriza a las conversaciones cotidianas; no obstante, algunas circunstancias como la presencia del investigador y de la cámara y el conocimiento por parte de los interlocutores clave de que las conversaciones serían analizadas pudieron modificar de algún modo la manera en que se comunicaban. En cualquier caso, que las conversaciones sean semidirigidas hasta cierto punto no impide el análisis de la capacidad comunicativa de los hablantes con DTA; asimismo, a lo largo de la tesis hemos hecho hincapié en la distorsión que pudieron sufrir algunos resultados a causa de estos condicionantes.

Por otro lado, la creación de este corpus supone, a nuestro entender, la primera compilación en el ámbito hispanohablante de conversaciones grabadas y transcritas en las que participa una persona con alzhéimer. Dada esta circunstancia, nuestro corpus se ha convertido en una herramienta pionera en el área de estudio de la lingüística clínica que puede ser utilizada y debe ser ampliada por otros investigadores interesados en el estudio de las capacidades comunicativas de los hablantes con DTA. Así, debido a esta vocación de compartir recursos y conocimientos, alojamos nuestro corpus en la base de datos TALKBANK, dentro de las categorías “DementiaBank / Spanish PerLA”, donde se pueden consultar libremente todas las transcripciones.

Finalmente, se incluía dentro de este primer objetivo de la tesis que las conversaciones analizadas fuesen una muestra representativa de las interacciones en las que suele participar un hablante con demencia y que, a su vez, reflejaran tanto las

alteraciones como las habilidades comunicativas conservadas. Como expresamos en el apartado §6 (*Justificación metodológica*), conseguimos dotar de representatividad al corpus por diferentes medios. Por un lado, dado el carácter neurodegenerativo de la demencia, seleccionamos un número suficiente de sujetos en cada una de las tres etapas de la enfermedad. Por otro lado, analizamos los veinte minutos centrales de cada una de las veintisiete grabaciones con las que contamos, lo que se corresponde con un total de nueve horas de conversación analizadas. Aun así, es bien conocido que las repercusiones de la demencia son diferentes para cada individuo, por lo que resulta muy aventurado establecer generalizaciones basadas en una muestra como la que hemos utilizado. Con el fin de superar esta limitación, realizamos una segunda grabación a un subgrupo de nuestros informantes uno o dos años después de la primera y comparamos su actuación en relación con determinadas categorías pragmáticas.

A partir del análisis de los datos recabados hemos podido concretar los principales déficits comunicativos asociados a la enfermedad de Alzheimer y las habilidades que se conservan hasta una fase avanzada de la demencia. El modelo de análisis que hemos empleado está basado en la lingüística perceptiva (López García, 1989) y el enfoque desarrollado por Gallardo Paúls (1996), que considera tres niveles de la pragmática a partir del elemento del proceso comunicativo que se realce perceptivamente (pragmática interactiva, enunciativa y textual). Seguiremos esta clasificación en la presentación resumida de los resultados de nuestro estudio.

En primer lugar, expondremos cuáles son los déficits comunicativos de los hablantes con DTA, según el análisis de nuestro corpus (**objetivo 2**). En el ámbito de la *pragmática interactiva*, dentro de los fenómenos correspondientes a la toma de turno, hemos descubierto que el deterioro cognitivo repercute en que la persona con alzhéimer necesite más tiempo del que se considera normal para acceder al turno de habla y comenzar su intervención. Esto se hace especialmente evidente en la etapa avanzada de la DTA, momento en el cual es bastante factible que la omisión de intervenciones predichas venga provocada por la rapidez con la que los interlocutores sin demencia toman la palabra al no producirse una respuesta inmediata por parte del hablante con DTA. Siguiendo con la gestión de los silencios en la conversación, hemos observado que si bien las personas que se encuentran en un nivel inicial de la demencia suelen relanzar la interacción cuando se produce un lapso, en la etapa avanzada esta habilidad se pierde. Es tentador relacionar esta circunstancia con la posible existencia de una menor voluntad comunicativa en este punto o, al menos, con una incapacidad por iniciar

un intercambio conversacional; en este sentido, quedaría demostrado que la responsabilidad de comenzar una interacción comunicativa en esta fase del desarrollo de la enfermedad corresponde a los interlocutores sin demencia. Además, en determinados casos se ha podido comprobar que los informantes con un mayor deterioro cognitivo hacen un empleo abusivo de los turnos de oyente, que mantienen estática la distribución del turno y, consecuentemente, trasladan el peso de hacer progresar la conversación a los demás interlocutores. Consideramos que este fenómeno se habría hecho más presente en nuestra investigación si hubiésemos incluido en nuestro corpus conversaciones con hablantes en un estadio terminal (GDS 7).

En cuanto al tipo de participación de los sujetos con demencia en las interacciones, el análisis de nuestros datos confirma una clara disminución en el porcentaje de intervenciones iniciativas, sobre todo, en el paso de la etapa inicial a la etapa intermedia. La postura conversacional de los interlocutores con DTA, caracterizada por una mayoría de intervenciones de informe en la primera fase –algo derivado de su tendencia y capacidad para narrar episodios autobiográficos–, se convierte en una preferencia por la postura receptiva, por reaccionar a las intervenciones del resto de hablantes, a medida que aumenta el deterioro comunicativo. En relación con este asunto, también estudiamos las causas que explicaran la creciente inadecuación que caracteriza las respuestas emitidas por las personas con alzhéimer. De nuestros datos se desprende que los hablantes con demencia experimentan grandes dificultades para responder a preguntas de tipo pronominal y que requieran acceder a la memoria episódica, en especial, a la memoria episódica reciente.

Por último, el cálculo del Índice de Participación Conversacional nos reveló que el porcentaje de palabras de los participantes con alzhéimer se redujo drásticamente entre la etapa inicial y la intermedia; a medida que progresa el deterioro cognitivo, los hablantes con DTA son responsables de una menor carga comunicativa, lo que también se refleja en la progresiva disminución en la longitud de sus turnos. En este sentido, no está de más recordar que nuestras grabaciones reflejan situaciones en las que se propicia que la persona con alzhéimer tome la palabra; presumiblemente, este descenso será más acusado en las conversaciones que suelen mantener los hablantes con alzhéimer y sus interlocutores en entornos cotidianos.

En el apartado dedicado a la *pragmática enunciativa*, en relación con la dimensión locutiva de los actos de habla, descubrimos que los informantes con demencia empleaban una amplia mayoría de actos proposicionales, algo que podría

extrañarnos a primera vista, dadas las dificultades lingüísticas que sufren estos hablantes. No obstante, un análisis más detallado nos mostró que, en bastantes ocasiones, el contenido transmitido por estos actos de habla proposicionales era tan poco preciso que se acercaban mucho a los actos activadores de inferencia propiamente dichos.

De todos modos, sin duda, el déficit más evidente desde esta perspectiva enunciativa es el aumento exponencial de transgresiones de las máximas conversacionales conforme progresa el deterioro cognitivo. De acuerdo con las repercusiones de la demencia con respecto al déficit comunicativo, consideramos que esta profusión de transgresiones de las máximas no se debe tanto a la falta de voluntad de estos hablantes para regirse por el principio de cooperación como a las crecientes alteraciones comunicativas. Esto causa que, inicialmente, sea la máxima de cantidad la más afectada, ya que la anomia provoca que la información transmitida no sea la suficiente; finalmente, en consonancia con el progresivo aumento de digresiones, en la etapa avanzada el mayor número de transgresiones corresponde a la máxima de relación.

Por último, en el nivel de análisis de la *pragmática textual* comenzamos haciendo referencia a la incoherencia motivada por una gestión temática defectuosa por parte de los hablantes con demencia. A grandes rasgos, en las primeras etapas se observa una menor introducción de temas nuevos; posteriormente, se detecta una creciente emisión de digresiones que atentan contra la coherencia del intercambio comunicativo; en la etapa avanzada, los cambios de tema que preservan la coherencia con el tema anterior son solo el 10%; de hecho, la aparición de glosomanías provoca que la mitad de los cambios de tema en este punto sean una vuelta a temas ya tratados, haciendo muy difícil la comunicación sobre otro asunto.

En este capítulo, el centro del análisis tomó como referencia el tipo de relación lingüística más afectada (rección, concordancia, orden e integración) por el déficit comunicativo. Los resultados demostraron que los déficits de rección son los responsables de la mayoría de los problemas comunicativos a lo largo de la enfermedad de Alzheimer. De hecho, son el único tipo de déficit en la etapa inicial, prácticamente, pues la anomia es la principal alteración que se produce en esta fase de la demencia. En concreto, entre los déficits de rección más frecuentes se encuentran la omisión de sustantivos (en una proporción mucho mayor que la de verbos), los enunciados

abandonados a la mitad, y las proformas (términos genéricos y pronombres) sin un antecedente claro.

Por otro lado, el estudio de las relaciones de concordancia evidenció que en la mayoría de déficits de este tipo es el componente semántico el que se ve afectado, ya sea en el nivel oracional de la macroestructura o en el nivel de las restricciones semánticas entre intervenciones; se trata de las alteraciones en la gestión temática que ya hemos comentado. Por último, la desintegración es una situación que se observa fundamentalmente en la etapa avanzada de la DTA. A tenor de los resultados de nuestro estudio, este tipo de déficit es un síntoma asociado a la existencia de un deterioro cognitivo y comunicativo muy graves. Sus principales manifestaciones se producen en el ámbito semántico (donde la pérdida de información en la memoria semántica hace que ciertas partes del discurso de los hablantes con demencia se caractericen por una sucesión de proformas, términos genéricos y parafasias), y en las categorías pragmáticas (especialmente, en la inadecuación a las superestructuras textuales a la hora de narrar o argumentar y en las confusiones entre sucesos del pasado y del presente).

Una vez completado este repaso por las alteraciones comunicativas que normalmente cursan con la DTA, debemos hacer referencia también a aquellas habilidades que se conservan con mayor firmeza hasta que el deterioro cognitivo es muy grave (**objetivo 3**). La unión de ambas realidades es lo que nos proporcionará el perfil lingüístico de la demencia de tipo alzhéimer.

En primer lugar, desde un enfoque *interactivo* de la comunicación, los hablantes con DTA parecen conservar un buen uso del sistema de la toma de turno durante mucho tiempo, lo que resulta fundamental para poder participar en interacciones conversacionales. Esta habilidad se evidencia en las circunstancias que desarrollaremos a continuación. Por un lado, cuando en mitad de una conversación se produce un lapso, los sujetos en una etapa inicial de la demencia suelen encargarse de continuar con el tema que ha quedado en suspenso o de introducir un nuevo tema. Esta actitud demostraría la pervivencia de una voluntad comunicativa y el conocimiento de que los silencios son poco admisibles a lo largo de una interacción comunicativa. Por otro lado, hemos identificado que las personas con un nivel avanzado de alzhéimer mantienen la habilidad para utilizar continuadores (turnos de oyente), incluso cuando parece que no están siguiendo el hilo de la conversación. La conservación de este mecanismo de gestión conversacional en presencia de un déficit cognitivo muy grave da cuenta de la

conservación de una conducta cooperativa y del funcionamiento pragmático de la alternancia de turnos.

Asimismo, existen ciertos indicios de que la capacidad intersubjetiva se mantiene durante bastante tiempo. Una de estas señales viene dada por la presencia de actos de habla de enlace proyectivo en todas las etapas de la demencia. Bajo nuestro punto de vista, esto sería un ejemplo de que los hablantes con DTA reconocen la presencia de otros interlocutores y tienen interés por incluir a los oyentes en su desarrollo discursivo. Además, hemos observado que conservan la habilidad para rectificar su propia producción lingüística hasta etapas muy avanzadas, lo que nos da a entender que son conscientes de que necesitan modificar sus mensajes para que puedan ser comprendidos por los oyentes y para adecuarlos al conocimiento que estos tienen del tema de conversación.

Finalmente, en la fase inicial de la demencia los hablantes son capaces de componer narraciones de manera coherente, organizada y con riqueza de detalles. Esto es particularmente evidente en los relatos autobiográficos que monopolizan las conversaciones en las que participó una persona con un GDS 4. No obstante, el deterioro comunicativo provoca que en etapas posteriores resulte imprescindible la ayuda del interlocutor clave y que las narraciones surjan de una construcción compartida entre el hablante con alzhéimer y el interlocutor clave.

A continuación, nos detendremos en las habilidades que, vistas desde un enfoque *enunciativo* del proceso comunicativo, se conservan de mejor forma. En primer lugar, la comunicación no verbal parece resistir mejor el deterioro cognitivo que la comunicación de tipo verbal. Así, en bastantes ocasiones identificamos el uso de emblemas para superar un caso de anomia (gestualidad compensatoria), aunque no se percibe un aumento que se corresponda con la progresión de la demencia. Por otro lado, aunque en la fase más avanzada puede resultar complicado determinar la razón por la que las personas con alzhéimer ríen tanto, la risa mantiene su función de estrategia conversacional a lo largo de las tres etapas de la enfermedad. Lo mismo podemos determinar con respecto al uso significativo de la mirada: en nuestro estudio, las personas con alzhéimer fueron capaces de utilizar su mirada para seleccionar al próximo hablante o como una forma de buscar una ayuda comunicativa por parte del oyente.

En segundo lugar, hemos observado que a lo largo de sus intervenciones son frecuentes los actos borrador cuando experimentan dificultades en la emisión; en concreto, los circunloquios y las preguntas de denominación son especialmente útiles

para implicar al interlocutor clave con el propósito de que estos aporten el contenido que la persona con DTA no ha conseguido expresar.

Por último, en cuanto a la ilocutividad de los actos de habla, debemos destacar el aumento en el porcentaje de actos expresivos en los turnos de los sujetos con un nivel avanzado de la demencia. Cuando el deterioro cognitivo y comunicativo llega a tal punto la transmisión de información puede verse muy comprometida; sin embargo, la expresión de los sentimientos a través de construcciones cercanas a un lenguaje formulaico parece ser el tipo de comunicación que más tiempo permanece.

Finalmente, desde una perspectiva centrada en el mensaje, en la *pragmática textual*, es posible señalar ciertos aspectos que no suelen verse afectados por el déficit comunicativo asociado al alzhéimer. Por un lado, hemos comprobado la práctica inexistencia de déficits de orden; ni la parafasia fonológica debida a una metátesis ni el desorden de las palabras en un enunciado son alteraciones características en el lenguaje de las personas con DTA. Por otro lado, el componente fonológico es especialmente resistente al deterioro lingüístico, algo en lo que coincide la gran mayoría de las investigaciones. Por último, ni el agramatismo ni la discordancia en el nivel morfosintáctico pueden asociarse a las intervenciones de los informantes con alzhéimer. En definitiva, a grandes rasgos, el deterioro que se observa en las habilidades semánticas y pragmáticas de estos hablantes contrasta con la conservación de los aspectos relacionados con los componentes fonológico y morfosintáctico.

El siguiente objetivo que nos planteamos al comienzo de la tesis (**objetivo 4**) consistió en determinar la relación existente entre las alteraciones comunicativas descritas en nuestro estudio y los posibles déficits cognitivos responsables de las mismas. En este sentido, nuestro trabajo parte de la consideración ampliamente extendida en la comunidad científica de que los déficits comunicativos presentes en el lenguaje de las personas con DTA no son puramente “lingüísticos” o, más bien, gramaticales (como ocurre en la afasia), sino que vienen provocados por un deterioro generalizado de las funciones cognitivas superiores.

A modo de introducción, en los apartados en los que analizamos los déficits de memoria, de atención y de la función ejecutiva (§4.4 a §4.6) hicimos un repaso por las principales conexiones que estudios precedentes habían establecido entre estos déficits cognitivos y ciertas alteraciones comunicativas observadas en situaciones naturales y “de laboratorio”. Por nuestra parte, a lo largo de los distintos capítulos en los que hemos expuesto los resultados de nuestro análisis intercalamos las posibles causas cognitivas

subyacentes a los problemas comunicativos descritos. Debemos resaltar, no obstante, que trabajamos en el ámbito de la hipótesis y a partir de lo que han encontrado neurólogos y psicólogos a través de los medios de que disponen.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, a continuación resumiremos las distintas apreciaciones que hemos realizado en este sentido. En primer lugar, al hilo de las causas que explicarían la creciente inadecuación de las respuestas emitidas por las personas con alzhéimer, expusimos la importancia del tipo de memoria que las preguntas formuladas por el resto de los interlocutores requerían. Los resultados constataron una mejor pervivencia de la memoria semántica, pero un deterioro más acelerado de la memoria episódica, que sería el responsable de muchos fallos cometidos por los hablantes con DTA a la hora de hablar de sucesos que han vivido. Más concretamente, dentro de los recuerdos incluidos en la memoria episódica, los que fueron almacenados hace mucho tiempo se conservan de mejor forma que los adquiridos en fecha reciente. Esto es fácilmente observable en un tema muy específico: los hablantes con un nivel avanzado de demencia a los que se les preguntó su edad no fueron capaces de decirla, pero todos recordaban la fecha de su nacimiento, un dato que todos aprendemos con pocos años de vida.

Asimismo, el déficit de la memoria episódica es el responsable de las sustituciones en las categorías textuales que se observan frecuentemente a partir de la fase moderada de la enfermedad; al presentar fallos en el recuerdo de acontecimientos que sucedieron en el pasado, es habitual que en las narraciones de los sujetos con demencia se produzcan confusiones espaciotemporales e invenciones. Este mismo deterioro de la memoria episódica –junto a otras dificultades derivadas de un déficit de memoria de trabajo– puede ser uno de los mayores causantes de que aparezcan incoherencias debido a un mal seguimiento de la metarregla de no contradicción.

Por otra parte, la alteración de la memoria semántica explica la profusión de términos genéricos y otras proformas (pronombres y adverbios deícticos, sobre todo). En otros casos, este déficit semántico vendría a ser el responsable de que un enunciado se quede a la mitad, aunque esto también podría ser producto de un déficit de planificación. Finalmente, cuando el daño en la memoria semántica es verdaderamente importante, coincidiendo con la etapa avanzada de la demencia, no resulta extraño asistir a una concatenación de términos genéricos, proformas y parafasias que categorizado con la etiqueta “desintegración semántica”. En cambio, pensamos que los problemas de cohesión provocados por la utilización de pronombres personales sin que

su antecedente sea identificable por el contexto pueden deberse a un déficit en la memoria de trabajo, responsable de que la persona con DTA no recuerde que no ha mencionado la persona a la que se refiere con ese pronombre.

Siguiendo con las principales muestras del déficit comunicativo que acompaña a la demencia, creemos que el corto período de tiempo en el que las personas con DTA pueden mantener la atención sobre un mismo estímulo puede ser el responsable de las numerosas digresiones que afectan a la coherencia del discurso. Esto repercute en una gestión temática defectuosa debido a la dificultad para mantener el tema de conversación.

Finalmente, uno de los déficits comunicativos más característicos de las fases más avanzadas de la demencia es la glosomanía. Estas perseveraciones ideacionales que provocan una vuelta recurrente a temas ya tratados demostrarían un déficit de la función ejecutiva, en tanto que el hablante con DTA se muestra incapaz de cambiar de estado mental y, consecuentemente, de inhibir un pensamiento que no resulta apropiado en ese contexto comunicativo.

Por otro lado, la naturaleza degenerativa de la enfermedad de Alzheimer supone el empeoramiento progresivo de las capacidades cognitivas y comunicativas y la aparición de nuevas dificultades a medida que avanza este deterioro. Por este motivo, partiendo de nuestro ámbito de estudio, nos propusimos comprobar si el surgimiento de ciertos déficits comunicativos era un indicador fiable del nivel de la demencia en que se situaba una persona, según los resultados de la evaluación neuropsicológica que había pasado (**objetivo 5**).

El análisis de nuestros datos conversacionales nos certificó que la mayoría de las habilidades comunicativas afectadas en los hablantes con demencia sufría un deterioro progresivo que se iniciaba en la primera etapa de la DTA y que se hacía cada vez más evidente conforme el déficit cognitivo era mayor. A este respecto, podemos destacar los siguientes fenómenos: el descenso de intervenciones iniciativas en la etapa moderada; la disminución en la proporción de uso de palabras y en la longitud media del turno en la fase intermedia; el aumento en el uso de actos borrador en la etapa avanzada, de acuerdo con la mayor dificultad de emisión lingüística; la progresión ascendente en la utilización de pronombres sin referencia clara, etc.

No obstante, algunos déficits comunicativos sí parecieron circunscribirse a ciertas etapas de la demencia y no aparecer en fases anteriores, lo que nos podría dar una pista determinante, desde un punto de vista comunicativo, para distinguir el punto de DTA en

que se encuentra un hablante. Así, hemos observado que en los momentos en los que se produce un largo silencio en mitad de una conversación, los informantes en un estadio avanzado no hacen nada por continuar la interacción, algo que sí mostraron hablantes que se encontraban en etapas anteriores de la demencia. Por otra parte, en el ámbito de los tipos de intervención, nuestros datos señalan que los sujetos en una fase avanzada suelen emitir continuadores, pero existe una práctica ausencia de reacciones evaluativas que valoren y amplíen los comentarios del resto de interlocutores.

Con respecto a las causas de la inadecuación de sus respuestas, los resultados de nuestro análisis indicaron que las preguntas polares no suponen ningún problema en la etapa inicial, con independencia del tipo de memoria requerida por las cuestiones. Por lo tanto, la aparición de respuestas inapropiadas tras una pregunta cerrada sería un indicativo de que el hablante se encuentra, al menos, en una fase moderada de la enfermedad.

Otros casos no son tan claros en cuanto a la especificidad de la etapa de la demencia donde comienza determinado problema. Por ejemplo, dentro de los déficits de gestión temática, las glosomanías son la alteración comunicativa más grave. Consecuentemente, estas aparecen preferentemente en la etapa avanzada de la DTA. No obstante, en nuestro estudio hemos identificado casos de glosomanía en hablantes cuya evaluación neuropsicológica los encuadraba en la etapa intermedia de la demencia. En este sentido, más allá de otras características que inclinen la balanza hacia un deterioro cognitivo menor, pensamos que el hecho de padecer una glosomanía da cuenta de un deterioro comunicativo asimilable al de una persona en la fase avanzada de la demencia.

Por último, en cuanto al déficit textual por relaciones, si bien los déficits de recepción son evidentes desde la etapa inicial, en esta fase apenas existen déficits de concordancia y de integración. Una pequeña presencia de estas dificultades en el discurso de un hablante con alzhéimer se correspondería con alguien que se encontrase en la etapa intermedia. Finalmente, una cantidad elevada de déficits de concordancia semántica y de integración sería una señal inequívoca de que esa persona ha alcanzado el nivel avanzado de la enfermedad.

Pero, como anunciábamos en el apartado introductorio, el propósito de nuestro trabajo no consistió únicamente en analizar las habilidades comunicativas de las personas con alzhéimer, sino que buscábamos ampliar el enfoque del estudio mediante el análisis de las estrategias conversacionales empleadas por los interlocutores clave

(**objetivo 6**); en definitiva, hemos pretendido reflejar la naturaleza interactiva del lenguaje a través del estudio de su manifestación más común: la conversación cotidiana.

Antes de entrar en mayor profundidad, se hace necesario recordar que, al igual que ocurre con los hablantes que sufren la enfermedad de Alzheimer, sus cuidadores también muestran un estilo muy propio de enfrentarse a los retos que supone para la comunicación. Es por ello que las generalizaciones que hagamos surgen de la percepción de que se trata de usos mayoritarios por parte de los interlocutores clave de nuestro corpus, sin que esto signifique la inexistencia de actitudes y aptitudes diferentes en otros muchos individuos.

En primer lugar, pudimos detectar que los familiares pretendían no interrumpir las intervenciones de las personas con DTA. En comparación con lo que sucede en conversaciones normales que todos podemos experimentar a diario, la toma de turno por parte de los interlocutores clave resultó ser bastante suave. De hecho, indagamos en el uso diferencial de interrupciones competitivas y colaborativas y comprobamos que solo existía una mayoría de interrupciones competitivas en las conversaciones en las que participaba un hablante en una etapa inicial de la demencia. Pensamos que esto se debe a que, en este punto, los interlocutores aún consideran competentes, comunicativamente hablando, a sus familiares. Del mismo modo, la conciencia de sentirse grabados y la creencia de que el objeto de la investigación eran las habilidades comunicativas de la persona con alzhéimer pudo influir en que los interlocutores clave dieran un mayor margen al hablante con demencia.

Otra de las estrategias empleadas por los cuidadores que hemos observado en algunas grabaciones de la etapa avanzada (no en todas) consistió en una adaptación al ritmo conversacional del informante mediante una mayor duración de los intervalos entre turnos. Esto permitió en algunos casos que los hablantes con DTA pudieran procesar la información transmitida por la intervención anterior y fueran capaces de emitir una respuesta.

Estas no fueron las únicas estrategias conducentes a facilitar que los sujetos con alzhéimer participasen más en las interacciones. Además de las ya mencionadas, encontramos un aumento progresivo en la utilización de preguntas añadidas a medida que el deterioro cognitivo se hacía mayor, con el fin de provocar lugares de transición pertinente que los informantes con DTA pudieran aprovechar para acceder al turno de habla, y también para verificar la comprensión por su parte.

Por otro lado, también detectamos un crecimiento en el porcentaje de intervenciones de inicio que coincidió con el progresivo descenso en la cantidad de información transmitida por los hablantes con demencia. Al mismo tiempo, los interlocutores clave recurrieron frecuentemente al uso de reacciones evaluativas aun cuando el contenido expresado por el informante no fuese claro. Ambas estrategias conversacionales fueron útiles para potenciar la producción lingüística de sus familiares con alzhéimer o para indicarles que sus intervenciones necesitaban ser completadas o reformuladas.

En cuanto a las preguntas formuladas por los interlocutores clave, descubrimos que en las conversaciones con un hablante con una DTA inicial empleaban una mayoría de preguntas pronominales o de respuesta abierta, las cuales imponen una demanda cognitiva y lingüística elevada con respecto a las preguntas polares. Sin embargo, frente a informantes en una etapa intermedia o avanzada la proporción de preguntas polares y preguntas pronominales era prácticamente la misma (50% vs. 50%). Esto nos hace pensar que los cuidadores tratan de adaptar sus requerimientos comunicativos a las mayores o menores habilidades que perciben en los informantes con demencia. Algo similar puede extraerse del estudio de las preguntas según el tipo de memoria al que es necesario acceder para responderlas. Así, la mayoría de las preguntas formuladas por los interlocutores clave fueron de tipo episódico, pues con ellas pretendían comprobar la información que recordaba la persona con alzhéimer. En principio, esta actitud nos señalaría que los familiares no tuvieron en cuenta las habilidades cognitivas y comunicativas de los informantes, pues los resultados del análisis que llevamos a cabo reflejaron claramente que este tipo de pregunta provocaba una mayor inadecuación en las respuestas. No obstante, la existencia de una voluntad por adaptarse a las capacidades de los hablantes con alzhéimer se vislumbra en que a medida que el deterioro cognitivo es más grave los interlocutores clave realizan un mayor número de preguntas episódicas remotas y una menor cantidad de preguntas episódicas recientes, de acuerdo con la distinta dificultad que implica el acceso a uno y otro tipo de memoria para las personas con DTA.

En otro orden de cosas, hemos observado que en muchas ocasiones los interlocutores clave no suplen con el término necesario la anomia de sus familiares con alzhéimer. A primera vista, esto podría considerarse un comportamiento que va en contra del principio de cooperación que rige las interacciones comunicativas. Sin embargo, creemos que el motivo por el que los familiares no aportan la palabra que su

interlocutor no puede recuperar –o el hecho de que no rectifiquen todos los fallos cometidos por los informantes– tiene que ver con un interés por proteger la imagen de los hablantes con demencia. En este sentido, la cortesía (no hacer evidente todas las dificultades comunicativas que sufren los informantes) estaría por encima de lograr una comunicación más precisa.

Finalmente, uno de los ámbitos donde la colaboración de los interlocutores clave se hace más evidente es la narración. Recuérdese cómo, al hilo de la definición de *cognición distribuida*, comentábamos que los familiares se convertían en los encargados de guiar el proceso narrativo cuando este se veía comprometido por el déficit cognitivo de los hablantes con alzhéimer. Este “andamiaje” era fácilmente observable en las interacciones en las que participaba un sujeto con un nivel intermedio o avanzado de la enfermedad. En concreto, frente a las digresiones que salpicaban los intercambios comunicativos, los interlocutores clave mostraron dos formas de preservar la coherencia: por un lado, unos optaron por adaptarse a los continuos cambios de tema y por tratar de dotar a estas digresiones de significado (a qué se refería su familiar, por qué habría dicho eso en ese momento, etc.); por otro lado, otros cuidadores, de manera explícita, recordaban a la persona con DTA el tema del que estaban hablando como forma de volver a él.

A continuación, comentaremos de manera sucinta la mayor o menor correspondencia que, a la luz de nuestro trabajo, puede establecerse entre los resultados obtenidos de un análisis de tipo conversacional como este y los que emanan de la realización de test y tareas descontextualizadas (**objetivo 7**). Con este propósito pretendimos comprobar si el método utilizado para obtener los datos lingüísticos puede tener una incidencia en los resultados del análisis. Es cierto que a lo largo de los capítulos en los que hemos expuesto el análisis y los resultados de nuestro trabajo no hemos hecho referencia a demasiados estudios que utilizaran una metodología basada en el uso de test y de tareas, pues quisimos comparar la actuación de nuestros hablantes con la de otras personas que se habían sometido a un tipo de investigación parecida a la nuestra. No obstante, la disparidad observada en algunos aspectos comunicativos nos llevó a reflejar la discordancia entre los resultados que se derivan de nuestro estudio y los de otros trabajos basados en pruebas “de laboratorio”.

Por un lado, aunque frecuentemente se repite que las personas con demencia de tipo alzhéimer no presentan déficits fonológicos, algunos estudios que parten de tareas consistentes en la repetición de frases o de pseudopalabras (Glosser *et al.*, 1997) han

descrito casos de alteraciones fonológicas. No obstante, estas pruebas no se asemejan en nada a la comunicación cotidiana y, además, son tremendamente dependientes de la memoria a corto plazo, que sí puede estar alterada en las personas con alzhéimer y ser la responsable de estos fallos fonológicos. En cambio, en nuestro corpus de conversaciones hemos identificado una mínima cantidad de errores fonológicos, que, además, deben tomarse con cautela, pues pueden deberse a la baja calidad del audio de las grabaciones en un momento dado.

Por otro lado, algunos estudios de tipo neuropsicológico han testado la habilidad de los sujetos con alzhéimer para comprender el significado idiomático de los modismos. La mayoría de estos trabajos (Kempler *et al.*, 1988; Papagno *et al.*, 2003), basados en dibujos que representaban tanto el significado literal como el idiomático, afirmó que estos hablantes presentaban muchas dificultades para inhibir el significado literal de los enunciados fraseológicos. No obstante, en nuestro estudio hemos observado casos en los que hablantes con un nivel moderado de alzhéimer eran capaces de comprender y de utilizar ciertos modismos de manera adecuada; por lo tanto, entendemos que esta habilidad pudo verse afectada por las exigencias de las pruebas y que, en cambio, en el uso conversacional se mantiene hasta una etapa avanzada de la enfermedad.

Asimismo, investigaciones como las de Gregory *et al.* (2002) y Youmans y Bourgeois (2004), a partir de tareas de falsa creencia, señalaron que las personas con alzhéimer presentan un déficit de teoría de la mente desde una etapa inicial de la demencia. Sin embargo, en nuestro estudio hemos identificado ciertas huellas formales en el discurso de los informantes con DTA que demostrarían la existencia de una capacidad intersubjetiva o teoría de la mente aun cuando el deterioro cognitivo es grave. Así, la utilización de actos de enlace proyectivo o la habilidad para rectificar sus propias emisiones son claros ejemplos de conservación de teoría de la mente.

Por último, presentaremos aquí una breve comparativa entre las características del lenguaje de nuestros informantes con demencia de tipo alzhéimer y las alteraciones y habilidades comunicativas que se han descrito como típicas de otras situaciones clínicas donde se observa un déficit lingüístico (**objetivo 8**). Con este apartado del estudio pretendemos situar la demencia en relación con otras patologías del lenguaje y describir los principales elementos de semejanza y de diferencia con ellas. Una vez más, seguiremos la división en tres niveles de la pragmática para presentar estos paralelismos y divergencias.

En el ámbito de la *pragmática interactiva*, Gallardo Paúls (2007: 124) ha identificado un fuerte predominio de actos constitutivos en el lenguaje de los hablantes con síndrome de Williams, actos de habla que no se ponen en relación con los turnos anteriores y que tampoco proyectan su ilocutividad a turnos posteriores. Según Gallardo, esto demostraría un déficit de capacidad intersubjetiva en estos hablantes, dado que sus actos de habla no parecen tener en cuenta la existencia de otros interlocutores. Sin embargo, nuestros informantes con DTA normalmente utilizaron actos de enlace proyectivo (preguntas añadidas) como forma de incluir al oyente en el discurrir de la conversación y para cerciorarse de que sus intervenciones están siendo entendidas por los demás interlocutores. De este modo, creemos que los hablantes con alzhéimer conservan un sentido de dinamismo conversacional durante bastante tiempo y que mantienen una capacidad intersubjetiva.

En cuanto a los tipos de intervención y su uso preferente, ya hemos mencionado que los hablantes con una afasia fluente prefieren utilizar intervenciones iniciativas, especialmente, informes, como forma de evitar responder a los demás interlocutores (Perkins, 2000). Del mismo modo, las personas con esquizofrenia emplean una cantidad desproporcionada de informes, lo cual es un reflejo de su incapacidad para tener en cuenta las necesidades comunicativas de sus interlocutores (Durán y Figueroa, 2009). Por otro lado, en el discurso de los afásicos no fluentes se observa un número muy pequeño de informes (Moreno Campos, 2010), pues suelen limitarse a responder a las intervenciones iniciativas emitidas por otros hablantes. En cambio, en la actuación comunicativa de los sujetos con DTA el uso de informes se acerca a lo que consideramos normal de acuerdo con la situación comunicativa en la que participan.

Por otra parte, desde una perspectiva *enunciativa* del análisis pragmático, comprobamos que los hablantes con alzhéimer hacen uso de interjecciones y onomatopeyas con una función diferente a la que le otorgan los afásicos de Broca (Gallardo Paúls, 2005b). En este último caso, las interjecciones y las onomatopeyas suelen compensar el déficit de producción oral; sin embargo, en los turnos de las personas con demencia, ambos elementos lingüísticos actúan del mismo modo que en las conversaciones entre personas sin déficit comunicativo: sirven para vehicular exclamaciones y actos expresivos, en general. Algo similar sucede con respecto al uso de ciertos marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos (“oye”, “mira”, “a ver”). En el caso de los hablantes afásicos no fluentes puede producirse una sobreexplotación de este tipo de recursos, pues su déficit de expresión les lleva a

dependen en gran medida de ellos para construir sus intervenciones y otorgarles un significado que debe ser inferido por parte del resto de los interlocutores. En cambio, en el lenguaje de los informantes con alzhéimer que participaron en nuestro estudio no se detecta un uso de este tipo de marcadores discursivos diferente al que es común en los hablantes sin déficit lingüístico.

Finalmente, también en el nivel de la *pragmática textual* observamos ciertas similitudes y diferencias entre las habilidades comunicativas de los sujetos con DTA y las de otros hablantes con diversas patologías del lenguaje. En primer lugar, en cuanto a la gestión temática, Garayzábal (2004) y Gallardo (2007, 2010) asocian a los hablantes con síndrome de Williams una dificultad para topicalizar los temas propuestos por otros interlocutores, mientras que presentan una fijación por ciertos temas; por otro lado, según Joannette *et al.* (2008) y Fernández Urquiza (2013), el discurso de los lesionados de hemisferio derecho suele ser repetitivo y lleno de digresiones no tangenciales. En el caso de las personas con DTA, la situación no es muy diferente; estos hablantes muestran dificultades para mantener el tema de conversación desde una fase intermedia de la enfermedad, las digresiones son frecuentes y se observan perseveraciones ideacionales en las personas con un deterioro cognitivo grave.

La cohesión es otro de los fenómenos lingüísticos que se ve afectado por el déficit comunicativo presente en distintas patologías del lenguaje. Sin embargo, la especificidad de cada situación clínica provoca que las causas del déficit de cohesión sean diferentes. Por ejemplo, en los afásicos los problemas de cohesión están profundamente relacionados con la infradeterminación sintáctica característica de su lenguaje (Hernández Sacristán, 2006; Moreno Campos, 2010). Por su parte, la conducta conversacional de los hablantes con síndrome de Williams suele basarse en una sucesión de monólogos que no hacen referencia a las intervenciones precedentes, lo que conduce a una sensación de ausencia de cohesión textual (Gallardo Paúls, 2007). En cambio, el déficit de cohesión en el discurso de los hablantes con demencia surge de los fallos de la memoria semántica y de trabajo, lo que se evidencia principalmente en el abuso de proformas léxicas y de pronombres cuya referencia no es deducible por el contexto.

Para acabar, mediante el análisis centrado en las relaciones lingüísticas entre unidades podemos comparar el déficit textual presente en los sujetos con alzhéimer de nuestro corpus con el que sufren los afásicos estudiados por Moreno Campos (2010) y por Gallardo y Hernández (2013). En general, los déficits de cohesión son los más

frecuentes en la DTA y en la afasia, pero, si bien las proformas son el déficit más común en los hablantes con alzhéimer, el fallo lingüístico prototípico en los afásicos es la omisión de morfemas libres. Por otro lado, el déficit de concordancia afecta esencialmente al componente morfosintáctico del lenguaje de los afásicos, mientras que en nuestro estudio con hablantes con demencia predomina una discordancia de tipo semántico y pragmático. Por último, cuando el deterioro comunicativo es especialmente grave llegan a aparecer déficits de integración, los cuales son de diferente naturaleza de acuerdo con las habilidades lingüísticas más deterioradas en cada patología. Así, Moreno Campos (2010) distinguió un predominio de la desintegración semántica en los afásicos fluentes y de la desintegración sintáctica en los afásicos no fluentes, algo consecuente con el paragramatismo de los primeros y el agramatismo de los segundos. Sin embargo, el tipo de déficit de integración más frecuente en los hablantes con un nivel avanzado de alzhéimer es la desintegración pragmática, algo derivado de que el contenido de sus intervenciones no es acorde con el contexto comunicativo en que se enuncian y de que, en muchas ocasiones, narran acontecimientos de manera deslavazada, lo que imprime una sensación de incoherencia a su discurso.

**DESCRIPTION AND PRAGMATIC ANALYSIS OF LANGUAGE OF PEOPLE
WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER'S TYPE**

21. Summary

The main objective of this work has been to investigate both the impaired and the preserved communicative abilities of people with dementia of the Alzheimer's type (DAT) throughout the three different stages in which most researchers divide the course of the disease. This aim implied the need of using conversational data, since conversation is the communicative situation *par excellence* and, consequently, where actual abilities emerge. In this sense, it is commonly known that the communicative performance of an individual greatly depends on other interlocutors'. That is the reason why I also considered analysing the turns uttered by the speakers without dementia, especially, those by the key conversational partner. In short, although the main focus of this study were the linguistic abilities of subjects with dementia, this work was enhanced by the analysis of conversational strategies used by the key conversational partner.

This study is meant to complete previous investigations on this topic by filling the gaps left by most of them. Thus, some of the reasons which motivated the elaboration of this thesis were the following:

- The lack of valid descriptions of linguistic abilities (both grammatical and pragmatic) of speakers with DAT, a situation which contrasts with the detailed characterization already available from a neuropsychological point of view.
- The need of an appropriate knowledge of the communicative capacities shown by people with Alzheimer's disease (AD), as a previous step to implement any kind of linguistic therapy.
- The importance of using a representative data sample for the pragmatic analysis.
- The need of an integrative approach which takes into account the connections among linguistic and other cognitive impairments (memory, attention, executive function).

22. Method

The ecological validity that an investigation of this type requires makes it necessary for the linguistic data to be collected in contexts that try to reproduce the conditions in which a person usually engages in conversation. Following this consideration, this work involved the analysis of 27 conversations recorded in natural settings (the informants' homes or the day care centre they attended almost daily). The total amount of time recorded was 15 hours 25 minutes and 36 seconds, but only 20 minutes of each conversation were chosen for the pragmatic analysis.

The participants in these conversations were of three different types: (1) speakers with DAT, (2) key conversational partners, and (3) the investigator. The informants with dementia vary from mild to severe cognitive impairment, as one of my aims was to discover how the progression of the disease may affect the communicative abilities of the person with dementia. The distribution of these interactions consisted of 12 conversations with a subject in the early stage of the dementia, 8 conversations with a person with moderate AD and 7 interactions with a person at an advanced level of the disease.

A first group of 21 recordings was collected over a period of two months. With the aim of individually analysing the communicative deterioration provoked by the progression of the disease, a second conversation was recorded for a subgroup of six participants two years after the first recording. The conversations were transcribed following the conventions provided by MacWhinney (2000) for the CHAT system of transcription and codification of language.

One of the main methodological approaches used in this study is Conversational Analysis, which identifies patterns within talk by focusing not only on the contributions of the persons with AD but also on the input of their interlocutors and on how this may enhance or diminish the communicative abilities of the first group (Perkins, Whitworth & Lesser, 1998). Notwithstanding, in the analysis of the pragmatic categories of the language of people with DAT I have assumed Gallardo's proposal (Gallardo Paúls, 1996), which compartmentalises pragmatics into three sublevels, according to the element of the communicative process where the focus is placed:

- *Interactive Pragmatics* is based on the conversational nature of language and, for this reason, it takes into account the presence of an addressee in the communicative exchange; that is, every turn assumes the linguistic

restrictions posed by the previous turn and, at the same time, establishes the conditions under which the next speaker can utter his/her turn. Therefore, I have paid attention to those categories associated to turn-taking (interruptions, periods of silence between turns, conversational participation index, turn agility), the structural units of conversations (dynamic speech acts, moves and exchanges), and sequences.

- *Enunciative Pragmatics* attends to language use from the addresser's perspective. This approach focuses on the analysis of speech acts (considering their locutive and illocutive dimensions), as its fundamental category, and on inferential meaning (especially, on the violation of Grice's conversational maxims).
- *Textual Pragmatics* focuses particularly on the messages and their adaptation to the context in which they were uttered. At this level of the pragmatic analysis I have attended to deficits in coherence (including topic management) and cohesion. Besides, the longest part of this chapter is dedicated to the study of linguistic deficits according to the type of relationship between two elements that is affected by the communicative impairment (government, agreement, order, and integration).

23. Results and Discussion

In this section I will summarise the results that emerged from the analysis of the conversations involving a person with DAT. For this purpose, I will keep the same order in which the pragmatics categories studied have just been mentioned.

The analysis of interactive pragmatic revealed that conversational management is an ability that remains practically intact even in the last stage of dementia. Individuals with AD seem to recognise transition relevance places, and frequent interruptions do not seem to be usual. In terms of the degree of participation in conversations, I used the "Conversational Participation Index", put forward by Gallardo Paúls (2005b) in a study concerning the communicative abilities of people with aphasia. This index measures subjects' participation in terms of the percentage of words or turns that they produce in each conversation. The analysis showed that the participants with dementia were responsible for approximately 42% of the total number of turns, regardless of their degree of cognitive impairment. This figure could mean that people with Alzheimer's

have communicative willingness despite their growing difficulties, and that turn-taking mechanisms remain active up to a very advanced stage of the disease. However, this high proportion is also a sign that the speakers without dementia addressed their utterances mainly to the person with AD to encourage him or her to engage in more communicative activity. On the contrary, in terms of words, the results show a downward trend that seems particularly obvious between the mild and the moderate stage of the dementia (from 65.72% of total words at the initial level to 46.31% of words at the middle level). As the disease progresses, the communicative load that people with AD assume in conversation decreases.

Moreover, this analysis was followed by a study responsible for determining the properties and functions of moves in terms of their contribution to the progression of conversations, and their relationship with previous and subsequent moves. I used a classification proposed by Gallardo Paúls (1996), who follows a tradition initiated by the Birmingham school (Sinclair & Coulthard, 1975; Stubbs, 1983) and the Geneva school (Roulet, 1981). It categorises moves according to their *illocutivity* (i.e., their communicative intent) and their *interactive orientation* (i.e., the degree of obligation that a move imposes over the next turn, or the commitments that a move establishes with a previous one).

This classification provides us with some parameters through which conversational moves can be ascribed to several general types. Thus, on the one hand, in terms of illocutivity or communicative intent, a move that initiates an exchange is an *initiating move*; on the contrary, a move may complete an exchange initiated by another speaker: in this case, it would be a *reacting move*. On the other hand, according to its interactive orientation, a move may require a reply from a different speaker (*predicting move*) or not (*non-predicting move*); and, likewise, the utterance of a conversational move may be imposed by a previous turn (*predicted move*) or it may be completely voluntary on the part of the speaker (*non-predicted move*). Therefore, according to these variables, I considered five different types of moves: *initial move*, *response move*, *report move*, *assessment move*, and *response/initial move*.

The results of this analysis showed that the greatest differences in the types of moves uttered by the people with AD are observed in the passage of the initial to the middle stage of the disease. To begin with, the percentage of initiating moves, which is higher than 50% in the first phase of the dementia, falls to 35-40% in the intermediate

stage. In contrast, reacting moves, which were little more than 40% in the initial stage, increase to approximately 60% in subsequent stages.

People with AD take a conversational attitude which reflects a preference for a receiver position. Specifically, we can observe a substantial increase in the percentage of responses (from 17.29% in the mild stage to 31.34% in the moderate phase, but falling to 24.69% in the advanced stage) and a slight increase in assessment moves (26.86% in people with an initial AD, 29.17% in people in the intermediate stage, and 29.96% in persons with severe cognitive impairment). Obviously, this increase in the number of responses corresponds to a higher percentage of initial moves, basically, questions, posed by the caregivers and the researcher. In this regard, the greater use of initial moves by these two types of interlocutors may be caused by the decreasing amount of information per turn that people with AD transmit when they reach the moderate stage. Questions, then, work as a strategy used by caregivers to elicit more information from their relatives.

But, going back to the decreasing percentage of initiating moves by speakers with dementia, we can observe a disproportion between the number of report and initial moves throughout the various phases of the disease, this difference being higher in the early stage. In this respect, the analysis of the conversations accounts for 7 to 8% of initial moves in every stage. This figure indicates that the moves produced by people with dementia have a low degree of predictability; that is, their moves do not usually start a question-response-type exchange.

However, the type of move most used by people with AD is the report. It represents 44.3% of all moves at the mild level, but this percentage falls to approximately 26% in later stages (specifically, 25.95% at the moderate level and 27.54% in the advanced stage). Still, this figure triples the number of initial moves in the intermediate and advanced stages. These results are consistent with the communicative skills of the speakers with dementia and, consequently, with their participation in conversations. For example, a good number of interactions involving a person at the mild level of the disease consisted of a series of narrative sequences through which the subject relates episodes of their life. This type of sequence usually comprises a succession of exchanges formed by report and assessment moves. From my perspective, two reasons explain this prominence of report moves in people with at the mild stage of AD. Firstly, the communicative situation recorded is perceived by some participants not so much as an everyday conversation, but as an invitation for the person

with AD to narrate some significant parts of their biography: the job or jobs they had during their lives, how they feel at the day-care centre, etc. Nevertheless, the caregivers of the persons with advanced cognitive impairment may have the same perception of the recording. Thus, secondly, I think that the greater use of reports at the initial stage is due to the conservation of certain communicative abilities that deteriorate with the progression of the dementia.

The second parts of the exchanges that begin with a report move are usually assessment moves. Even though the events recorded were probably influenced by the awareness of being part of a 'task', I observed that the communicative attitude and conversational management of the speakers without dementia were aimed at enhancing the linguistic production of the subjects with AD. For this reason, the use of assessment moves, even when the meaning expressed by the subject was not always clear, was a common discursive strategy used by the caregivers and the researcher.

Finally, the use of this type of move by people with Alzheimer's disease also deserves attention. The function of assessment moves is quite varied: on the one hand, they show the current speaker that their comments are being taken into account; and, on the other hand, they complete the exchanges initiated by a report move uttered by the previous interlocutor. In both cases, it is a type of move fundamental for the conversation to progress properly.

The results show that the speakers with dementia virtually used the same percentage of assessment moves than the caregivers did. In fact, in terms of types of uttered moves, the communicative behaviour of both kinds of interlocutors only differs at the onset of the moderate stage. Therefore, from a quantitative point of view, the use of assessment moves by the speakers with AD seems to be normal.

Besides, it is remarkable that the persons with dementia provided feedback by means of backchannels even when it seemed that they did not understand what was being said or in moments when the interaction was managed between the researcher and the key conversational partner. This is, therefore, a mechanism which shows that people with a severe cognitive impairment due to AD maintain certain procedural skills to manage conversation. In this regard, the use of backchannels could be considered a case of automatism preserved until a very advanced stage of the disease.

Furthermore, the utterance of more elaborated assessment moves may be the proof of an adequate functioning of cognitive processes, such as working memory, short-term memory, or sustained attention. In fact, assessing and completing other speakers'

comments means that a speaker is able to closely follow the course of the conversation and to store in the memory function the information transmitted in the preceding turns. In this regard, it is not surprising that this type of assessment move was mainly found in turns of persons with an initial or intermediate level of dementia, compared to speakers with advanced stages of AD.

In the chapter dedicated to enunciative pragmatics the analysis focused on speech acts and on inferential meaning. Firstly, the study of speech acts considered the distinction between the locutive and the illocutive dimensions of a speech act, plus a special focus on editing tasks (i.e., empty and filled pauses, draft acts, and tag questions).

In terms of the analysis of the locutive dimension of speech acts, the results showed a very small decrease of propositional acts (80.75% in the early stage and 75.67% in the advanced stage). However, propositional acts comprise acts which convey a great deal of information, but also speech acts with little semantic content which could be classified as inference launching acts or verbal locutionary acts (Gallardo Paúls y Fernández Urquiza, 2015). Nevertheless, these two types of speech acts do not even reach 10% of total speech acts in any of the three stages of the disease. Something similar can be said about nonverbal speech acts, although we can observe a slight increase in their use as the disease progresses.

In this regard, four categories of nonverbal speech acts have been considered for the analysis. The distribution of types of nonverbal speech acts is similar along the three stages of the dementia: approximately, 20% corresponded to emblems, 35% to illustrators, and 10% to regulators; the remaining amount corresponds with other kinds of gestures and, above all, instances of laughter. Interestingly, the percentage of laughter by people with DAT increases steadily as the dementia progresses (from 14.76% of total nonverbal speech acts in the initial stage to 33.63% in the advanced stage, when one out of three nonverbal acts is a case of laughter). From a qualitative perspective, I could verify that all the functions of laughter attributed to speakers without linguistic impairment were also observable in turns of people with AD. However, in many cases, it seems difficult to determine the reason why subjects with dementia laugh. This circumstance may affect their communicative interactions and the image they project to their interlocutors.

From an illocutive point of view, the results showed that the speakers with DAT uttered a high proportion of representative speech acts (80.57% in the early stage, but decreasing until 75.94% in the advanced stage); this is not surprising, because most of their participation in conversations was based on narrating episodes of their lives and on answering to questions posed by other interlocutors. However, we can observe a slight increase in the percentage of directive and, especially, expressive speech acts. In this regard, the 11.5% of expressive acts spoken by subjects with a severe communicative impairment includes utterances such as ‘¡ay!’, ‘¡vaya!’, or ‘muy bien’, which are a type of language relatively automatic, fixed, that seems to be better preserved than creative language in people with DAT (Hamilton, 1994). In fact, the speakers with greater linguistic difficulties showed an obvious tendency to use this kind of expressive acts, even in context where they did not appear to be appropriate. In this sense, it seems proven that, although the executive function and the ability to convey information are more deteriorated, the expression of feelings is a communicative skill which stays for longer in speakers with dementia.

Secondly, with regard to the study of inferential meaning, I have analysed (1) the increasing violations of conversational maxims as the disease progresses and (2) the relationship between these transgressions and the communicative impairment suffered by a person with DAT. From a quantitative perspective, we can observe that at the initial level of the dementia the maxim of quantity is the most violated (5.2 instances per conversation), closely followed by the maxim of manner (4.6) and by the maxim of relevance (2.2) and quality (1.8), at greater distance. In the middle stage, this pattern presents slight changes, since, although the maxim of quantity (12) is still the most transgressed, in this stage I found more infractions of the maxim of relevance (8.4) than of the maxim of manner (7); at this level the maxim of quality is still the one that registers a smaller number of violations (4). Finally, there is a change in the type of maxim most transgressed in the advanced stage: an average of 18 violations per conversation of the maxim of relevance and 16.2 of the maxim of quantity. On the other hand, there is a complete similarity in the number of transgressions of the maxims of manner and quality (10.6).

The main communicative impairments that cause the violation of the conversational maxims are as follows. In first place, in speakers with dementia the violation of the *maxim of quantity* occurs almost exclusively because of the little information conveyed in their turns. The difficulties related to lexical access make their

linguistic contributions less efficient. Secondly, the *maxim of quality* is commonly transgressed in the utterances of people with DAT due to their problems with episodic memory; most of the time, this happens due to confusions between past and present or among various episodes that occurred in the past. Thirdly, the most frequent cause of violation of the *maxim of relevance* is an abrupt topic shift. Speakers with DAT have many problems with topic management; the deficits of working memory and sustained attention are the reason why they introduce new and unrelated topics at inappropriate moments. Finally, the *maxim of manner* is transgressed in many ways. For instance, word-finding difficulties provoke the occurrence of semantic paraphasias; the use of pronouns with an unknown referent makes language ambiguous; circumlocutions are against briefness, etc.

Lastly, several analyses were conducted under the umbrella of *textual pragmatics*. This perspective of study attends to the properties of a message and, consequently, pays special attention to the coherence and the cohesion of a discourse. Regarding this, in this investigation I have analysed some circumstances related to topic management (since it is a fundamental part of coherence in conversational exchanges) and the progressive deterioration of cohesion due to the growing number of pronouns uttered whose reference is not clear from the communicative context.

However, the main part of this chapter was dedicated to the analysis of verbal impairment according to the linguistic relationship predominantly affected, no matter the component of language where the deficit occurs. Thus, following López García's (1989) 'perceptive linguistics', Gallardo Paúls (2007, 2009c) determined four types of linguistic impairment according to the type of altered connection between two elements: government, agreement, order, and integration.

In the light of the results obtained, three blocks are clearly recognisable. Firstly, order impairments barely affect the linguistic abilities of speakers with AD, whatever the stage of the dementia is. Thus, my data shows that subjects in the initial stage have 0.33 order impairments per conversation, but I have not found this type of impairment in speaker in later stages of dementia. These figures are insignificant; in fact, only in three recordings were described order impairments.

Secondly, there seems to be almost total correspondence across the three phases of DAT among the number of agreement and integration impairments. In both cases there is a practical nonexistence of deficits in conversations involving a person with an

initial stage of dementia (1.5 agreement impairments and 0.33 integration impairments). In the next stage of Alzheimer's, this amount increases up to 5.25 agreement impairments and 2.87 integration impairments, but it is in the recordings with speakers with an advanced level of DAT where we can find a spectacular growth of agreement (13.57) and integration (14) errors. It might be stated that the number of agreement impairments identified in my corpus is greater than expected. However, this is due to the fact of having considered abrupt topic shifts as a semantic disagreement; if we limit our attention to deficits that affect the morphological and syntactic components of language, we will realise these mean only one error per conversation.

Finally, it can be clearly observed that government impairments are the most numerous group of linguistic impairments that afflict subjects with dementia from the first phase of the disease. Therefore, they could be considered as the first obvious sign of a language deficit associated with DAT. In fact, anomie-type difficulties, which are largely responsible for government impairments, have been commonly reported as the first manifestation of a linguistic problem caused by Alzheimer's disease (Bayles *et al.*, 1990; Forbes-Mckay y Venneri, 2005). In this regard, the data support this hypothesis, since in the initial stage I quantified an average of 14.92 government impairments, of which at least two thirds correspond to errors caused by word-finding problems. This preponderance of government impairments is maintained throughout the following phases (23.12 errors per recording at the moderate level and 37.14 in the advanced stage).

24. Conclusions

Throughout this section I will present the main conclusions derived from this investigation and, of course, the most relevant contributions of this work to the study of the communicative abilities of speakers with DAT.

- The creation of this corpus supposes, as far as I know, the first compilation in the Spanish-speaking area of recorded and transcribed conversations involving a person with Alzheimer's disease. Given this circumstance, my corpus has become a pioneering tool in clinical linguistics that can be used and should be expanded by other researchers interested in the study of the communicative abilities of speakers with AD.

In terms of communicative impairments, the results showed that:

- Cognitive deficit is the reason why people with DAT need more time to access to the turn (especially, in the advanced stage), and this may imply that their interlocutors do not give them time enough to contribute to the conversational exchange.
- There is a clear decrease in the proportion of initiative moves, especially in the passage from the initial to the intermediate stage. Speakers with DAT prefer a receiver position as they are aware of suffering greater communicative impairment. Moreover, people with dementia experience great difficulty in answering open-ended questions and questions that require access to episodic memory, especially, to recent memories.
- The percentage of words of speakers with dementia decreased dramatically between the initial and the intermediate stages; as cognitive impairment progresses, the subjects with DAT are responsible for a lower communicative load, something which is also reflected in the progressive decrease in the length of their turns.
- There are an increasing number of violations of conversational maxims due to the growing communicative impairments. This causes that, initially, the maxim of quantity is the most affected, since word-finding problems are responsible for the lack of information transmitted; finally, in line with the progressive increase of digressions, the greater number of transgressions in the advanced stage corresponds to maxim of relevance.
- At the mild level, speakers with AD introduce fewer new topics. Subsequently, an increasing utterance of digressions that undermine the coherence of the communicative exchange is detected. In the advance stage, topic shifts that preserve the coherence with the previous topic are only 10%. In fact, the occurrence of perserverations causes that half of the topic shifts at this point of the disease are a return to topics already addressed.

On the other hand, people with dementia of the Alzheimer's type maintain some linguistic capacities until cognitive impairment is too severe:

- Among the abilities required to participate effectively in conversation, people with AD maintain the capacity of recognising transition relevance places and, consequently retain a good sense of turn-taking.
- Moreover, they seem to be aware that a question requires an answer, and they usually answer questions asked by their interlocutors although the content of those answers is not always appropriate.
- Besides, people with AD also keep the ability to repair their verbal productions and to ask for further information if they have not understood something said by their linguistic partners.
- Non-verbal communication seems to be better preserved than verbal communication. Thus, on many occasions, speakers with dementia used emblems to overcome word-finding difficulties. Something similar can be said about the meaningful use of gaze: in this study, people with DAT were able to use their gaze to select the next speaker or as a way of seeking communicative help from the listener.
- In terms of textual pragmatics, I have verified the virtual absence of order impairments. On the other hand, the phonological component is especially resistant to linguistic deterioration. Finally, neither agrammatism nor disagreement at the morphosyntactic level is typical of moves of speakers with Alzheimer's.
- To sum up, these communicative skills confirm that people with AD are able to engage in conversation despite other deficits which do not permit good communication.

Last but not least, I also analysed the conversational strategies used by the key conversational partners, since their communicative attitude certainly influenced the linguistic contributions of speakers with DAT:

- I found a series of strategies aimed at facilitating subjects with AD to participate more in conversational exchanges: less interruptions, longer periods of silence between turns, greater use of tag questions to create transition relevance places, etc.
- Regarding the use of questions, most caregivers tried to adapt their communicative requirements to the abilities they perceived in informants

with dementia. In this way, as the disease progresses, key conversational partners uttered a greater percentage of yes/no questions and less questions which required people with dementia to access to recent episodic memory.

- Caregivers guided the narrative process when cognitive impairment suffered by speakers with AD was too severe (from intermediate stage onwards). In particular, key conversational partners showed two ways of preserving coherence in the face of frequent digressions: on the one hand, some adapted to the continuous topic shifts and tried to give meaning to those digressions; on the other hand, other caregivers explicitly reminded the person with DAT of the topic they were talking about as a way of getting back to it.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAM, Jean-Michelle (1990): *Eléments de linguistique textuelle. Théorie et pratique de l'analyse textuelle*. Bruxelles: Mardaga.
- ADAMS, Catherine (2002): "Practitioner review: The assessment of language pragmatics", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (8), 973-987.
- ADAMS, Catherine y BISHOP, Dorothy V. (1989): "Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder. 1: Exchange structure, turn-taking, repairs and cohesion", *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 211-239.
- AHLSÉN, Elisabeth (1995): "Pragmatics and Aphasia. An activity based approach", Monográfico 77 de Gothenburg Papers in Theoretical Linguistics.
- AHLSÉN, Elisabeth (2006): *Introduction to Neurolinguistics*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- AHLSÉN, Elisabeth (2008): "Conversational Implicature and Communication Impairment", en Ball, M., M. Perkins, N. Müller y S. Howard (eds.): *The handbook of clinical linguistics*. Malden: Blackwell, 32-48.
- ALBERONI, Margherita; BADDELEY, Alan; DELLA SALA, Sergio y SPINLER, Hans (1992): "Keeping track of a conversation: Impairments in Alzheimer's disease", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 (9), 639-646.
- ALBERT, Marilyn; DEKOSKY, Steven; DICKSON, Dennis; DUBOIS, Bruno; FELDMAN, Howard; FOX, Nick; GAMST, Anthony; HOLTZMAN, David; JAGUST, William; PETERSEN, Ronald *et al.* (2011): "The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease", *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270-279.
- ALMOR, Amit; KEMPLER, Daniel; MACDONALD, Maryellen; ANDERSEN, Elaine y TYLER, Lorraine (1999): "Why do Alzheimer Patients have difficulty with pronouns? Working memory, semantics, and reference in comprehension and production in Alzheimer's disease", *Brain and Language*, 67, 202-227.
- ALMOR, Amit; MACDONALD, Maryellen; KEMPLER, Daniel; ANDERSEN, Elaine y TYLER, Lorraine (2001): "Comprehension of long distance number agreement in probably Alzheimer's disease", *Language and Cognitive Processes*, 16, 35-63.
- ALOM POVEDA, Jordi y PEÑA CASANOVA, Jordi (2007): "Neuroanatomía conductual y síndromes focales cerebrales: esquemas básicos", en Peña Casanova, J. (coord.):

Neurología de la conducta y neuropsicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 75-92.

- ALTMANN, Lori; KEMPLER, Daniel y ANDERSEN, Elaine (2001): "Speech errors in Alzheimer's disease: Reevaluating morphosyntactic preservation", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 1069-1082.
- ÁLVAREZ, Guadalupe (2008): "Efectos ilocucionario y perlocucionario en la teoría de los actos de habla y en sus posteriores reformulaciones", *Onomázein*, 17, 79-93.
- ALZHEIMER, Alois (1907): "Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde", *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin*, 64, 146-148.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION (2016): "2016 Alzheimer's disease facts and figures", *Alzheimer's & Dementia*, 12, 459-509.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- APPELL, Julian; KERTESZ, Andrew y FISMAN, Michael (1982): "A study of language functioning in Alzheimer patients", *Brain and Language*, 17, 73-91.
- ARDILA, Alfredo (2005): *Las afasias*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- ATKINSON, J. Maxwell y HERITAGE, John (1984): *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- AUCLIN, Antoine (1988): "Dialogue et stratégies: propositions pour une analyse dynamique de la conversation", en Cosnier, J., N. Gelas y C. Kerbrat-Orecchioni (eds.): *Echanges sur la conversation*. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique, 33-45.
- AUSTIN, John (1962): *How To Do Things With Words*. Cambridge: Harvard University Press.
- BACH, Kent y HARNISH, Robert (1979): *Linguistic communication and speech acts*. Cambridge: MIT Press.
- BADDELEY, Alan (1995): "The psychology of memory", en Baddeley, A., B. Wilson y F. Watts (eds.): *Handbook of memory disorders*. New York: John Wiley, 3-26.
- BADDELEY, Alan (2000): "The episodic buffer: a new component of working memory?", *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (11), 417-423.
- BADDELEY, Alan; BADDELEY, H.; BUCKS, R. y WILCOCK, Gordon (2001): "Attentional control in Alzheimer's disease", *Brain*, 124, 1492-1508.

- BADDELEY, Alan y HITCH, Graham (1974): "Working memory", en Bower, G. (ed.): *The Psychology of Learning and Motivation*. New York: Academic Press, 47-89.
- BADDELEY, Alan; LOGIE, Robert; BRESSI, S.; DELLA SALA, Sergio y SPINNLER, H. (1986): "Dementia and working memory", *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 38, 603-618.
- BADDELEY, Alan; BRESSI, S.; DELLA SALA, Sergio; LOGIE, Robert y SPINNLER, H. (1991): "The decline of working memory in Alzheimer's disease. A longitudinal study", *Brain*, 114 (6), 2521-2542.
- BALL, Martin J. (2000): "Problems of Pragmatic Profiling", en Müller, N. (ed.): *Pragmatics in speech and language pathology. Studies in clinical applications*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins, 89-106.
- BALL, Martin J.; DAVIS, Ena; DUCKWORTH, Martin y MIDDLEHURST, Robert (1991): "Assessing the assessments: A comparison of two clinical pragmatic profiles", *Journal of Communication Disorders*, 24, 367-379.
- BALL, Martin y KENT, Raymond (1987): "Editorial", *Clinical Linguistics and Phonetics*, 1, 1-5.
- BALL, Martin; PERKINS, Michael; MÜLLER, Nicole y HOWARD, Sarah (eds.) (2008): *Handbook of Clinical Linguistics*. Oxford: Blackwell.
- BARKLEY, Russell (1996): "Linkages between attention and executive functions", en Lyon, G. y N. Krasnegor (eds.): *Attention, memory and executive function*. Baltimore: Paul H. Brooks, 307-325.
- BAUDIC, Sophie; DELLA BARBA, Gianfranco; THIBAUDET, Marie Claude; SMAGGHE, Alain; REMY, Philippe y TRAYKOV, Latchezar (2006): "Executive function deficits in early Alzheimer's disease and their relations with episodic memory", *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 15-21.
- BAYLES, Kathryn (1984): "Language and dementia", en Holland, A. (ed.): *Language disorders in adults. Recent advances*. San Diego: College-Hill Press, 209-244.
- BAYLES, Kathryn y TOMOEDA, Cheryl (1983): "Confrontation naming impairment in dementia", *Brain and Language*, 19, 98-114.
- BAYLES, Kathryn; TOMOEDA, Cheryl; KASZNAK, Alfred; STERN, Lawrence y EAGANS, Karen (1985): "Verbal perseveration of dementia patients", *Brain and Language*, 25, 102-116.

- BAYLES, Kathryn; TOMOEDA, Cheryl y TROSSET, Michael (1990): "Naming and categorical knowledge in Alzheimer's disease: The process of semantic memory deterioration", *Brain and language*, 39, 498-510.
- BEAUGRANDE, Robert y DRESSLER, Wolfgang (1981): *Introduction to text linguistics*. London: Longman.
- BECKER, James (1988): "Working memory and secondary memory deficits in Alzheimer's disease", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, 739-753.
- BECKER, James T. y OVERMAN, Amy A. (2002): "The memory deficit in Alzheimer's disease", en Baddeley, A. D.; M. D. Kopelman y B. A. Wilson (eds.): *The essential handbook of memory disorders for clinicians*. New York: Wiley, 113-133.
- BEKRIS, Lynn; YU, Chang-En; BIRD, Thomas y TSUANG, Debby (2010): "Genetics of Alzheimer disease", *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23 (4), 213-227.
- BELLEVILLE, Sylvie; CHERTKOW, Howard y GAUTHIER, Serge (2007): "Working memory and control of attention in persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment", *Neuropsychology*, 21 (4), 458-469.
- BENNET, Adrian (1978): "Interruptions and the interpretation of conversation", *Proceedings of the fourth Annual Meeting of the Berkeley Linguistic Society*, 557-575.
- BENTON, Arthur L.; SIVAN, Abigail B.; HAMSHER, Kerry; VARNEY, Nils R. y SPREEN, Otfried (1994): *Contributions to Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press (2ª ed.).
- BENVENISTE, Émile (1974): *Problemas de lingüística general. Tomo 2*. México: Siglo XXI, 1977. Trad. de Juan Almela.
- BERNÁRDEZ, Enrique (1982): *Introducción a la lingüística del texto*. Madrid: Espasa-Calpe.
- BERREWAERTS, Joëlle; HUPET, Michel y FEYEREISEN, Pierre (2003): "Langage et démence : examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer", *Revue de Neuropsychologie*, 13, 165-207.
- BIALYSTOK, Ellen; CRAIK, Fergus y FREEDMAN, Morris (2007): "Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia", *Neuropsychologia*, 45, 459-464.

- BIRDWHISTELL, Ray (1970): *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- BLOCH, Steven y BEEKE, Suzanne (2008): “Co-constructed talk in the conversations of people with dysarthria and aphasia”, *Clinical Linguistics and Phonetics*, 22 (12), 974-990.
- BLOOM, Ronald L. y OBLER, Loraine K. (1998): “Pragmatic breakdown in patients with left and right brain damage: clinical implications”, en Paradis, M. (ed.): *Pragmatics in Neurogenic Communication Disorders*. New York: Elsevier, 11-20.
- BOURGEOIS, Michelle S. y HICKEY, Ellen M. (2009): *Dementia: from diagnosis to management: a functional approach*. New York: Psychology Press.
- BRAAK, Heiko y BRAAK, Eva (1991a): “Demonstration of amyloid deposits and neurofibrillary changes in whole brain sections”, *Brain Pathology*, 1, 213-216.
- BRAAK, Heiko y BRAAK, Eva (1991b): “Neuropathological staging of Alzheimer-related changes”, *Acta Neuropathologica*, 82, 239-259.
- BRANDÃO, Lenisa; MACHADO LIMA, Tatiane; DE MATTOS PIMENTA PARENTE, Maria Alice y PEÑA CASANOVA, Jordi (2013): “Discourse coherence and its relation with cognition in Alzheimer’s disease”, *Psicologia em Pesquisa*, 7, 99-107.
- BRAZZELLI, Miriam; COCCHINI, Gianna; DELLA SALA, Sergio y SPINNLER, Hans (1994): “Alzheimer patients show a sensitivity decrement over time on a tonic alertness task”, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 851-860.
- BREEDIN, Sarah y MARTIN, Randi (1996): “Patterns of verb impairment in aphasia: An analysis of four cases”, *Cognitive Neuropsychology*, 13, 51-91.
- BRIZ GÓMEZ, Antonio (2000): “Las unidades de la conversación”, *RILCE*, 16, 225-246.
- BRIZ GÓMEZ, Antonio (2002): “Las unidades de la conversación”, *Actas del IX Congreso de la Sociedad Argentina de Lingüística*.
- BRIZ GÓMEZ, Antonio (2006): “La estructura de la conversación: orden externo y orden interno”, *Archivo de Filología Aragonesa*, LIX-LX, 265-280.
- BROCA, Paul (1861a): “Perte de la parole, ramollissement chronique et destruction partielle du lobe antérieur gauche”, *Bulletin de la Société d’Anthropologie*, 2, 235-238.
- BROCA, Paul (1861b): “Nouvelle observation d’aphémie produite par une lésion de la moitié postérieure des deuxième et troisième circonvolution frontales gauches”, *Bulletin de la Société Anatomique*, 36, 398-407.

- BROWN, Penelope y LEVINSON, Stephen (1987): *Politeness: Some universals in language usage*. New York: Cambridge University Press.
- BROWN, Roger (1973): *A first language: the early stages*. Cambridge: Harvard University Press.
- BROWN, Gillian y YULE, George (1983): *Discourse analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BROWNELL, Hiram y STRINGFELLOW, Andrew (1999): "Making requests: Illustrations of how Right-Hemisphere Brain Damage can affect discourse production", *Brain and Language*, 68, 442-465.
- BRUCART, José María (1987): *La elisión sintáctica en español*. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- BRUNER, Jerome S. (1993): "Explaining and Interpreting: Two Ways of Using Mind", en Harman, G. (ed.): *Conceptions of the human mind: essays in honor of George A. Miller*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 123-137.
- BUCKS, Romola; SINGH, Sameer; CUERDEN, Joanne y WILCOCK, Gordon (2000): "Analysis of spontaneous, conversational speech in dementia of the Alzheimer type: Evaluation of an objective technique for analysing lexical performance", *Aphasiology*, 14, 71-91.
- CAHN-WEINER, Deborah; MALLOY, Paul; BOYLE, Patricia y SALLOWAY, Stephen (2000): "Prediction of functional status from neuropsychological tests in community-dwelling elderly individuals", *The Clinical Neuropsychologist*, 14, 187-195.
- CAMERON, Deborah; FRAZER, Elizabeth; HARVEY, Penelope; RAMPTON, Ben y RICHARDSON, Kay (1992): *Ethics, Advocacy and Empowerment: Issues of Method in Researching Language*. London: Routledge.
- CAMPBELL-TAYLOR, Irene (1984): *Dimensions of Clinical Judgement in the Diagnosis of Alzheimer's Disease*. Tesis doctoral inédita. Buffalo: State University of New York.
- CAPLAN, David (1987): *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Madrid: Visor, 1992. Trad. de Luis Eguren.
- CAPLAN, David; WATERS, Gloria; DEDE, Gayle; MICHAUD, Jennifer y REDDY, Amanda (2007): "A study of syntactic processing in aphasia I: Behavioral (psycholinguistic) aspects", *Brain and Language*, 101, 103-150.

- CASELLI, Richard y YANAGIHARA, Takehiko (1991): "Memory disorders in degenerative neurological diseases", en Yanagihara, T. y R. Peterson (eds.): *Memory disorders*. New York: Marcel Dekker, 369-396.
- CASILLAS, Marisa (2014): "Turn-taking", en Matthews, D. (ed.): *Pragmatic Development in First Language Acquisition*. Amsterdam: John Benjamins, 53-70.
- CAUSINO LAMAR, Mary Anne; OBLER, Loraine K.; KNOEFEL, Janice E. y ALBERT, Martin L. (1994): "Communication Patterns in End-Stage Alzheimer's Disease", en Bloom, R. L., L. K. Obler, S. De Santi y J. S. Ehrlich (eds.): *Discourse analysis and applications: Studies in adult clinical populations*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 217-236.
- CAZA, Nicole y BELLEVILLE, Sylvie (2008): "Reduced short-term memory capacity in Alzheimer's disease: The role of phonological, lexical, and semantic processing", *Memory*, 16, 341-350.
- CESTERO MANCERA, Ana María (1999): *Comunicación no verbal y enseñanza de lenguas extranjeras*. Madrid: Arco/Libros.
- CHAPMAN, Sandra B.; HIGHLEY, Amy P. y THOMPSON, Jennifer L. (1998): "Discourse in fluent aphasia and Alzheimer's disease: Linguistic and pragmatic considerations", *Journal of Neurolinguistics*, 11 (1-2), 55-78.
- CHAPMAN, Sandra B. y ULATOWSKA, Hanna (1997): "Discourse in dementia: Considerations of consciousness", en Stamenov, M. (ed.): *Language structure, discourse and the access to consciousness*. Amsterdam: John Benjamins, 155-188.
- CHAPMAN, Sandra B.; ZIENTZ, Jennifer; WEINER, Myron; ROSENBERG, Roger; FRAWLEY, William y BURNS, Mary Hope (2002): "Discourse changes in early Alzheimer disease, mild cognitive impairment, and normal aging", *Alzheimer Discourse and Associated Disorders*, 16, 177-186.
- CHAROLLES, Michel (1978): "Introduction au problema de la cohérence des textes", *Langue française*, 38, 7-41.
- CHÁRRIEZ CORDERO, Mayra (2012): "Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa", *Revista Griot*, 5 (1), 50-67.
- CHEN, Peijun; RATCLIFF, Graham; BELLE, Steven; CAULEY, Jane; DEKOSKY, Steven y GANGULI, Mary (2001): "Patterns of cognitive decline in presymptomatic Alzheimer disease: A prospective community study", *Archives of General Psychiatry*, 58 (9), 853-858.

- CHERTKOW, Howard; WHITEHEAD, Victor; PHILLIPS, Natalie; WOLFSON, Christina; ATHERTON, Julie y BERGMAN, Howard (2010): “Multilingualism (but not always bilingualism) delays the onset of Alzheimer disease: Evidence from a bilingual community”, *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24, 118-125.
- CHOMSKY, Noam (1980): *Rules and Representations*. New York: Columbia University Press.
- CLARK, Andy (1997): *Being there. Putting brain, body and world together again*. Cambridge: MIT Press.
- CLARK, Herbert (1996): *Using language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CODESIDO GARCÍA, Ana Isabel (1999): “Aplicación clínica de la lingüística: un ejemplo en la evaluación de la producción verbal espontánea en edad infantil”, *Revista de Investigación Lingüística*, 1 (2), 43-58.
- COLLETTE, Fabienne; DELRUE, Gael; VAN DER LINDEN, Martial y SALMON, Eric (2001): “The relationships between executive dysfunction and frontal hypometabolism in Alzheimer’s disease”, *Brain and Cognition*, 47, 272-275.
- COLLETTE, Fabienne; VAN DER LINDEN, Martial; BECHET, S. y SALMON, Eric (1999a): “Phonological loop and central executive functioning in Alzheimer’s disease”, *Neuropsychologia*, 37, 905-918.
- COLLETTE, Fabienne; VAN DER LINDEN, Martial y SALMON, Eric (1999b): “Executive dysfunction in Alzheimer’s disease”, *Cortex*, 35, 57-72.
- COSNIER, Jacques (1987): “Ethologie du dialogue”, en Cosnier, J. y C. Kerbrat-Orecchioni (eds.): *Décrire la conversation*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 291-315.
- COSNIER, Jacques y KERBRAT-ORECCHIONI, Catherine (eds.) (1987): *Décrire la conversation*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- COULTHARD, Malcom (1977): *An Introduction to Discourse Analysis*. London: Longman.
- COULTHARD, Malcom y BRAZIL, David (1981): “Exchange structure”, en Coulthard, M. y M. Montgomery (eds.): *Studies in Discourse Analysis*. London: Routledge and Keagan Paul, 82-106.
- CROCKFORD, Catherine y LESSER, Ruth (1994): “Assessing functional communication in aphasia: Clinical utility and time demands of three methods”, *European Journal of Disorders of Communication*, 29, 165-182.

- CROOT, Karen; HODGES, John; XUEREBA, John y PATTERSON, Karalyn (2000): “Phonological and articulatory impairment in Alzheimer’s disease: A case series”, *Brain and Language*, 75, 277-309.
- CROW, Bryan (1983): “Topic shifts in couples’ conversations”, en Craig, R. y K. Tracy (eds.): *Conversational coherence: Form, structure and strategy*. Beverly Hills: Sage.
- CRYSTAL, David (1981): *Clinical Linguistics*. London: Edward Arnold.
- CRYSTAL, David (1986): “Pasado, presente y futuro de la Lingüística Clínica”, en Monfort, M. (ed.): *Investigación y Logopedia*. Madrid: CEPE, 34-42.
- CRYSTAL, David (2001): “Clinical Linguistics”, en Aronoff, M. y J. Rees-Miller (eds.): *The Handbook of Linguistics*. Oxford: Blackwell, 673-682.
- CUETOS VEGA, Fernando (1998): *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Madrid: Médica-Panamericana.
- CUETOS VEGA, Fernando (2003): *Anomia: La dificultad para recordar las palabras*. Madrid: TEA.
- CUETOS VEGA, Fernando; RODRÍGUEZ FERREIRO, Javier; SAGE, Karen y ELLIS, Andrew (2012): “A fresh look at the predictors of naming accuracy and errors in Alzheimer’s disease”, *Journal of Neuropsychology*, 6, 242-256.
- CUMMINGS, Louise (2007): “Clinical pragmatics: A field in search of phenomena?”, *Language and Communication*, 27, 396-432.
- CUMMINGS, Louise (2009): *Clinical pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CUMMINGS, Louise (2010): “Neuropragmatics”, en Cummings, L. (ed.): *The Routledge pragmatics encyclopedia*. London: Routledge, 292-294.
- CUMMINGS, Louise (2014): *Pragmatic disorders*. New York: Springer.
- DAMÁSIO, António (1999): *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt, Brace.
- DANIELE, Antonio; GIUSTOLISI, Laura; SILVERI, Maria Caterina; COLOSIMO, Cesare y GAINOTTI, Guido (1994): “Evidence for a possible neuroanatomical basis for lexical processing of nouns and verbs”, *Neuropsychologia*, 32 (11), 1325-1341.
- DANNENBAUM, Stephen; PARKINSON, Stanley y INMAN, Vaughan (1988): “Short-term forgetting: Comparisons between patients with dementia of the Alzheimer type, depressed and normal elderly”, *Cognitive Neuropsychology*, 5, 213-233.

- DAVIS, Steven (1980): "Perlocution", en Searle, J., F. Kiefer y M. Bierwisch (eds.): *Speech act theory and pragmatics*. Holland: D. Reidel, 37-56.
- DE AJURIAGUERRA, Julián y TISSOT, René (1975): "Some aspects of language in various forms of senile dementia (comparisons with language in childhood)", en Lenneberg, E. y E. Lenneberg (eds.): *Foundations of language development: A multidisciplinary approach*. New York: Academic Press, 323-339.
- DE RENZI, Ennio y VIGNOLO, Luigi (1962): "The token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics", *Brain*, 85, 665-678.
- DEVANAND, Davangere; MICHAELS-MARSTON, Kristin; LIU, Xinhua; PELTON, Gregory; PADILLA, Margarita; MARDER, Karen; BELL, Karen; STEERN, Yaakov; MAYEUX, Richard (2000): "Olfactory deficits in patients with mild cognitive impairment predict Alzheimer's disease at follow-up", *American Journal of Psychiatry*, 157, 1399-1405.
- DIÉGUEZ VIDE, Faustino y PEÑA CASANOVA, Jordi (1996): "Lingüística y clínica: aproximación a la afasiología lingüística", en Fernández Pérez, M. (coord.): *Avances en lingüística aplicada*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, 303-372.
- DIJKSTRA, Katinka; BOURGEOIS, Michelle; Petrie, Geoffrey; BURGIO, Louis y ALLEN, Rebecca (2002): "My recaller is on vacation: Discourse analysis of nursing-home residents with dementia", *Discourse Processes*, 33, 53-76.
- DIJKSTRA, Katinka; BOURGEOIS, Michelle; ALLEN, Rebecca y BURGIO, Louis (2004): "Conversational coherence: discourse analysis of older adults with and without dementia", *Journal of Neurolinguistics*, 17, 263-283.
- DRUKS, Judit; MASTERSON, Jackie; KOPELMAN, Michael; CLARE, Linda; ROSE, Anita y RAI, Gucharan (2006): "Is action naming better preserved (than object naming) in Alzheimer's disease and why should we ask?", *Brain and Language*, 98, 332-340.
- DUKE, Lisa y KASZNIAK, Alfred (2000): "Executive control functions in degenerative dementias: A comparative review", *Neuropsychology Review*, 10, 75-99.
- DUFF, Patricia (2010): "Research Approaches in Applied Linguistics", en R. Kaplan (ed.): *The Oxford Handbook of Applied Linguistics*. Oxford / New York: Oxford University Press, 45-59.
- DUNCAN, Starkey (1972): "Some signals and rules for taking speaking turns in conversations", *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 283-292.

- DURÁN, Eduardo y FIGUEROA, Alicia (2009): “Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes por pacientes esquizofrénicos crónicos y de primer brote”, *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (4), 259-270.
- EDELSKY, Carol (1981): “Who’s got the floor?”, *Language in society*, 10, 383-421.
- EFRON, David (1941): *Gesture and movement*. New York: King’s Crown.
- EKMAN, Paul y FRIESEN, Wallace (1969): “The Repertoire of Nonverbal Behavior: Categories, Origins, Usage, and Coding”, *Semiotica*, 1 (1), 49-98.
- EKSTRÖM, Anna; SAMUELSSON, Christina y MAJLESI, Ali Reza (2015): “Frågor med kända svar i samtal med personer med demens”, *33 OFTI Conference*, Linköpings Universitet.
- EL HAJ, Mohamed; ANTOINE, Pascal; NANDRINO, Jean Louis y KAPOGIANNIS, Dimitrios (2015): “Autobiographical memory decline in Alzheimer’s disease, a theoretical and clinical overview”, *Ageing Research Reviews*, 23, 183-192.
- EMERY, Olga (1985): “Language and aging”, *Experimental Aging Research*, 11, 3-60.
- FARRER, Lindsay; CUPPLES, L. Adrienne; HAINES, Jonathan; HYMAN, Bradley; KUKULL, Walter; MAYEUX, Richard; MYERS, Richard; PERICAK-VANCE, Margaret; RISCH, Neil y VAN DUIJN, Cornelia (1997): “Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease: A meta-analysis”, *JAMA*, 278, 1349-1356.
- FERGUSON, Alison (1992): “Conversational Repair of Word-Finding Difficulty”, *Clinical Aphasiology*, 21, 299-310.
- FERNÁNDEZ PÉREZ, Milagros (1998): “El papel de la teoría y de la aplicación en la construcción de disciplinas lingüísticas: El caso de la ‘Lingüística Clínica’ y áreas conexas”, *Revista Española de Lingüística*, 28 (2), 389-419.
- FERNÁNDEZ PÉREZ, Milagros (2015): “Lingüística y déficit comunicativos. Lingüística clínica y Logopedia”, en Fernández, M. (coord.): *Lingüística y déficit comunicativos*. Madrid: Síntesis, 19-44.
- FERNÁNDEZ URQUIZA, Maite (2013): “Valoración de la progresión temática en la conversación espontánea de hablantes lesionados de hemisferio derecho”, *Revista de Investigación Lingüística*, 16, 209-235.
- FERNÁNDEZ URQUIZA, Maite; DÍAZ MARTÍNEZ, Félix; MORENO CAMPOS, Verónica, LÁZARO LÓPEZ-VILLASEÑOR, Miguel y SIMÓN LÓPEZ, Teresa (2015): *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática-Revisado*. Valencia: Universitat de València.

- FERNÁNDEZ URQUIZA, Maite; GALLARDO PAÚLS, Beatriz y SAGE, Karen (2013): “Lenguaje y habla”, en Lavados, J. y A. Slachevsky (eds.): *Neuropsicología: Bases neuronales de los procesos mentales*. Santiago: Mediterráneo, 171-188.
- FERNÁNDEZ URQUIZA, Maite y GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2015): “Adaptación del formato CHAT para la transcripción y codificación de los datos de lenguaje patológico del corpus PerLA”, *Oralia: Análisis del discurso oral*, 18, 81-102.
- FERNÁNDEZ URQUIZA, Maite; PÉREZ MANTERO, José Luis y GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2012): “A Basic Communicative Guide for Key Conversational Partners”, *III Congreso Internacional de Lingüística Clínica*, Universidad de Málaga.
- FERRIS, Steven; IHL, Ralf; ROBERT, Philippe; WINBLAD, Bengt; GATZ, Gudrun; TENNIGKEIT, Frank y GAUTHIER, Serge (2009): “Severe Impairment Battery Language scale: A language-assessment tool for Alzheimer’s disease patients”, *Alzheimer’s & Dementia*, 5, 375-379.
- FINKE, Kathrin; MYERS, Nicholas; BUBLAK, Peter y SORG, Christian (2013): “A biased competition account of attention and memory in Alzheimer’s disease”, *Philosophical Transactions of the Royal Society Bulletin*, 368: 20130062.
- FISHMAN, Joshua (1972): *Sociología del lenguaje*. Madrid: Cátedra, 1982. Trad. de Ramón Sarmiento y Juan Carlos Moreno.
- FODOR, Jerry (1983): *La modularidad de la mente*. Madrid: Morata, 1986. Trad. de José Manuel Igoa.
- FOLSTEIN, Marshal; FOLSTEIN, Susan y MCHUGH, Paul (1975): “Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician”, *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- FORBES-MCKAY, Katrina; ELLIS, Andrew; SHANKS, Michael y VENNERI, Annalena (2005): “The age of acquisition of words produced in a semantic fluency task is highly predictive of early Alzheimer’s disease”, *Neuropsychologia*, 43, 1625-1632.
- FORBES-MCKAY, Katrina y VENNERI, Annalena (2005): “Detecting subtle spontaneous language decline in early Alzheimer’s disease with a picture description task”, *Journal of the Neurological Sciences*, 26, 243-254.
- FRIEDLAND, Deborah y MILLER, Nicholas (1998): “Conversation analysis of communication breakdown after closed head injury”, *Brain Injury*, 12, 1-4.

- FRIEDMAN, Naomi; MIYAKE, Akira; CORLEY, Robin; YOUNG, Susan; DEFRIES, John y HEWITT, John (2006): “Not all executive functions are related to intelligence”, *Psychological Science*, 17, 172-179.
- FUENTES RODRÍGUEZ, Catalina (2000): *Lingüística pragmática y Análisis del discurso*. Madrid: Arco/Libros.
- GALLAGHER, Roberta (1994): “Evaluación neuropsicológica: enfoque centrado en el proceso”, en Helm-Estabrooks, N. y M. Albert: *Manual de terapia de la afasia*. Madrid: Médica Panamericana, 73-89.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1991): “Pragmática y análisis conversacional: hacia una pragmática del receptor”, *Sintagma*, 3, 25-38.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1993a): “La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones”, *Contextos XI*, 21-22, 189-220.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1993b): *Lingüística perceptiva y conversación: Secuencias*. Valencia: Universitat de València.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1996): *Análisis conversacional y pragmática del receptor*. Valencia: Episteme.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1998): *Comentario de textos conversacionales. I. De la teoría al comentario*. Madrid: Arco Libros.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2002a): “Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje”, en Hernández Sacristán, C. y E. Serra Alegre (coords.): *Estudios de lingüística clínica*. Valencia: Nau Llibres, 129-174.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2002b): “La investigación de los déficits pragmáticos”, en Luque, J. de D., A. Pamiés y F. Manjón (eds.): *Nuevas tendencias en la investigación lingüística*. Granada: Método.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2003): “El diálogo entre personas”, *Seminario de Industrias de la lengua*, Fundación Duques de Soria, Soria, julio de 2003. Publicado en Llisterra, J. y M. J. Machuca (eds.): *Sistemas de diálogo*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 5-90.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2004): “La transcripción del lenguaje afásico”, en Gallardo Paúls, B. y M. Veyrat Rigat (eds.): *Estudios de Lingüística Clínica, II: Lingüística y patología*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC, 83-114.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2005a): *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2005b): “La pragmática en afasia no fluente”, en Gallardo, B. y V. Moreno: *Afasia no fluente. Materiales y análisis pragmático*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC, 7-60.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2005c): “Categorías inferenciales en pragmática clínica”, *Revista de Neurología*, 41 (1), 65-71.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2006): “Más allá de las palabras y la estructura: las categorías del componente pragmático”, en Garayzábal, E. (ed.): *Lingüística clínica y logopedia*. Madrid: Antonio Machado, 81-196.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2007): *Pragmática para logopedas*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2008a): “Pragmática Textual y TDAH”, *Actas del XXVI Congreso Internacional de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología*. La Laguna, julio de 2008.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2008b): “Los actos de habla locutivos, ilocutivos y perlocutivos”. Análisis lingüístico de las alteraciones del lenguaje. Curso 2008/2009 [Material de clase] <http://ocw.uv.es/artes-y-humanidades/analisis-linguistico/1-3/analisis-linguistico-de-las-alteraciones-del/materiales-de-clase/> [consultado 31/03/16].
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2008c): “Las huellas lingüísticas de la teoría de la mente: intersubjetividad y enunciación en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad”, *Revista de Neurología*, 46 (Supl. 1), S29-S35.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2008d): “La coherencia textual en el nivel *informativo*: superestructuras textuales básicas. Temas y Remas”. Análisis lingüístico de las alteraciones del lenguaje. Curso 2008/2009 [Material de clase] <http://ocw.uv.es/artes-y-humanidades/analisis-linguistico/1-3/analisis-linguistico-de-las-alteraciones-del/materiales-de-clase/> [consultado 20/12/16].
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2009a): *Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. Materiales y análisis pragmático*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2009b): “Valoración del componente pragmático a partir de datos orales”, *Revista de Neurología*, 48 (4), 57-61.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2009c): “Criterios lingüísticos en la consideración del déficit verbal”, *Verba*, 36, 327-352.

- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2010): “Habilidades lingüísticas pragmáticas en el Síndrome de Williams”, *Revista de Investigación*, 70, 71-93.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2013): “Estructura textual y gestión informativa en hablantes con afasia”, en Casas, M. y R. Vela (eds.): *Eugenio Coseriu in Memoriam. XIV Jornadas de Lingüística*. Cádiz: Universidad de Cádiz, 131-142.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y FERNÁNDEZ URQUIZA, Maite (2015): “Etiquetado pragmático de datos clínicos”, *e-AESLA*, 1.
http://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/eaesla_01.htm [consultado 10/3/17]
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2013): *Lingüística clínica. Un enfoque funcional sobre las alteraciones del lenguaje*. Madrid: Arco/Libros.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y MARÍN JORDÀ, Maria Josep (2005): “Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso afásico”, *Revista de Investigación Lingüística*, 8, 53-94.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y MORENO CAMPOS, Verónica (2005): *Afasia no fluente. Materiales y análisis pragmático*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y MORENO CAMPOS, Verónica (2006): “Evolución de la pragmática en un caso de afasia de Broca severa”, *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26 (4), 188-203.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz; MORENO CAMPOS, Verónica y PABLO MANUEL, M^a Remedios (2011): *Lesionados de hemisferio derecho. Materiales y análisis pragmático*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y SANMARTÍN, Julia (2005): *Afasia fluente. Materiales para su estudio*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz y VALLES GONZÁLEZ, Beatriz (2008): “Lingüística en contextos clínicos: la lingüística clínica”, *Lengua y Habla*, 12, 32-50
- GARAYZÁBAL HEINZE, Elena (2004): “Habilidades conversacionales en el Síndrome de Williams”, *Curso de Lingüística Clínica, 2ª edición*, celebrado en la Universitat de València en noviembre de 2004.
- GARAYZÁBAL HEINZE, Elena (2005): *Síndrome de Williams. Materiales para su estudio*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- GARCÉS, Mario (2016): “Informe documental: Prevalencia y costes asociados con las enfermedades neurodegenerativas”, en Crespo, C., L. Finkel y M. Arroyo (coords.): *Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su*

impacto económico y social. <<http://neuroalianza.org/wp-content/uploads/Informe-NeuroAlianza-Completo-v-5-optimizado.pdf>> (consultado el 20/11/16).

- GARCÍA, Linda y JOANETTE, Yves (1994): “Conversational topic-shifting analysis in dementia”, en Bloom, R. L., L. K. Obler, S. De Santi y J. S. Ehrlich (eds.): *Discourse analysis and applications: Studies in adult clinical populations*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 185-200.
- GARCÍA, Linda y JOANETTE, Yves (1997): “Analysis of conversational topic shifts: A multiple case study”, *Brain and Language*, 58, 92-114.
- GARCÍA, Linda; METTHÉ, Lynn; PARADIS, JoAnne y JOANETTE, Yves (2001): “Relevance is in the eye and ear of the beholder: An example from populations with a neurological impairment”, *Aphasiology*, 15 (1), 17-38.
- GARCÍA MEILÁN, Juan José; MARTÍNEZ SÁNCHEZ, Francisco; CARRO, Juan; LÓPEZ, Dolores; MILLIAN MORELL, Lymarie y ARANA, José María (2014): “Speech in Alzheimer’s disease: Can temporal and acoustic parameters discriminate dementia?”, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37, 327-334.
- GARFINKEL, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
- GARFINKEL, Harold (1974): “On the Origins of the Term ‘Ethnomethodology’”, en Turner, R. (ed.): *Ethnomethodology*. Harmondsworth: Penguin, 15-18.
- GARRET, Kathryn L. (2000): “Severe Aphasia Group: Teaching referential skills to enhance basic interactional communication”, *Grand Rounds on Aphasia Group Treatment*, ASHA 2000. Washington D.C., en <http://aac.unl.edu/drb/aphand.htm>
- GARRET, Kathryn L. (2003): “‘Strategic Use in Context’: AAC, Supported conversation and Group Therapy Interventions for People with Severe Aphasia”, en <http://aac.unl.edu/drb/garret/garoutv.pdf>
- GILLIG, Jean-Marie (2000): *El cuento en pedagogía y en reeducación*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- GLOSSER, Guila y DESER, Toni (1990): “Patterns of discourse production among neurological patients with fluent language disorders”, *Brain and Language*, 40, 67-88.
- GLOSSER, Guila; KOHN, Susan; FRIEDMAN, Rhonda; SANDS, Laura y GRUGAN, Patrick (1997): “Repetition of single words and nonwords in Alzheimer’s disease”, *Cortex*, 33, 653-666.
- GOFFMAN, Erving (1957): “Alienation for interaction”, *Human relations*, 10 (1), 47-59.

- GOLDMAN, Jill; HAHN, Susan; CATANIA, Jennifer; LARUSSE-ECKERT, Susan; BUTSON, Melissa; RUMBAUGH, Malia; STRECKER, Michelle; ROBERTS, Scott; BURKE, Wylie; MAYEUX, Richard y BIRD, Thomas (2011): “Genetic counseling and testing for Alzheimer disease: Joint practice guidelines of the American College of Medical Genetics and the National Society of Genetic Counselors”, *Genetics in Medicine*, 13, 597-605.
- GOLOPENTJIA, Sandra (1988): “Interaction et histoire conversationnelles”, en Cosnier, J., N. Gelas y C. Kerbrat-Orecchioni (eds.): *Echanges sur la conversation*. Paris: CNRS, 69-81.
- GOODGLASS, Harold y KAPLAN, Edith (1972): *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- GOODGLASS, Harold y KAPLAN, Edith (1986): *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Adaptación española del Test de Boston a cargo de J. E. García-Albea y M. L. Sánchez Bernardos. Madrid: Médica Panamericana.
- GOODWIN, Charles (1981): *Conversational Organization. Interaction between speakers and hearers*. New York: Academic Press.
- GOODWIN, Charles (2004): “A competent speaker who can’t speak: The social life of aphasia”, *Journal of Linguistic Anthropology*, 14, 151-170.
- GREGORY, Carol; LOUGH, Sinclair; STONE, Valerie; ERZINCIOGLU, Sharon; MARTIN, Louise; BARON-COHEN, Simon y HODGES, John R. (2002): “Theory of mind in patients with frontal variant frontotemporal dementia and Alzheimer’s disease: Theoretical and practical implications”, *Brain*, 125, 752-764.
- GREEN, Judith; FRANQUIZ, María y DIXON, Carol (1997): “The Myth of the Objective Transcript: Transcribing as a Situated Act”, *TESOL Quarterly*, 31, 172-176.
- GREEN, Robert; CUPPLES, L. Adrienne; GO, Rodney; BENKE, Kelly; EDEKI, Timi; GRIFFITH, Patrick; WILLIAMS, Mary; HIPPS, Yvonne; GRAFF-RADFORD, Neill; BACHMAN, David y FARRER, Lindsay (2002): “Risk of dementia among white and African American relatives of patients with Alzheimer disease”, *JAMA*, 287, 329-336.
- GRICE, H. Paul (1957): “Meaning”, en Steinberg, D. y L. Jakobovits (eds.): *Semantics*. Cambridge: Cambridge University Press, 53-59.
- GRICE, H. Paul (1975): “Logic and Conversation”, en Cole, P. y J. Morgan (eds.): *Syntax and Semantics III*. New York: Academic Press, 41-58.

- GRODZINSKY, Yosef (1984): "The syntactic characterization of agrammatism", *Cognition*, 16, 99-120.
- GRODZINSKY, Yosef (1990): *Theoretical perspectives on language deficits*. Cambridge: MIT Press.
- GUENDOZI, Jacqueline y CURRIE, Paula S. (2013): "An Ethnographic Approach to Assessing Communication Success in Interactions Involving Adults with Developmental Delay", en Müller, N. y M.J. Ball: *Research Methods in Clinical Linguistics and Phonetics*. Chichester: Wiley-Blackwell, 107-125.
- GUENDOZI, Jaqueline y MÜLLER, Nicole (2002): "Defining trouble-sources in dementia: Repair strategies and conversational satisfaction in interactions with an Alzheimer's patient", en Windsord, F., M. L. Kelly y N. Hewlett (eds.): *Investigations in clinical phonetics and linguistics*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 15-50.
- GUENDOZI, Jaqueline y MÜLLER, Nicole (2006): *Approaches to Discourse in Dementia*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- GURLAND, Gail; CHWAT, Sam y GERBER, Sima (1982): "Establishing a Communication Profile in Adult Aphasia: Analysis of Communicative Acts and Conversational Sequences", en Brookshire, R. (ed.): *Clinical Aphasiology: Conference Proceedings*. Minneapolis: BRK Publisher, 18-27.
- GUSKIEVICZ, Kevin; MARSALL, Stephen; BAILES, Julian; MCCREA, Michael; CANTU, Robert; RANDOLPH, Cristopher y JORDAN, Barry (2005): "Association between recurrent concussion and late-life cognitive impairment in retired professional football players", *Neurosurgery*, 57, 719-726.
- HABERMAS, Jürgen (1981): *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid, Taurus, 1987.
- HALLIDAY, Michael y HASAN, Ruqaiya (1976): *Cohesion in English*. London: Longman.
- HAMILTON, Heidi (1994): *Conversations with an Alzheimer's patient. An interactional sociolinguistic study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HANCHER, Michael (1979): "The classification of cooperative illocutionary acts", *Language in society*, 8, 1-14.
- HAPPÉ, Francesca (1993): "Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory", *Cognition*, 48, 101-119.

- HARLEY, Trevor; JESSIMAN, Lesley; MACANDREW, Siobhan y ASTELL, Arlene (2008): "I don't know what I know: Evidence of preserved semantic knowledge but impaired metalinguistic knowledge in adults with probable Alzheimer's disease", *Aphasiology*, 22, 321-335.
- HAYS, Sarah-Jane; NIVEN, Brian; GODFREY, Hamish y LINSKOTT, Richard (2004): "Clinical assessment of pragmatic language impairment: A generalisability study of older people with Alzheimer disease", *Aphasiology*, 18, 693-714.
- HELM-ESTABROOKS, Nancy (1992): *Aphasia Diagnostic Profiles*. Chicago: Riverside Publishing.
- HENRY, Julie; CRAWFORD, John y PHILLIPS, Louise (2004): "Verbal fluency performance in dementia of the Alzheimer's type: A meta-analysis", *Neuropsychologia*, 42 (9), 1212-1222.
- HERBERT, Liesi; WEUVE, Jennifer; SCHERR, Paul y EVANS, Denis (2013): "Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census", *Neurology*, 80 (19), 1778-1783.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (1983): "Relaciones de 'subsunción' en la estructura de una lengua natural", *Cuadernos de Filología*, 1-3, 37-67.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2002a): "Patología verbal: sistemática para una orientación holista en el procesamiento del lenguaje", en Hernández Sacristán, C. y E. Serra Alegre (coords.): *Estudios de Lingüística Clínica*. Valencia: Nau Llibres, 175-219.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2002b): "Patología del lenguaje: una perspectiva sistémica", en Martos, J. y M. Pérez (eds.): *Autismo. Un enfoque orientado a la formación en Logopedia*. Valencia: Nau Llibres, 111-125.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2003): *Lingüística Cognitiva y Patología Verbal*. Valencia: Universitat de València.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (2006): *Inhibición y lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos; ROSELL CLARÍ, Vicente y SERRA ALEGRE, Enrique (2014): "Estudio introductorio. En torno a la dimensión metacognitiva de la conducta verbal en afasias", en Rosell Clarí, V. y C. Hernández Sacristán (coords.): *MetAphAs: Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la afasia*. Valencia: Nau Llibres, 13-47.

- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos; SERRA ALEGRE, Enrique y VEYRAT RIGAT, Montserrat (2007): *Afasia: corpus mixto de lenguaje conversacional*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos y SERRA ALEGRE, Enrique (2016): “On the metacognitive dimensión of suspended syntactic constructions. A descriptive study on aphasic Spanish speakers”, *Revista de Investigación en Logopedia*, 6 (1), 42-69.
- HERRERO, Ángel (2005): “Lenguaje y texto”, en López García, Á. y B. Gallardo Paúls (eds.): *Conocimiento y lenguaje*. Valencia: Universitat de València, 289-324.
- HIER, Daniel; HAGENLOCKER, Karen y GELLIN SHINDLER, Andrea (1985): “Language disintegration in dementia: Effects of etiology and severity”, *Brain and Language*, 25, 117-133.
- HIRST, William; LEDOUX, Joseph y STEIN, Susanna (1984): “Constraints on the processing of indirect speech acts: Evidence from aphasiology”, *Brain and Language*, 23, 26-33.
- HOLLAN, James; HUTCHINS, Edwin y KIRSH, David (2000): “Distributed cognition: Toward a new foundation for human-computer interaction research”, *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*, 7, 174-196.
- HOLLAND, Audrey L. (1980): *Communicative Abilities in Daily Living*. Baltimore: University Park Press.
- HOLLAND, Audrey L. (1991): “Pragmatic aspects of intervention in aphasia”, *Journal of Neurolinguistics*, 6, 197-211.
- HOLLAND, Audrey L.; FRATTALI, Carol M. y FROM, Davida (1999): *Communication Abilities in Daily Living. Second Edition*. Greenville: Super Duper Pubs.
- HUFF, F. Jacob (1988): “The disorder of naming in Alzheimer’s disease”, en Light, L. y D. Burke (eds.): *Language, memory and aging*. New York: Cambridge University Press, 209-220.
- HUFF, F. Jacob; CORKIN, Suzanne y GROWDON, John (1986): “Semantic impairment and anomia in Alzheimer’s disease”, *Brain and Language*, 28, 235-249.
- HUTCHINS, Edwin (1995): *Cognition in the Wild*. Cambridge: MIT Press.
- HUTCHINS, Edwin (2010): “Cognitive ecology”, *Topics in Cognitive Science*, 2, 705-715.
- HUTCHINSON, J. y JENSEN, M. (1980): “A pragmatic evaluation of discourse communication in normal and senile elderly in a nursing home”, en Obler, L. y M.

- Albert (eds.): *Language and Communication in the Elderly*. Lexington: Lexington Books, 59-73.
- HYDÉN, Lars-Christer (2014): “Cutting Brussels sprouts: Collaboration involving persons with dementia”, *Journal of Aging Studies*, 29, 115-123.
- HYDÉN, Lars-Christer (e.p.): “Collaborative Remembering in Dementia”, en Meade, M., A. Barnier, P. van Bergen, C. Harris y J. Sutton (eds.): *Collaborative Remembering: How Remembering with Others Influences Memory*. Oxford: Oxford University Press.
- HYMES, Dell H. (1966): “On communicative competence”, en Pride. J. y J. Holmes (eds.): *Sociolinguistics*. Harmondsworth: Penguin, 1972, 269-293.
- HYMES, Dell H. (1972): “Toward ethnographies of communication: the analysis of communicative events”, en Giglioli, P. (ed.): *Language and Social Context*. Harmondsworth: Penguin, 21-43.
- HYMES, Dell H. (1974): “Toward ethnographies of communication”, en Hymes, D. H.: *Foundations in Sociolinguistics: an Ethnographic Approach*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 3-28.
- IRIGARAY, Luce (1967): “Approche psycholinguistique du langage des déments”, *Neuropsychologia*, 5, 25-52.
- IRIGARAY, Luce (1973): *Le langage des déments*. The Hague: Mouton.
- JACK, Clifford; ALBERT, Marilyn; KNOPMAN, David; MCKHANN, Guy; SPERLING, Reisa; CARRILLO, María; THIES, Bill y PHELPS, Creighton (2011): “Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease”, *Alzheimer’s & Dementia*, 7, 257-262.
- JACK, Clifford; LOWE, Val; WEIGAND, Stephen; WISTE, Heather; SENJEM, Matthew; KNOPMAN, David; SHIUNG, Maria; GUNTER, Jeffrey; BOEVE, Brad; KEMP, Bradley; WEINER, Michael y PETERSEN, Ronald (2009): “Serial PiB and MRI in normal, mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease: Implications for sequence of pathological events in Alzheimer’s disease”, *Brain*, 132: 1355-1365.
- JAFFE, Joseph y FELDESTEN, Stanley (1970): *Rhythms of Dialogue*. New York: Academic Press.
- JAKOBSON, Roman (1935): “Aphasia as a linguistic problem”, en Werner, H. (ed.): *On Expressive Language*. Worcester, MA: Clark University Press, 1955, 69-81.

- JAKOBSON, Roman (1941): *Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze*. Uppsala: Almqvist and Wiksell.
- JAKOBSON, Roman (1956): "Two aspects of language and two types of linguistic disturbances", en Jakobson, R. y M. Halle: *Fundamentals of language*. The Hague: Mouton, 115-133.
- JAKOBSON, Roman (1963): "Tipos lingüísticos de afasia", en *Lenguaje infantil y afasia*. Madrid: Ayuso, 1974, 207-231. Trad. De Esther Benítez.
- JANSSEN, Ulrike y PENKE, Martina (2002): "Phonologically conditioned omissions of inflectional affixes in German Broca's aphasia", *Brain and Language*, 83, 180-191.
- JEFFERSON, Gail (1989): "Preliminary Notes on a Possible Metric which Provides for a Standard Maximum Silence of Approximately One Second in Conversation", en Roger, D. y P. Bull (eds.): *Conversation: An Interdisciplinary Perspective*. Clevedon: Multilingual Matters, 166-196.
- JEFFERSON, Gail; SACKS, Harvey y SCHEGLOFF, Emanuel (1987): "Notes on Laughter in the Pursuit of Intimacy", en Button, G, y J. Lee (eds.): *Talk and Social Organization*. Clevedon: Multilingual Matters, 152-205.
- JOANETTE, Yves y ANSALDO, Ana Isabel (1999): "Clinical Note: Acquired Pragmatic Impairments in Aphasia", *Brain and Language*, 68 (3), 529-534.
- JOANETTE, Yves; ANSALDO, Ana Isabel; KAHLAOUI, Karima; CÔTÉ, Hélène; ABUSAMRA, Valeria; FERRERES, Aldo y ROCH-LECOURS, André (2008): "Impacto de las lesiones de hemisferio derecho sobre las habilidades lingüísticas: Perspectivas teórica y clínica", *Revista de Neurología*, 46 (8), 481-488.
- JOHNSON, David; STORANDT, Martha; MORRIS, John y GALVIN, James (2009): "Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer's disease", *Archives of Neurology*, 66 (10), 1254-1259.
- JOUBERT, Sven; GOUR, Natalina; GUEDJ, Eric; DIDIC, Mira; GUÉRIOT, Claude; KORIC, Lejla; RANJEVA, Jean-Philippe; FELICIAN, Olivier; GUYE, Maxime y CECCALDI, Mathieu (2016): "Early-onset and late-onset Alzheimer's disease are associated with distinct patterns of memory impairment", *Cortex*, 74, 217-232.
- KAGAN, Aura (1995): "Revealing the competence of aphasic adults through conversation: a challenge to health professionals", *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15-28.

- KAGAN, Aura (1998): "Supported conversation for adults with aphasia: Methods and resources for training conversation partners", *Aphasiology*, 12 (9), 816-830.
- KAGAN, Aura; WINCKEL, Joanne; BLACK, Sandra; DUCHAN, Judith; SIMMONS-MACKIE, Nina y SQUARE, Paula (2004): "A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners", *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11, 67-83.
- KASHER, Asa; BATORI, Gila; SOROKER, Nachum; GRAVES, David y ZAIDEL, Eran (1999): "Effects on Right- and Left-Hemisphere Damage on Understanding Conversational Implicatures", *Brain and Language*, 68, 566-590.
- KASZNIAK, Alfred; POON, Leonard y RIEGE, Walter (1986): "Assessing memory deficits: An information processing approach", en Poon, L. (ed.): *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington: American Psychological Association, 168-189.
- KATZMAN, Robert (1976): "The prevalence and malignancy of Alzheimer disease: A major killer", *Archives of Neurology*, 33, 217-218.
- KAVÉ, Gitit y LEVY, Yonata (2003): "Sensitivity to gender, person, and tense inflection by persons with Alzheimer's disease", *Brain and Language*, 87, 267-277.
- KAY, Janice; LESSER, Ruth y COLTHEART, Max (1992): *Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- KELLOGG, Ronald (2001): "Long-term working memory in text production", *Memory & Cognition*, 29, 43-52.
- KEMPER, Susan; LYONS, Kelly y ANAGNOPOULOS, Cheryl (1995): "Joint Storytelling by Patients with Alzheimer's Disease and Their Spouses", *Discourse Processes*, 20, 205-217.
- KEMPLER, Daniel; VAN LANCKER, Diana y READ, Stephen (1988): "Proverb and idiom comprehension in Alzheimer disease", *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2, 38-49.
- KERTESZ, Andrew (1982): *Western Aphasia Battery*. New York: Grune and Stratton.
- KINDELL, Jacqueline; KEADY, John; SAGE, Karen y WILKINSON, Ray (2016): "Everyday conversation in dementia: a review of the literature to inform research and practice", *International Journal of Language and Communicative Disorders*. DOI: 10.1111/1460-6984.12298.
- KINTSCH, Walter y VAN DIJK, Teun (1978): "Toward a model of text comprehension and production", *Psychological Review*, 85, 363-394.

- KISSINE, Mikhail; CANO-CHERVEL, Julie; CARLIER, Sophie; DE BRABANTER, Philippe; DUCENNE, Lesley; PAIRON, Marie-Charlotte; DECONINCK, Nicolas; DELVENNE, Véronique y LEYBAERT, Jacqueline (2015): “Children with Autism Understand Indirect Speech Acts: Evidence from a Semi-Structured Act-Out Task”, *PLOS ONE*, 10 (11), e0142191.
- KNAPP, Mark L. (1980): *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós. Trad. de M. A. Galmarini.
- KUEMMEL, Anne; HABERSTROH, Julia y PANTEL, Johannes (2014): “CODEM Instrument: Developing a tool to assess communication behavior in dementia”, *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 27, 23-31.
- LABOS, Edith (2003): *Alteraciones del Lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer*. Tesis doctoral inédita. Universidad de Buenos Aires.
- LABOV, William (1972): *Modelos sociolingüísticos*. Madrid: Cátedra, 1983.
- LABOV, William y FANSHEL, David (1977): *Therapeutic Discourse: Psychotherapy conversations*. New York: Academic Press.
- LAFLECHE, Ginette y ALBERT, Marilyn (1995): “Executive function deficits in mild Alzheimer’s disease”, *Neuropsychology*, 9, 313-320.
- LAINE, Matti; LAAKSO, Minna; VUORINEN, Elina y RINNE, Juha (1998): “Coherence and informativeness of discourse in two dementia types”, *Journal of Neurolinguistics*, 11, 79-87.
- LANGE, Kelly; BONDI, Mark; SALMON, David; GALASKO, Douglas; DELIS, Dean; THOMAS, Ronald y THAL, Leon (2002): “Decline in verbal memory during preclinical Alzheimer’s disease: Examination of the effect of APOE genotype”, *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 943-955.
- LESSER, Ruth (1978): *Investigaciones lingüísticas sobre la afasia*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, 1983. Trad. de Alberto Cardín Garay.
- LEVINE, Brian; SVOBODA, Eva; HAY, Janine, F.; WINOCUR, Gordon y MOSCOVITCH, Morris (2002): “Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval”, *Psychology and Aging*, 17, 677-689.
- LEVINOFF, Elise; LI, Karen; MURTHA, Susan y CHERTKOW, Howard (2004): “Selective attention impairment in Alzheimer’s disease: Evidence for dissociable components”, *Neuropsychology*, 18 (3), 580-588.
- LEVINSON, Stephen (1983): *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.

- LIBON, David; BOGNADOFF, Bruce; CLOUD, Blaine; SKALINA, Stefan; GIOVANNETTI, Tania; GITLIN, Heather y BONAVIDA, John (1998): “Declarative and procedural learning, qualitative measures of the hippocampus, and subcortical white alterations in Alzheimer’s disease and ischaemic vascular dementia”, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 30-41.
- LIMA SILAGI, Marcela; FERREIRA BERTOLUCCI, Paulo Henrique y ZAZO ORTIZ, Karin (2015): “Naming ability in patients with mild to moderate Alzheimer’s disease: what changes occur with the evolution of the disease?”, *Clinics*, 70, 423-428.
- LINDHOLM, Camilla (2008): “Laughter, communication problems and dementia”, *Communication & Medicine*, 5 (1), 3-14.
- LINSCOTT, Richard; KNIGHT, R. y GODFREY, Hamish (1996): “The profile of functional impairment in communication (PFIC): a measure of communication impairment for clinical use”, *Brain Injury*, 10, 397-412.
- LOBO, Antonio; SAZ, Pedro, MARCOS, Guillermo y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002): *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA.
- LOCK, Sarah; WILKINSON, Ray y BRYAN, Karen (2001): *SPPARC Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversations*. Bicester: Winslow Press.
- LOGIE, Robert; COCCHINI, Gianna; DELLA SALA, Sergio y BADDELEY, Alan (2004): “Is there a specific executive capacity for dual task coordination? Evidence from Alzheimer’s disease”, *Neuropsychology*, 18, 504-513.
- LÓPEZ DE IPIÑA, Karmele; ALONSO, Jesús Bernardino; SOLÉ CASALS, Jordi; BARROSO, Nora; HENRÍQUEZ, Patricia; FAÚNDEZ ZANUY, Marcos; TRAVIESO, Carlos Manuel; ECAY TORRES, Miriam; MARTÍNEZ LAGE, Pablo y EGIRAUN, Harkaitz (2013a): “On automatic diagnosis of Alzheimer’s disease based on Spontaneous Speech Analysis and Emotional Temperature”, *Cognitive Computation*, 7, 44-55.
- LÓPEZ DE IPIÑA, Karmele; ALONSO, Jesús Bernardino; TRAVIESO, Carlos Manuel; SOLÉ CASALS, Jordi; EGIRAUN, Harkaitz; FAÚNDEZ ZANUY, Marcos; EZEIZA, Aitzol; BARROSO, Nora; ECAY TORRES, Miriam; MARTÍNEZ LAGE, Pablo y MARTÍNEZ DE LIZARDÚI, Unai (2013b): “On the selection of non-invasive methods based on speech analysis oriented to automatic Alzheimer’s disease diagnosis”, *Sensors*, 13, 6730-6745.
- LÓPEZ GARCÍA, Ángel (1980): *Para una gramática liminar*. Madrid: Cátedra.
- LÓPEZ GARCÍA, Ángel (1989): *Fundamentos de lingüística perceptiva*. Madrid: Gredos.

- LOSH, Molly; BELLUGI, Ursula; REILLY, Judy y ANDERSON, Diane (2000): “Narrative as Social Engagement Tool: The Excessive Use of Evaluation in Narratives from Children with Williams Syndrome”, *Narrative Inquiry*, 10 (2), 265-290.
- LOTT, Ira y DIERSSEN, Mara (2010): “Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down’s syndrome”, *The Lancet Neurology*, 9 (6), 623-633.
- LOVELAND, Katherine; LANDRY, Susan; HUGHES, Sheryl; HALL, Sharon y MCEVOY, Robin (1988): “Speech Acts and the Pragmatic Deficits of Autism”, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 31, 593-604.
- LURIA, Alexander (1962): *Las funciones corticales superiores del hombre*. Barcelona: Fontanella, 1983. Trad. de Ana Parés.
- MACLAY, Howard y OSGOOD, Charles (1959): “Hesitation phenomena in spontaneous English speech”, *Word*, 15, 19-44.
- MACOIR, Joël y TURGEON, Yves (2006): “Dementia and language”, en Brown, K. (coord.): *The Encyclopedia of Language and Linguistics*. Oxford: Elsevier, 423-430.
- MACWHINNEY, Brian (2000): *The CHILDES Project: Tools for Analyzing Talk*, 3rd edition. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- MACWHINNEY, Brian (2014a): *The CHILDES Project. Tools for Analyzing Talk- Electronic Edition. Part 1: The CHAT Transcription Format*. Carnegie Mellon University. <<http://childes.psy.cmu.edu/manuals.CHAT.pdf>>.
- MACWHINNEY, Brian (2014b): *The CHILDES Project. Tools for Analyzing Talk- Electronic Edition. Part 2: The CLAN Programs*. Carnegie Mellon University. <<http://childes.psy.cmu.edu/manuals.CLAN.pdf>>.
- MADDEN, Mary L.; OELSCHLAEGER, Mary L. y DAMICO, Jack (2002): “The conversational value of laughter for a person with aphasia”, *Aphasiology*, 16 (12), 1199-1212.
- MANDLER, Jean (1982): “Some uses and abuses of a story grammar”, *Discourse processes*, 5, 305-318.
- MARCH, Evrim; WALES, Roger y PATTISON, Pip (2006): “The uses of nouns and deixis in discourse production in Alzheimer’s disease”, *Journal of Neurolinguistics*, 19, 311-340.

- MÅRDH, Selina; NÄGGA, Katarina y SAMUELSSON, Stefan (2013): “A longitudinal study of semantic memory impairment in patients with Alzheimer’s disease”, *Cortex*, 49, 528-533.
- MARINI, Andrea; CARLOMAGNO, Sergio; CALTAGIRONE, Carl y NOCENTINI, Ugo (2005): “The role played by the right hemisphere in the organization of complex textual structures”, *Brain and Language*, 93, 46-54.
- MARRERO AGUIAR, Victoria (2000): *Introducción a la lingüística aplicada a fines clínicos*. Madrid: UNED.
- MARTÍN DUARTE, Juan Santiago; CASTILLA RILO, Juan Gonzalo y MORALA DEL CAMPO, María Jesús (2008): *Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: AFALcontigo.
- MAYNARD, Douglas W. (1980): “Placement of topic changes in conversation”, *Semiotica*, 30, 236-290.
- MCCAFFREY, Robert; DUFF, Kevin y SOLOMON, Gary (2000): “Olfactory dysfunction discriminates probable Alzheimer’s disease from major depression: A cross-validation and extension”, *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 29-33.
- MCGUINNESS, Bernadette; BARRETT, Suzanne; CRAIG, David; LAWSON, John y PASSMORE, Peter (2010): “Attention deficits in Alzheimer’s disease and vascular dementia”, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 81, 157-159.
- MCKHANN, Guy; DRACHMAN, David; FOLSTEIN, Marshall; KATZMAN, Robert; PRICE, Donald y STADLAN, Emanuel (1984): “Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer’s Disease”, *Neurology*, 34, 939-944.
- MEHRABIAN, Albert (1971): *Silent Messages*. Belmont, CA: Wadsworth.
- MENTIS, Michelle; BRIGGS-WHITTAKER, Jan y GRAMIGNA, Gary (1995): “Discourse topic management in senile dementia of the Alzheimer’s type”, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 38, 1054-1066.
- MICHE, Elisabeth (1998): *Secuencias discursivas del desacuerdo. Aplicación del modelo ginebrino al análisis del debate parlamentario del artículo 2 de la Constitución Española de 1978*, Anexo 43 de *Verba*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- MOERMAN, Michael (1988): *Ethnography and Conversation Analysis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- MOESCHLER, Jacques (1985): *Argumentation et conversation. Eléments pour un analyse pragmatique du discours*. Paris: Crédif.
- MORENO CAMPOS, Verónica (2006): “Afasia y *tempo* dialógico: el índice de participación conversacional”, en Gallardo Paúls, B., C. Hernández Sacristán y V. Moreno Campos (eds.): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat de València, 87-106.
- MORENO CAMPOS, Verónica (2010): *Pragmática en afasia*. Tesis doctoral. Universitat de València.
- MORENO CAMPOS, Verónica (2011): *Pragmática en afasia*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València.
- MORRIS, Robin (1986): “Short-term forgetting in senile dementia of the Alzheimer’s type”, *Cognitive Neuropsychology*, 3, 77-97.
- MORRIS, Robin y BADDELEY, Alan (1988): “Primary and working memory functioning in Alzheimer-type dementia”, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10, 279-296.
- MORRIS, Robin y KOPELMAN, Michael (1986): “The memory deficits in Alzheimer-type dementia: A review”, *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 38 (4), 575-602.
- MOSS, Sharon; POLIGNANO, Ellen; WHITE, Cynthia; MINICHIELLO, Marcia y SUNDERLAND, Trey (2002): “Reminiscence group activities and discourse interaction in Alzheimer’s disease”, *Journal of Gerontological Nursing*, 28, 36-44.
- MÜLLER, Nicole (ed.) (2010): *Pragmatics in Speech and Language Pathology: Studies in clinical applications*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- MÜLLER, Nicole (2010): “Dementia”, en Damico, J., N. Müller y M. Ball (eds.): *The Handbook of Language and Speech Disorders*. Somerset: John Wiley & Sons, 600-625.
- MÜLLER, Nicole (2013): “Qualitative Research in Clinical Linguistics and Phonetics”, en Müller N. y M. J. Ball (eds.): *Research Methods in Clinical Linguistics and Phonetics*. Chichester: Wiley-Blackwell, 87-106.
- MÜLLER, Nicole y DAMICO, Jack S. (2002): “A transcription toolkit: theoretical and clinical considerations”, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 16 (5), 299-316.

- MÜLLER, Nicole y GUENDOUZI, Jacqueline (2005): “Order and disorder in conversation: Encounters with dementia of the Alzheimer’s type”, *Clinical Linguistics and Phonetics*, 19, 393-404.
- MÜLLER, Nicole; GUENDOUZI, Jacqueline y WILSON, Brent (2008): “Discourse Analysis and Communication Impairment”, en Ball, M., M. Perkins, N. Müller y S. Howard (eds.): *The handbook of clinical linguistics*. Malden: Blackwell, 3-31.
- MÜLLER, Nicole y MOK, Zaneta (2014): “‘Getting to Know You’: Situated and Distributed Cognitive Effort in Conversations with Dementia”, en Schrauf, R. y N. Müller (eds.): *Dialogue and Dementia: Cognitive and Communicative Resources for Engagement*. New York / Hove: Psychology Press, 61-86.
- MÜLLER, Nicole y SCHRAUF, Robert (2014): “Conversation as cognition: Reframing cognition in dementia”, en Schrauf, R. y N. Müller (eds.): *Dialogue and Dementia: Cognitive and Communicative Resources for Engagement*. New York / Hove: Psychology Press, 3-26.
- MUÑOZ-CÉSPEDES, Juan Manuel y MELLE, Natalia (2004): “Alteraciones de la pragmática de la comunicación después de un traumatismo craneoencefálico”, *Revista de Neurología*, 38 (9), 852-859.
- MURDOCH, Bruce; CHENERY, Helen; WILKS, Vicki y BOYLE, Richard (1987): “Language disorders in dementia of the Alzheimer type”, *Brain and Language*, 31, 122-137.
- MURILLO RUIZ, Beatriz (1999): *Estudio de la evolución del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer*. Barcelona: Estudio Superior de Estudios Psicológicos.
- MURRAY, Laura L. (2010): “Distinguishing clinical depression from early Alzheimer’s disease in elderly people: Can narrative analysis help?”, *Aphasiology*, 24, 928-934.
- NAKAMURA, Hikaru; NAKANISHI, Masao; HAMANAKA, Toshihiko; NAKAAKI, Shutaro y YOSHIDA, Shinichi (2000): “Semantic priming in patients with Alzheimer and semantic dementia”, *Cortex*, 36, 151-162.
- NASREDDINE, Ziad; PHILLIPS, Natalie; BÉDIRIAN, Valérie; CHARBONNEAU, Simon; WHITEHEAD, Victor; COLLIN, Isabelle; CUMMINGS, Jeffrey y CHERTKOW, Howard (2005): “The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment”, *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.

- NEBES, Robert y BRADY, Christopher (1993): “Phasic and tonic alertness in Alzheimer’s disease”, *Cortex*, 29, 77-90.
- NEUFANG, Susanne; AKHRIF, Atae; RIEDL, Valentin; FÖRSTL, Hans; KURZ, Alexander; ZIMMER, Claus, SORG, Christian y WOHLSCHLÄGER, Afra (2011): “Disconnection of frontal and parietal areas contributes to impaired attention in very early Alzheimer’s disease”, *Journal of Alzheimer’s Disease*, 25, 309-321.
- NORMAN, Donald y SHALLICE, Tim (1986): “Attention to action: Willed and automatic control of behavior”, en Davidson, R., G. Schwartz y D. Shapiro (eds.): *Consciousness and self-regulation: Advances in research. Vol. IV*. New York: Plenum Press, 1-18.
- NORRIS, Melissa y DRUMMOND, Sakina (1998): “Communicative functions of laughter in aphasia”, *Journal of Neurolinguistics*, 11 (4), 391-402.
- OBLER, Loraine (1981): “Review of Irigaray, L. (1973): *Le langage des déments*”, *Brain and Language*, 12, 375-386.
- OBLER, Loraine y ALBERT, Martin (1984): “Language in aging”, en Albert, M. (ed.): *Clinical neurology of aging*. New York: Oxford University Press, 245-253.
- O’CALLAGHAN, Claire; HODGES, John y HORNBERGER, Michael (2013): “Inhibitory dysfunction in frontotemporal dementia: a review”, *Alzheimer disease and associated disorders*, 27 (2), 102-108.
- OCDE (2015): “Dementia prevalence”, en *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OEDC Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-74-en (consultado el 20/11/16).
- OELSCHLAEGER, Mary L. y DAMICO, Jack D. (1998): “Joint productions as a conversational strategy in aphasia”, *Clinical Linguistics and Phonetics*, 12 (6), 459-480.
- ORANGE, J. B. y PURVES, Barbara (1996): “Conversational Discourse and Cognitive Impairment: Implications for Alzheimer’s Disease”, *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 20 (2), 139-150.
- OULASVIRTA, Antti y SAARILUOMA, Pertti (2006): “Surviving task interruptions: Investigating the implications of long-term working memory theory”, *International Journal of Human-Computer Studies*, 64 (10), 941-961.
- OWEN, Marion (1981): “Conversational units and the use of *well...*” en Werth, P. (ed.): *Conversation and Discourse*. London: Croom Helm, 99-116.

- PAGANELLI, Federica; VIGLIOCCO, Gabriella; VINSON, David; SIRI, Simona y CAPPA, Stefano (2003): “An investigation of semantic errors in unimpaired and Alzheimer’s speakers of Italian”, *Cortex*, 39, 419-439.
- PAPAGNO, Constanza (2001): “Comprehension of metaphors and idioms in patients with Alzheimer’s disease: A longitudinal study”, *Brain*, 124, 1450-1460.
- PAPAGNO, Constanza; LUCHELLI, Federica; MUGGIA, Silvia y RIZZO, Silvia (2003): “Idiom comprehension in Alzheimer’s disease: the role of the central executive”, *Brain*, 126, 2419-2430.
- PARDO IBÁN, M^a. E. (2000): “Psicolingüística y Lingüística aplicada”, en Luque, J. D. y A. Hernández (eds.): *Trastornos del lenguaje: una perspectiva logopédica y lingüística*. Granada: Granada Lingüística.
- PENN, Claire (1985): “The profile of communicative appropriateness: a clinical tool for the assessment of pragmatics”, *Southafrican Journal of Communicative Disorders*, 32, 18-23.
- PENN, Claire (1999): “Pragmatic assessment and therapy”, *Brain and Language*, 68 (3), 535-552.
- PEÑA-CASANOVA, Jordi (1990): *Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona. Manual*. Barcelona: Masson.
- PERANI, Daniela; CAPPA, Stefano; SCHNUR, Tatiana; TETTAMANTI, Marco; COLLINA, Simona; ROSA, Mário Miguel y FAZIO, Ferruccio (1999): “The neural correlates of verb and noun processing: A PET study”, *Brain*, 122 (12), 2337-2344.
- PÉREZ MANTERO, José Luis (2012a): “Los modismos en el lenguaje patológico”, *Interlingüística XXII*, 227-241.
- PÉREZ MANTERO, José Luis (2012b): “La gestión temática en el discurso de las personas con demencia de tipo alzhéimer”, *III Congreso Internacional de Lingüística Clínica*, Universidad de Málaga.
- PÉREZ MANTERO, José Luis (2014a): “Interacción y predictibilidad: Los intercambios conversacionales con hablantes con demencia tipo alzhéimer”, *Revista de Investigación Lingüística*, 17, 97-118.
- PÉREZ MANTERO, José Luis (2014b): “El uso de la rectificación en conversaciones con personas con demencia de tipo alzhéimer”, *XI Congreso Internacional de Lingüística General*, Universidad de Navarra.
- PÉREZ MANTERO, José Luis (2015a): “El déficit pragmático en las demencias de tipo alzhéimer”, en Álvarez López, C. J., B. Garrido Martín y M. González Sanz

(coords.): *Jóvenes aportaciones a la investigación lingüística*. Sevilla: Alfar, 737-751.

PÉREZ MANTERO, José Luis (2015b): “La transgresión de las máximas conversacionales en hablantes con demencia tipo alzhéimer”, *e-AESLA*, 1.

http://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/eaesla_01.htm [consultado 10/3/17]

PÉREZ MANTERO, José Luis (2016): “Conversational moves and communicative willingness in persons with Alzheimer’s disease”, *16th International Clinical Linguistics and Phonetics Association Conference*, Dalhousie University.

PERKINS, Lisa (1993): *The impact of cognitive neuropsychological impairments on conversational ability in aphasia*. Tesis doctoral. Newcastle-upon-Tyne University.

PERKINS, Lisa; CRISP, Jenni y WALSHAW, David (1999): “Exploring conversation analysis as an assessment tool for aphasia: the issue of reliability”, *Aphasiology*, 13, 259-281.

PERKINS, Lisa; WHITWORTH, Anne y LESSER, Ruth (1997): *Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment*. London: Whurr Publishers.

PERKINS, Lisa; WHITWORTH, Anne y LESSER, Ruth (1998): “Conversing in dementia: A conversation analytic approach”, *Journal of Neurolinguistics*, 11, 33-53.

PERKINS, Michael (2000): “The scope of pragmatic disability. A cognitive approach”, en Müller, N. (ed.): *Pragmatics in speech and language pathology. Studies in clinical applications*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 6-28.

PERKINS, Michael (2007): *Pragmatic impairment*. Cambridge: Cambridge University Press.

PERRY, Richard y HODGES, John (1999): “Attention and executive deficits in Alzheimer’s disease: A critical review”, *Brain*, 122, 383-404.

PERRY, Richard; WATSON, Peter y HODGES, John (2000): “The nature and staging of attention dysfunction in early (minimal and mild) Alzheimer’s disease: Relationship to episodic and semantic memory impairment”, *Neuropsychologia*, 38, 252-271.

PILLON, Bernard; DUBOIS, Bruno; LHERMITTE, François y AGID, Yves (1986): “Heterogeneity of cognitive impairment in progressive supranuclear palsy, Parkinson’s disease, and Alzheimer’s disease”, *Neurology*, 36, 1179-1185.

- POMERANTZ, Anita (1984): “Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes”, en Atkinson, J. M. y J. Heritage (eds.): *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press, 57-101.
- POSNER, Michael y PETERSEN, Steven (1990): “The attention system of the human brain”, *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42.
- PRICE, Bruce; GURVIT, Hakan; WEINTRAUB, Sandra; GEULA, Changiz; LEIMKUHNER, Elizabeth y MESULAM, Marsel (1993): “Neuropsychological patterns and language deficits in 20 consecutive cases of autopsy-confirmed Alzheimer’s disease”, *Archives of Neurology*, 50 (9), 931-937.
- PRINCE, Martin; WIMO, Anders; GUERCHET, Maëlen; ALI, Gemma-Claire; WU, Yu-Tzu y PRINA, Matthew (2015): *World Alzheimer Report 2015 – The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, costs and trends*. London: Alzheimer’s Disease International.
- PRUTTING, Carol A. (1982): “Pragmatics as social competence”, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 123-134.
- PRUTTING, Carol A. y KIRCHNER, Diane (1983): “Applied pragmatics”, en Gallagher, T. M. y C. A. Prutting (eds.): *Pragmatic assessment and intervention issues in language*. San Diego: California College-Hill Press, 29-64.
- PRUTTING, Carol A. y KIRCHNER, Diane (1987): “A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language”, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52 (2), 105-119.
- PSATHAS, George y ANDERSON, Timothy (1990): “The ‘practices’ of transcriptions in conversational analysis”, *Semiotica*, 78, 75-99.
- PUYUELO, Miguel; WIIG, Elisabeth H.; RENOM, Jordi y SOLANAS, Antonio (1997): *BLOC: Bateria de Lenguaje Objetiva y Criterial*. Barcelona: Masson.
- PWC (2012): *Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España*. http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in_al.pdf (consultado el 20/11/16).
- RAINVILLE, Constant; AMIEVA, Hélène; LAFONT, Sylviane; DARTIGUES, Jean-François; ORGOGOZO, Jean-Marc y FABRIGOULE, Colette (2002): “Executive function deficits in patients with dementia of the Alzheimer’s type. A study with a Tower of London task”, *Archive of Clinical Neuropsychology*, 17, 513-530.
- RAMANATHAN, Vai (1994): “Interactive Differences in Alzheimer’s Discourse: An Examination of AD Speech Across Two Audiences”, *Language in Society*, 23, 31-58.

- RAMANATHAN, Vai (1995): "Narrative Well-Formedness in Alzheimer's Disease: An Interactional Analysis Across Settings", *Journal of Pragmatics*, 23, 395-419.
- RAMANATHAN, Vai (1997): *Alzheimer Discourse. Some Sociolinguistic Dimensions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- RAZ, Naftali (2000): "Aging of the brain and its impact on cognitive performance: integration of structural and functional findings", en Craik, F. y T. Salthouse (eds.): *Handbook of Aging and Cognition II*. Mahwah: Erlbaum, 1-90.
- RAZANI, Jill; CASAS, Rachel; WONG, Jennifer; LU, Po; ALESSI, Cathy y JOSEPHSON, Karen (2007): "Relationship between executive functioning and activities of daily living in patients with relatively mild dementia", *Applied Neuropsychology*, 14, 208-214.
- REISBERG, Barry; FERRIS, Steven y DE LEON, Mony (1982): "The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia", *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- REISBERG, Barry; FERRIS, Steven y FRANSSSEN, Emile (1986): "Functional degenerative stages in dementia of the Alzheimer's type appear to reverse normal human development", en Shagass, C., R. Joiassen y W. H. Bridger (eds.): *Biological Psychiatry* (7). New York: Elsevier Science, 1319-1321.
- RIPICH, Danielle y TERRELL, Brenda (1988): "Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease", *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 8-15.
- RIPICH, Danielle; VERTES, Diane; WHITERHOUSE, Peter; FULTON, Sarah y EKELMAN, Sarah (1991): "Turn-Taking and Speech Act Patterns in the Discourse of Senile Dementia of the Alzheimer's Type Patients", *Brain and Language*, 40, 330-343.
- RIPICH, Danielle; ZIOL, Elaine; FRISTCH, Thomas y DURAND, Ellen (1999): "Training Alzheimer's Disease Caregivers for Successful Communication", *Clinical Gerontologist*, 21 (1), 37-56.
- ROBLES BAYÓN, Alfredo y VILARIÑO VILARIÑO, María Isabel (1998): "Trastornos del lenguaje en la demencia", en Juncos, O. (coord.): *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*. Barcelona: Masson, 73-97.
- ROCHON, Elizabeth; WATERS, Gloria y CAPLAN, David (1994): "Sentence comprehension in patients with Alzheimer's disease", *Brain and Language*, 46, 329-349.

- RODRÍGUEZ FERREIRO, Javier; DAVIES, Rob; GONZÁLEZ NOSTI, María; BARBÓN, Analía y CUETOS VEGA, Fernando (2009): “Name agreement, frequency and age of acquisition, but not grammatical class, affect object and action naming in Spanish speaking participants with Alzheimer’s disease”, *Journal of Neurolinguistics*, 22, 37-54.
- RODRÍGUEZ MUÑOZ, Francisco José (2009): *Síndrome de Asperger. Materiales y aproximación pragmalingüística*. Valencia: Universitat de València / AVaLCC.
- RODRÍGUEZ MUÑOZ, Francisco José (2012): *Los déficits pragmáticos en el discurso oral de niños con síndrome de Asperger*. Tesis doctoral. Universidad de Almería.
- ROGERS, Yvonne y ELLIS, Judy (1994): “Distributed Cognition: An alternative framework for analysing and explaining collaborative working”, *Journal of Information Technology*, 9 (2), 119-128.
- ROSELL CLARÍ, Vicente y HERNÁNDEZ SACRISTÁN, Carlos (coords.) (2014): *MetAphAs: Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la afasia*. Valencia: Nau Llibres.
- ROULET, Eddy (1981): “Echanges, interventions et actes de langage dans la structure de la conversation”, *Études de Linguistique Appliquée*, 44, 7-39.
- ROYAL, Donald; MAHURIN, Roderick y CORNELL, John (1994): “Bedside assessment of frontal degeneration: Distinguishing Alzheimer’s disease from non-Alzheimer’s cortical dementia”, *Experimental Aging Research*, 20, 95-103.
- RUBIAL ÁLVAREZ, Sandra (2010): *Análisis del proceso degenerativo de la Enfermedad de Alzheimer desde el Modelo Retrogenético. Adquisición y deterioro de la praxis constructiva*. Tesis doctoral. Universitat Ramon Llull.
- RUTTER, Ben (2008): *Acoustic properties of repair sequences in dysarthric conversational speech: An interactional phonetic study*. Tesis doctoral inédita. University of Louisiana at Lafayette.
- RYAN, Ellen; MEREDITH, Sheree; MACLEAN, Michael y ORANGE, J. B. (1995): “Changing the way we talk with elders: Promoting health using the Communication Enhancement Model”, *The Interactional Journal of Aging and Human Development*, 41, 89-107.
- SABAT, Steven (1991a): “Turn-taking, turn-giving and Alzheimer’s disease: A case study in conversation”, *The Georgetown Journal of Language and Linguistics*, 2, 161-175.

- SABAT, Steven (1991b): "Facilitating conversations via indirect repair: a case study of conversation", *The Georgetown Journal of Language and Linguistics*, 2, 284-296.
- SABAT, Steven (1994): "Language function in Alzheimer's disease: A critical review of selected literature", *Language & Communication*, 14 (4), 331-351.
- SACCO, Katuscia; ANGELERI, Romina; BOSCO, Francesca Marina; COLLE, Livia; DAVIDE, Mate y BARA, Bruno (2008): "Assessment Battery for Communication – AbaCo: A new instrument for the evaluation of pragmatic abilities", *Journal of Cognitive Science*, 9, 111-157.
- SACKS, Harvey (1972): "An Initial Investigation of the Usability of Conversational Data for Doing Sociology", en Sudnow, D. N. (ed.): *Studies in Social Interaction*. New York: Free Press, 31-74.
- SACKS, Harvey (1984): "Notes on methodology", en Atkinson, J. M. y J. Heritage (eds.): *Structures of social action: studies in conversational analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 21-27.
- SACKS, Harvey y SCHEGLOFF, Emanuel (1973): "Opening up closings", *Semiotica*, 8 (4), 289-327.
- SACKS, Harvey; SCHEGLOFF, Emanuel y JEFFERSON, Gail (1974): "A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation", *Language*, 50 (4), 696-735.
- SAGE, Karen (2010): "Evaluación de la terapia de conversación aplicada a una pareja, uno de cuyos miembros tiene afasia de Broca", *VI Jornadas de Lingüística Clínica*, Universitat de València.
- SALVADOR LIERN, Vicent (2012): "Pràctiques discursives en l'àmbit sanitari: Contextos, gèneres i estils", *Llengua, societat i comunicació*, 10, 46-52.
- SARNO, Martha T. (1969): *The Functional Communication Profile: Manual of Directions*. New York: University Medical Center.
- SARTORI, Giuseppe; SNITZ, Beth; SORCINELLI, Linda y DAUM, Irene (2004): "Remote memory in advanced Alzheimer's disease", *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 779-789.
- SAXTON, Judith; MCGONIGLE-GIBSON, Karen; SWIHART, Andrew; MILLER, Vicky y BOLLER, Francois (1990): "Assessment of the severely impaired patient: Description and validation of a new neuropsychological test battery", *Psychological Assessment*, 2, 298-303.

- SBISÀ, Marina (1992): "Speech acts, effects and responses", en Searle, J., H. Parret y J. Verschueren (eds.): *(On) Searle on conversation*. Amsterdam: John Benjamins, 101-113.
- SBISÀ, Marina (2001): "Act", en Duranti, A. (ed.): *Key terms in Language and culture*. Malden: Blackwell, 4-6.
- SCHEGLOFF, Emanuel; JEFFERSON, Gail y SACKS, Harvey (1977): "The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation", *Language*, 53, 361-382.
- SCHNEIDER, Julie; ARVANITAKIS, Zoe; BANG, Woojeong y BENNETT, David (2007): "Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons", *Neurology*, 69, 2197-2204.
- SCHIFFRIN, Deborah (1994): *Approaches to Discourse*. Oxford: Blackwell.
- SEARLE, John (1969): *Actos de habla: Ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid: Cátedra, 1980. Trad. de Luis M. Valdés Villanueva.
- SEARLE, John (1976): "A classification of illocutionary acts", *Language in society*, 5, 1-23.
- SEARLE, John (1979): "A taxonomy of illocutionary acts", en Searle, J. (ed.): *Expression and meaning*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-29.
- SHEWAN, Cynthia M. (1979): *Auditory Comprehension Test for Sentence (ACTS)*. Chicago: Biolinguistics Clinical Institutes.
- SHINDLER, Andrea; CAPLAN, Louis y HIER, Daniel (1984): "Intrusions and perseverations", *Brain and Language*, 23, 148-158.
- SHUTTLEWORTH, Edwin y HUBER, Steven (1988): "The naming disorder of dementia of Alzheimer type", *Brain and Language*, 34, 222-234.
- SINCLAIR, John M. y COULTHARD, Malcom (1975): *Towards an analysis of discourse*. London: Oxford University Press.
- SKA, Bernadette y GUÉNARD, D. (1993): "Narrative schema in dementia of the Alzheimer type", en Brownell, H. e Y. Joannette (eds.): *Narrative discourse in neurologically impaired and normal aging adults*. San Diego: Singular, 299-316.
- SMALL, Jeff y GUTMAN, Gloria (2002): "Recommended and Reported Use of Communication Strategies in Alzheimer Caregiver", *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 16 (4), 270-278.
- SMALL, Jeff; GUTMAN, Gloria; MAKELA, Saskia y HILLHOUSE, Beth (2003): "Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With

Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 353-367.

SMALL, Jeff; KEMPER, Susan y LYONS, Kelly (1997): "Sentence comprehension in Alzheimer's disease: Effects of grammatical complexity, speech rate and repetition", *Psychology and Aging*, 12, 3-11.

SMALL, Jeff y PERRY, JoAnn (2005): "Do You Remember? How Caregivers Question Their Spouses Who Have Alzheimer's Disease and the Impact on Communication", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 125-136.

SMALL, Jeff y PERRY, JoAnn (2013): "Training family care partners to communicate effectively with persons with Alzheimer's disease: The TRACED program", *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36 (4), 332-350.

SMITH, Benita Rae y LEINONEN, Eeva (1992): *Clinical Pragmatics: Unravelling the complexities of communicative failure*. London: Chapman & Hall.

SMITH, C. y VENTIS, D. (1990): "Cooperative and supportive conversational behavior of female Alzheimer's patients", *43rd Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America*, Boston.

SMITH, Stan; FAUST, Mark; BEEMAN, Mark; KENNEDY, Lori y PERRY, David (1995): "A property level analysis of lexical semantic representation in Alzheimer's disease", *Brain and Language*, 49, 263-279.

SOHLBERG, McKay y MATEER, Catherine (2001): *Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice*. New York: Guilford.

SPERLING, Reisa; AISEN, Paul; BECKETT, Laurel; BENNETT, David; CRAFT, Suzanne; FAGAN, Anne; IWATSUBO, Takeshi; JACK, Clifford; KAYE, Jeffrey; MONTINE, Thomas *et al.* (2011): "Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute of Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease", *Alzheimer's & Dementia*, 7, 280-292.

SPINLER, H.; DELLA SALA, Sergio, BANDERA, R. y BADDELEY, Alan (1988): "Dementia, ageing, and the structure of human memory", *Cognitive Neuropsychology*, 5, 193-211.

- STEIN, Nancy y GLENN, Christine (1979): "An analysis of story comprehension in Elementary School children", en Freedle, R. (ed.): *Advances in discourse processes: New directions in discourse processing*. Norwood: Ablex, 53-120.
- STERN, Yaakov (2012): "Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease", *The Lancet Neurology*, 11, 1006-1012.
- STOPFORD, Cheryl; SNOWDEN, Julie; THOMPSON, Jennifer y NEARY, David (2007): "Distinct memory profiles in Alzheimer's disease", *Cortex*, 43 (7), 846-57.
- STOPFORD, Cheryl; SNOWDEN, Julie; THOMPSON, Jennifer y NEARY, David (2008): "Variability in cognitive presentation of Alzheimer's disease", *Cortex*, 44 (2), 185-192.
- STOPFORD, Cheryl; THOMPSON, Jennifer y NEARY, David; Richardson, Anna y SNOWDEN, Julie (2012): "Working memory, attention, and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia", *Cortex*, 48, 429-446.
- STREECK, Jürgen (1980): "Speech acts in interaction: A critique of Searle", *Discourse Processes*, 3, 133-154.
- STUBBS, Michael (1981): "Motivating Analyses of Exchange Structure", en Coulthard, M. y M. Montgomery (eds.): *Studies in Discourse Analysis*. London: Routledge & Keagan Paul, 107-119.
- STUBBS, Michael (1983): *Análisis del discurso. Análisis sociolingüístico del lenguaje natural*. Madrid: Alianza, 1987. Trad. de Celina González.
- TAPPEN, Ruth; WILLIAMS-BURGESS, Christine; EDELSTEIN, Jackie; TOUHY, Theris y FISHMAN, Sarah (1997): "Communicating With Individuals With Alzheimer's Disease: Examination of Recommended Strategies", *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, 249-256.
- TAYLOR, Talbot y CAMERON, Deborah (1987): *Analyzing Conversation: Rules and Units in the Structure of Talk*. New York: Pergamon Press.
- TIPPETT, Lynette; GROSSMAN, Murray y FARAH, Martha (1996): "The semantic memory impairment of Alzheimer's disease: Category specific?", *Cortex*, 32, 143-153.
- TOMOEDA, Cheryl; BAYLES, Kathryn; BOONE, Daniel; KASZNIAK, Alfred y SLAUSON, Thomas (1990): "Speech rate and syntactic complexity effects on the auditory comprehension of Alzheimer patients", *Journal of Communication Disorders*, 23, 151-161.

- TOMOEDA, Cheryl y BAYLES, Kathryn (1993): “Longitudinal effects of Alzheimer’s disease on discourse production”, *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 4, 223-236.
- TREVARTHEN, Colwin (1974): “Conversations with a two month old”, *New Scientist*, 62, 230-233.
- TREVARTHEN, Colwin (1979): “Instincts for human understanding and for cultural co-operation: Their development in infancy”, en von Cranach, M., K. Foppa, W. Lepenies y D. Ploog (eds.): *New perspectives in ethology*. Cambridge: Cambridge University Press, 530-571.
- TULVING, Endel (1972): “Episodic and semantic memory”, en Tulving, E. y W. Donaldson (eds.): *Organization of Memory*. New York: Academic Press, 381-403.
- TULVING, Endel (1987): “Multiple memory systems and consciousness”, *Human Neurobiology*, 6, 67-80.
- TYRRELL, Janette; COSGRAVE, Mary; MCCARRON, Mary; MCPHERSON, Janet; CALVERT, Johnston; KELLY, Alan; MCLAUGHLIN, Martin; GILL, Michael y LAWLOR, Brian (2001): “Dementia in people with Down’s syndrome”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1168-1174.
- ULATOWSKA, Hanna; ALLARD, Lee; DONNELL, Adrienne; BRISTOW, Jean; HAYNES, Sara; FLOWER, Adelaide y NORTH, Alvin (1988): “Discourse performance in subjects with dementia of the Alzheimer type”, en Whitaker, H. (ed.): *Neuropsychological Studies of Nonfocal Brain Damage*. New York: Springer Verlag, 108-131.
- ULATOWSKA, Hanna; ALLARD, Lee; REYES, Belinda; FORD, Jean y CHAPMAN, Sandra B. (1992): “Conversational discourse in aphasia”, *Aphasiology*, 6, 325-330.
- ULATOWSKA, Hanna y CHAPMAN, Sandra B. (1991): “Discourse changes in dementia”, en Lubinski, R. (ed.): *Dementia and Communication*. Philadelphia: Mosby Publishing, 115-132.
- VALLES GONZÁLEZ, Beatriz (2005): “La cohesión y la coherencia en la conversación del paciente con demencia: Un estudio discursivo”, en Gallardo Paúls, B., C. Hernández Sacristán y V. Moreno Campos (eds.): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación en intervención en patologías del lenguaje*. Valencia: Universitat de València.

- VALLES GONZÁLEZ, Beatriz (2009): “Intercambios comunicativos en la afasia y en la demencia: un estudio comparativo del uso de las reparaciones conversacionales”, *Letras*, 51, 249-273.
- VALLES GONZÁLEZ, Beatriz y ROSELL CLARÍ, Vicente (2014): “Programa de Estimulación de Habilidades Metalingüísticas en Teoría de la Mente (ToM) para personas con demencia”, en Gázquez, J. J., M^a. C. Pérez, M^a. Mar Molero, I. Mercader y F. Soler (comps.): *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen II*. Almería: ASUNIVEP, 281-287.
- VAN DIJK, Teun (1977): *Text and context*. London: Longman.
- VAN DIJK, Teun (1978a): *La ciencia del texto*. Barcelona: Paidós, 1983. Trad. de Sibilina Hunzinger.
- VAN DIJK, Teun (1978b): *Estructuras y funciones del discurso*. México: Siglo XXI, 1980. Trad. de Mira Gann y Martí Mur.
- VANHALLE, C.; LEMIEUX, S.; SKA, Bernadette y JOANETTE, Yves (2000): “The Evaluation of the Ability of Right-Hemisphere-Damaged Patients to Process Speech Acts: An Ecological Approach”, *Brain and Language*, 74, Academy of Aphasia Meeting, 483-486.
- VAQUERIZO-MADRID, Julián; ESTÉVEZ-DÍAZ, Felix y POZO-GARCÍA, Ana (2005): “El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas”, *Revista de Neurología*, 41 (Supl. 1), S83-S89.
- WATSON, Caroline (1999): “An analysis of trouble and repair in the natural conversations of people with dementia of the Alzheimer’s type”, *Aphasiology*, 13 (3), 195-218.
- WELSH, Kathleen; BUTTERS, Nelson; HUGHES, James; MOHS, Richard y HEYMAN, Albert (1991): “Detection of abnormal memory decline in mild cases of Alzheimer’s disease using CERAD neuropsychological measures”, *Archives of Neurology*, 48 (3), 278-281.
- WERNICKE, Karl (1874): *Der aphasische Sypmtomencomplex*, Breslau, Cohn und Weigert.
- WHELIHAN, William; DiCARLO, Margaret y PAUL, Robert (2005): “The relationship of neuropsychological functioning to driving competence in older persons with early cognitive decline”, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 217-228.

- WHITWORTH, Anne; PERKINS, Lisa y LESSER, Ruth (1997): *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*. London: Whurr Publishers.
- WILKINSON, Ray (2007): “Managing linguistic incompetence as a delicate issue in aphasic talk-in-interaction: On the use of laughter in prolonged repair sequences”, *Journal of Pragmatics*, 39, 542-569.
- WILKINSON, Ray (2014): “Conversation Analysis”, en Ball, M. J.; N. Müller y R. L. Nelson (eds.): *Handbook of Qualitative Research in Communication Disorders*. New York: Psychology Press, 79-92.
- WILKINSON, Ray; BRYAN, Karen; LOCK, Sarah y SAGE, Karen (2010): “Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples’ conversations: A single case study”, *Aphasiology*, 24 (6-8), 869-886.
- WILSON, Brent; MÜLLER, Nicole y DAMICO, Jack (2007): “The use of conversational laughter by an individual with dementia”, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 21 (11-12), 1001-1006.
- WILSON, Rozanne; ROCHON, Elizabeth; MIHAILIDIS, Alex y LEONARD, Carol (2012): “Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer’s disease during an activity of daily living”, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 55, 328-341.
- WOOD, David; BRUNER, Jerome y ROSS, Gail (1976): “The role of tutoring in problem solving”, *Journal of child psychology and psychiatry*, 17, 89-100.
- WU, Mike; BIRNHOLTZ, Jeremy; RICHARDS, Brian; BAECKER, Ronald y MASSIMI, Mike (2008): “Collaborating to Remember: A Distributed Cognition Account of Families Coping with Memory Impairments”, *CHI Proceedings: Cognition, Perception and Memory*, 825-834.
- YOUMANS, Gina y BOURGEOIS, Michelle (2004): “Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia”, *Aphasiology*, 24 (4), 515-534.