



**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**«DETERIORO LINGÜÍSTICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER»**

**«LANGUAGE IMPAIRMENT IN ALZHEIMER'S DISEASE»**

**Autor: Elvira Cabeza de Vaca Carmona**

**Tutor: María Jesús Paredes Duarte**

**GRADO EN LINGÜÍSTICA Y LENGUAS APLICADAS**

**Curso Académico 2017/2018**

**Fecha de presentación 06/06/2018**



**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

## ÍNDICE

Resumen.....	iv
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1. Definición y justificación del tema.....	1
1.2. Objetivos e hipótesis de trabajo.....	3
1.3. Metodología.....	3
<b>2. Marco teórico: demencia y enfermedad de Alzheimer.....</b>	<b>5</b>
2.1. Estado de la cuestión.....	5
2.2. Definición y sintomatología.....	22
2.3. Etapas del deterioro cognitivo.....	24
2.4. Lenguaje y Alzheimer.....	27
<b>3. Estudio de un caso práctico.....</b>	<b>29</b>
3.1. Evaluación atendiendo los distintos niveles lingüísticos.....	30
3.1.1. Alteraciones fonético-fonológicas.....	31
3.1.2. Alteraciones gramaticales.....	34
3.1.3. Alteraciones léxicas y semánticas.....	35
3.1.4. Alteraciones pragmáticas y textuales.....	38
<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>43</b>
<b>5. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>44</b>
5.1. Fuentes de información bibliográfica primarias.....	44
5.2. Fuentes documentales.....	49

5.3. Herramientas de la web social.....	49
<b>6. ANEXOS.....</b>	<b>50</b>
6.1. ANEXO I: Convenciones de transcripción.....	50
6.2. ANEXO II: Ficha técnica.....	53
6.3. ANEXO III: Transcripción de la entrevista.....	54
6.4. ANEXO IV: El impacto global de la EA.....	68
6.5. ANEXO V: Ejemplo de clasificación según la <i>GDS</i> .....	69
6.6. ANEXO VI: Ejemplo de clasificación según el <i>MMSE</i> .....	70

## **RESUMEN**

Este trabajo de investigación constituye una revisión teórica desde los distintos ámbitos que estudian el deterioro lingüístico en la enfermedad de Alzheimer, así como un análisis contrastivo de las alteraciones lingüísticas que presenta dicha enfermedad enfocado desde el estudio de un caso práctico a través de la metodología de la Lingüística Clínica con el fin de describir las principales alteraciones lingüísticas que presentan los enfermos de alzhéimer para la mejora del diagnóstico (precoz) de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** enfermedad de Alzheimer, deterioro lingüístico, lingüística clínica.

## **ABSTRACT**

This research constitutes a theoretical review from the different areas of language impairment studies in Alzheimer's disease as well as a contrastive analysis on its linguistic impairments, focusing on a practical analysis of a case based on Clinical Linguistics methodology in order to describe the main language disorders which Alzheimer's patients show and improve its (early) diagnosis.

**KEY WORDS:** Alzheimer's disease, language impairment, clinical linguistics.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El actual trabajo de investigación aborda el déficit lingüístico en la enfermedad de Alzheimer (EA) o demencia de tipo Alzheimer (DTA) desde el punto de vista de la Lingüística, especialmente centrandose su atención en las aplicaciones que esta ciencia tiene y abordando el tema desde la perspectiva de la Lingüística Clínica. El motivo por el cual se va a tratar el deterioro lingüístico de la EA desde el ámbito clínico del lenguaje se debe al paulatino auge que han adquirido los estudios en dicha área de la Lingüística en los últimos años. De este modo, nuestras pretensiones en dicho proyecto son describir y corroborar las características lingüísticas que presentan los enfermos de alzhéimer, así como exponer y demostrar las aportaciones que nuestro estudio puede proveer a la Lingüística.

En cuanto a estructura, dicho trabajo consta de seis partes: en primer lugar, comenzaremos por una breve introducción al tema. Esta será posteriormente completada por un marco teórico y otro práctico donde se encontrará el epicentro de nuestro trabajo y de donde obtendremos nuestras conclusiones. Finalmente, se recogerán todas las referencias bibliográficas usadas en nuestro estudio e incluiremos como anexo todo el material necesario en el que hemos basado la parte práctica del trabajo.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, nuestro estudio se divide en dos grandes bloques recogidos en el rótulo de *marco teórico y aplicación práctica*. En el marco teórico recabaremos la información necesaria sobre la EA, lo cual será la base y fundamento de nuestro trabajo; mientras que en el caso práctico aplicaremos las bases teóricas aportadas realizando un exhaustivo análisis lingüístico distribuido por niveles.

Por último, aunque no menos importante, tenemos que decir que tanto el abordaje del tema como la realización del estudio han sido motivadas, además, por un factor personal que surge en las aulas de nuestra Facultad y se debe al descubrimiento de las áreas de aplicación de la Lingüística. El aliciente subyace como consecuencia del aprendizaje adquirido en la materia denominada Psicolingüística impartida por la Prof<sup>a</sup>. Dra. Carmen Varo Varo<sup>1</sup>. Esto supuso un punto de inflexión, tanto a nivel personal como profesional, que sirvió como constituyente de la base de mis intereses futuros. Finalmente, la curiosidad por el estudio del habla patológica

---

<sup>1</sup> Docente de la Facultad de Filosofía y Letras de Cádiz, Secretaria del Instituto de Investigación de Lingüística Aplicada (ILA) de la Universidad de Cádiz y miembro del grupo de investigación Semaínein de la UCA.

y, a su vez, el sentimiento esperanzador de ayuda (a través del lenguaje) que la Lingüística Clínica despertó en mí, fueron la causa por la que decidí profundizar en el área de investigación de la Lingüística Clínica gracias a la Prof<sup>a</sup>. Dra. María Jesús Paredes Duarte<sup>2</sup> a quien debo el beneplácito de poder colaborar en las actividades ofrecidas por el Área de Lingüística General de la Universidad de Cádiz que se integraron, en su momento, en el proyecto de investigación “Trastornos motores y trastornos del lenguaje”. Gracias a ello, tuve la oportunidad de trabajar junto al Doctor Raúl Espinosa Rosso –neurólogo del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)– con quien pude participar muy de cerca en numerosas consultas junto a pacientes con trastornos motores (parkinsonianos, enfermos de alzhéimer y otras patologías) que afectan directamente al lenguaje y que, por supuesto, presentan déficit y alteraciones de carácter lingüístico.

Esto fue lo que me permitió poner en práctica los aspectos teóricos de la Lingüística Clínica, colaborando a su vez, en la transcripción propia de material audiovisual que hoy conforma el *Corpus de trastornos del lenguaje* (Paredes Duarte y Martín-Sánchez, 2018) recientemente publicado por el Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz. Del mismo modo, tuve la oportunidad de formar parte del simposio dedicado a la incidencia que los trastornos motores tienen en el lenguaje en el *IV Congreso Internacional de Lingüística Clínica* (Barcelona, 2015), coordinado por los profesores Paredes Duarte y Ruiz Castellanos y el Dr. Espinosa Rosso, lo que dio lugar a la publicación del artículo “Una terapia de apraxias mediante verbos de movimiento e interacción. Propuesta en contextos naturales y comunicativos.” (Ruíz, A., Rodríguez, J. y Cabeza, E., 2015). Por otro lado, mis colaboraciones también tuvieron presencia en la *XXXIX Reunión Anual de la Sociedad Andaluza de Neurología* (Cádiz, 2016), con la intervención en la realización y presentación de un póster de investigación sobre un estudio descriptivo de las alteraciones lingüísticas en la enfermedad de Huntington (Espinosa, R., Martín-Sánchez, V.M. y Cabeza, E., 2015). En definitiva, la suma de todo el trabajo realizado durante esta satisfactoria experiencia ha sido lo que me ha conducido a elegir y realizar el presente trabajo.

---

<sup>2</sup> Docente de la Facultad de Filosofía y Letras de Cádiz, coordinadora del Gabinete de Lingüística Clínica del Instituto de Lingüística Aplicada (ILA) de la Universidad de Cádiz y miembro del grupo de investigación Semaínein de la UCA.

## 1.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

Partiendo de que la EA provoca un deterioro cognitivo que afecta al lenguaje, el principal **objetivo** de dicho trabajo de investigación es aportar nuestra ayuda en el análisis y descripción del déficit lingüístico, habla y comunicación en el desarrollo de la EA con el fin de impulsar las habilidades preservadas y contribuir a la mejora de aquellas otras capacidades que se encuentren más afectadas. Otro propósito relevante que emana de nuestro objetivo primordial es la recopilación de información y datos lingüísticos con “validez ecológica” (Gallardo Paúls, 2005c; Ahlsén, 1995; Perkins *et al.*, 1997; Joannette y Ansaldo, 1999), para ampliar así la literatura que hace referencia a la comunicación deficitaria en la EA.

## 1.3. METODOLOGÍA

Para realizar el presente estudio hemos usado la metodología propia de la Lingüística Clínica. Esta se trata de una **metodología ecléctica** pues aúna los métodos inductivo y deductivo. En primer lugar, se procederá a la observación de los datos (método inductivo). A continuación, se aplicará el conocimiento de trastornos del lenguaje y la observación de los datos realizada previamente para crear una plantilla con una serie de criterios para buscarlos (método deductivo). Y, finalmente, pasaremos a clasificar los datos según el protocolo elaborado (método inductivo) abordando el estudio completo de los niveles lingüísticos.

Para nuestro caso práctico, partiremos de la transcripción escrita de una muestra de habla (se adjunta en Anexo III) incluida en el libro *Corpus de trastornos del lenguaje* (Paredes Duarte y Martín-Sánchez, 2018, pp. 34-47). Un texto escrito siempre presenta problemas a la hora de analizar los factores pragmáticos y comunicativos, e incluso articulatorios o prosódicos, de la conversación. Sin embargo, en este caso, la disponibilidad de la grabación audiovisual que está en posesión legal de la tutora de este trabajo nos ha permitido comprobar los datos e incluso añadir características a nuestro análisis que no podrían haberse visto en el texto escrito (parte de esta grabación se incluirán en la exposición del trabajo).

Debido al carácter personal que tiene tanto la grabación de la conducta lingüística de un informante como la transcripción escrita de la misma, es importante dejar constancia de nuestro compromiso por mantener la confidencialidad de los datos personales siguiendo las normas ético-morales del comité científico investigador. Todas las muestras recogidas cumplen con la normativa vigente de tratamiento de los datos según lo establecido en la Ley

14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, estando en posesión de la Hoja de Consentimiento Informado (HIP) firmada por los pacientes o, en su caso, por la persona que se inscribe como tutor legal.

El sistema de transcripción utilizado en el *Corpus de trastornos del lenguaje* por Paredes Duarte y Martín-Sánchez (2018: 14-16), es similar al usado previamente por la profesora Beatriz Gallardo Paúls (2005c: 52-54) en el *Corpus PerLA* (Percepción, Lenguaje y Afasia) aunque haciendo las modificaciones pertinentes que el dialecto andaluz requiere:

[A]daptando por supuesto, la fonética, a la dialectología andaluza, ya que se trata de enfermos pertenecientes a dicha comunidad y la mayoría, concretamente, a la provincia de Cádiz. Para ello, hemos propuesto una serie de cambios en la representación de la aspiración andaluza y los fenómenos que esta provoca en consonantes y vocales contiguas, como bien afirma Alvar (1996). Esto nos proporcionará dos tipos de información muy relevantes: por un lado, obtendremos datos diatópicos y, por otro, datos diastráticos. Gracias a ello, la confusión existente entre rasgo lingüístico patológico y dialectal o vulgar se reducirá proporcionando mayor fiabilidad a los estudios realizados. (Paredes Duarte y Martín-Sánchez, 2018: 12)

El método de grabación más transcripción se ha hecho indispensable a nivel académico (licenciatura/grado, máster y doctorado) no solo en el ámbito docente sino también en el investigador (seminarios de investigación y conferencias plenarias). Ambos materiales han contribuido a la investigación en Neurolingüística y trastornos del lenguaje llevada a cabo por el grupo Semaínein mucho antes de conformarse el Gabinete de Lingüística Clínica del ILA, sirviendo así para el estudio neuropsicológico del lenguaje mediante el contraste entre el comportamiento lingüístico de un sujeto con trastornos y otros que no presenta anormalidad lingüística.



## 2. MARCO TEÓRICO: DEMENCIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

### 2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El **lenguaje**, entendido como herramienta, es la capacidad que tiene el ser humano para expresarse, por lo que es imprescindible para nuestra comunicación con el mundo. Cuando hablamos de lenguaje no solo nos referimos al componente oral sino también el escrito. Sin embargo, también es importante no olvidar el conjunto de elementos extralingüísticos como son los gestos, la postura corporal y las expresiones faciales entre otros. Todos ellos conforman el lenguaje no verbal y en él se apoya el lenguaje *per se*, de manera que complementa y favorece su entendimiento. Pero en muchas ocasiones se da una ruptura de la norma debido a que continuamente cometemos errores de producción y comprensión que ocurren principalmente en el nivel discursivo o conversacional, estudiados en parte por la Psicolingüística y también por la Pragmática. Ahora bien, si estos errores los comete un hablante en condiciones limitadas, es decir, una persona afectada por un accidente, enfermedad, trastorno o patología que, a su vez, haya desarrollado un déficit lingüístico, entonces esto será objeto de estudio de la **Lingüística Clínica**., son muchas las personas que sufren un trastorno del lenguaje provocado por algún tipo de enfermedad o por las secuelas que esta haya dejado. Por esto, surge la gran necesidad de atender a estas personas mediante el análisis y evaluación de la conducta verbal en patologías del lenguaje, tarea de la que se encarga la Lingüística Clínica, haciendo especial hincapié en sus intercambios con sus interlocutores habituales (Hernández y Gallardo Paúls, 2010). Gracias a esta disciplina y sus hallazgos es posible estudiar la comunicación en personas que han sufrido una lesión cerebral debido a un accidente cerebrovascular (ACV), demencias u otras enfermedades neurodegenerativas como la **enfermedad de Alzheimer** o la enfermedad de Parkinson.

Los estudios realizados hasta el momento son preferentemente de carácter generativista, basados en las teorías fundamentadas y sostenidas por Noam Chomsky. No fue hasta el siglo XX, con la denominada “revolución pragmática”, cuando los lingüistas comenzaron a cambiar su forma de concebir el lenguaje, de manera que surgieron nuevos senderos en el estudio lingüístico, siendo predominante el enfoque pragmático. Esta nueva vía de estudio basada en la pragmática causó un gran impacto e influencia en la aplicación práctica en contextos clínicos, así como en el estudio de la interacción verbal humana en general (Gallardo Paúls, 2005b). También se han aplicado a estos estudios, métodos de corte estructural y funcional, que aplica el análisis por niveles lingüísticos a los mensajes emitidos por personas con trastornos del lenguaje (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012, Paredes Duarte y Espinosa

Rosso, 2015). Por último, una gran corriente que sitúa la fonética en primera posición para estudios de este tipo debe también ser reseñada (Garayzábal, 2009).

Centrando ya nuestra atención en el tema que nos ocupa, la **enfermedad de Alzheimer**, cabe destacar que el propio neurólogo Alois Alzheimer, quien da nombre a la enfermedad, en 1907 constata, a través del seguimiento de su paciente Auguste, que los trastornos en el lenguaje son notables, además de los delirios y el empeoramiento de las condiciones físicas de la paciente. Tras el fallecimiento, se pidió un examen *post mortem* de su cerebro, obteniendo como resultado una atrofia cortical –i.e. la disminución en el tamaño del córtex cerebral– así como la presencia de placas seniles<sup>3</sup> y ovillos neurofibrilares<sup>4</sup>. A día de hoy, aún esto se considera posible causa de los principales cambios que ocurren en el cerebro tras el paso de la enfermedad, donde la destrucción de las neuronas es irreversible. Por lo que se conforma una de las hipótesis más perseguidas en cuanto a la etiología de la EA, aunque todavía no existen unas causas definidas para dicha enfermedad (Pérez Mantero, 2017: 31-32).

Debido a su pronta notoriedad, la afectación del lenguaje es una característica que a día de hoy ha sido completamente demostrada desde las distintas perspectivas mediante la experiencia con enfermos de alzhéimer. Pues, como ya hemos anticipado, en la última década han proliferado los estudios de la EA en todos los ámbitos, especialmente en el médico (estudios pertenecientes al área de Neurología en su mayoría y centrados principalmente en afasias y demencias), en el psicológico, así como en el que se encarga de la rehabilitación del lenguaje, objeto de estudio de la Logopedia. Cada uno de los ámbitos trata el estudio de la enfermedad desde la diversidad de sus perspectivas. De hecho, merece la pena prestar atención a los distintos puntos de vista desde los que se ha tratado la EA y es eso lo que precisamente se tratará de exponer a continuación en nuestro trabajo.

Para realizar la revisión teórica desde las distintas disciplinas vamos a organizar la información obtenida de forma cronológica y la vamos a clasificar según el ámbito de interés en cuatro: 1) *ámbito médico*, concretamente estudios enmarcados en Neurología; 2) *ámbito psicológico*, se centra sobre todo en el deterioro cognitivo y prevalecen los estudios neuropsicológicos, 3) *ámbito logopédico*, aborda la rehabilitación del paciente; y 4) *ámbito lingüístico*, trata los trastornos y alteraciones del lenguaje en el habla patológica.

---

<sup>3</sup> Las placas seniles son una acumulación de la proteína beta-amiloide alrededor de las neuronas.

<sup>4</sup> Los ovillos neurofibrilares son una extraña forma de la proteína tau dentro de las placas seniles.

1) *Ámbito médico*: dentro de esta área destacamos las contribuciones, en menor o mayor medida, realizadas por **Peña-Casanova (1999-hasta la actualidad)**<sup>5</sup>; Montañés et al. (2001); **Dos Santos y Torales (2001 y 2002)**; López del Val y Linazaroso Cristóbal (2004 y 2012), Baquero Toledo (2008), así como López del Val y Linazaroso Cristóbal (2012) nuevamente.

Como ya hemos comentado anteriormente, hemos encontrado que la gran mayoría de investigaciones en este ámbito parten de la Neurología. De esta forma, creemos de suma importancia destacar al Dr. Peña-Casanova, por su compromiso investigador en la EA de la mano del Proyecto “Activemos la mente” de la Fundación “La Caixa” que comenzó en 1999 y actualmente en vigor. Mediante este programa, Peña-Casanova ha publicado distintos libros con el fin de ayudar en la divulgación y tratamiento mediante estimulación cognitiva del alzhéimer para que la información sobre la enfermedad y el material estimulador de la misma estén al alcance de todos. También es autor de dos guías de demencias (2000 y 2002) y de numerosos artículos inmersos en el ámbito de la Neurología y la Neuropsicología. Por todo esto, se le ha concedido en dos ocasiones el Premio Alzheimer (2007 y 2009) de la Sociedad Española de Neurología.

En segundo lugar, Montañés et al. (2001) nos hablan en su artículo sobre el deterioro selectivo del lenguaje debido a degeneración temporal focal. En él se incluye un análisis comparativo entre un caso de Afasia Primaria Progresiva y un caso de Demencia Semántica, lo que resulta de gran utilidad pues rompe con el estándar literario sobre trastornos y alteraciones del lenguaje que, hasta el momento, se centraba en afasias. Encontrar un estudio comparativo como este a comienzos del siglo XXI resulta totalmente atractivo e innovador, ya que nos permite conocer los rasgos más habituales de ambas patologías y, así, se puede establecer diferencias y similitudes entre ellas para un mejor diagnóstico.

Por otro lado, Dos Santos y Torales (2001 y 2002) hacen un recorrido completo de la EA de forma concisa, lo cual ayuda a adentrarnos en la enfermedad y a conocerla mejor. Es un recurso útil tanto para quienes desconocen la enfermedad como para estudiantes principiantes o personas interesadas en la EA, ya que se nos introduce a ella mediante su definición y se realiza una breve descripción de su epidemiología, etiología y patogenia, fisiopatología, cuadro clínico, formas clínicas, curso de la EA y diagnóstico. Cabe a destacar que disponer de recursos de este tipo a comienzos del siglo XXI es todo un logro, ya que tan solo hace una

---

<sup>5</sup> Hemos resaltado en negrita aquellos autores cuyas aportaciones nos han parecido más interesantes y útiles en el ámbito médico.

década de las primeras hipótesis sobre las posibles bases biológicas de la enfermedad. Además, no se puede concebir la idea de exactitud en el diagnóstico, todo lo contrario, nos encontramos ante un período de dificultad y confusión a la hora de diagnosticar la enfermedad que no cesará hasta poco después de 2005.

En cuanto a las aportaciones de López del Val y Linazaroso Cristóbal (2004 y 2012), podemos decir que son bastante interesantes en cuanto al abordaje de trastornos del movimiento, enfermedad de Parkinson y discinesias. Sin embargo, a pesar de tratar las demencias, no prestan demasiada atención a la EA, tan solo se hace muy vaga mención de ella en ciertas clasificaciones. Por lo que, en resumidas cuentas, sus estudios no han sido de gran utilidad en nuestro trabajo.

Por último, de Baquero Toledo (2008) resaltar, únicamente que, al ser una herramienta de la web social, la información sobre la EA está muy sintetizada y esquematizada, por lo que creemos que es un buen recurso que puede servir de guía visual a la hora de recibir o impartir una charla o clase sobre este tema en concreto.

2) *Ámbito psicológico*: en este ámbito son destacables las numerosas investigaciones de **Cuetos et al. (2003a, 2003b, 2005a, 2005b y 2007)**<sup>6</sup> centradas en la EA y otros tipos de demencia, así como las aportaciones de García-Medall (2006) y **F.J. Moreno (2006)** que unen Lingüística y Neuropsicología, y que tratan especialmente la EA; además de la publicación de **Puyuelo y Bruna (2006)** que versa sobre el envejecimiento y el lenguaje; así como el trabajo de **Subirana, Bruna, Puyuelo y Virgili (2009)** que aúna Psicología y Logopedia para tratar el lenguaje y las funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia de tipo alzhéimer; y, finalmente, resaltar el artículo de **Á. Moreno (2011)** que lidia con el deterioro progresivo y el proceso comunicativo del lenguaje en la EA.

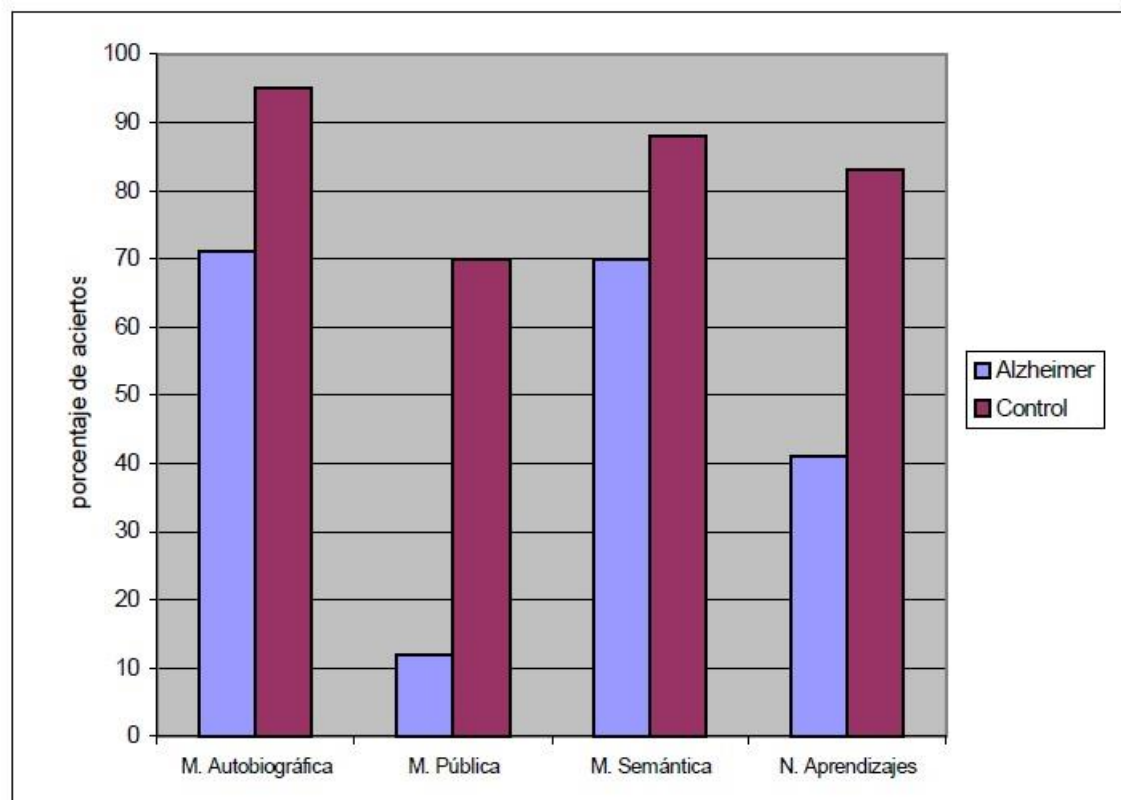
Como ya hemos hecho mención anteriormente, Cuetos et al. centran sus estudios en la EA y otras demencias. Comenzando por la publicación de 2003a sobre las alteraciones de memoria en los inicios de EA, es de importancia resaltar los resultados obtenidos: los pacientes estudiados muestran trastornos en todos los tipos de memoria, tanto implícita como explícita, pero en especial aquellas que se encuentran en la memoria implícita dentro de las

---

<sup>6</sup> En negrita aquellos autores cuyas aportaciones nos han parecido más interesantes y útiles en el ámbito psicológico.

consideradas declarativas que son la memoria autobiográfica, la memoria pública y la memoria semántica, así como en la capacidad de nuevo aprendizaje. Estas además empeoran con la evolución del deterioro. Sin embargo, a pesar de que todas las variedades de memoria se ven afectadas, unas prevalecen más que otras. Es el caso de la memoria pública y la capacidad de nuevo aprendizaje donde se encuentran diferencias mayores (véase a continuación en la Figura 1).

Figura 1. Resultados en cada tipo de memoria.



Fuente: Cuetos et al. (2003a)

Tras este artículo, Cuetos et al. (2003b) continuaron sus estudios centrandose su atención en la denominación, propia de la memoria semántica y, como conclusión, obtuvieron una menor precisión en la diferenciación semántica que se deja ver de forma progresiva al mismo tiempo que la enfermedad avanza. En otras palabras, el léxico de un enfermo de alzhéimer es más limitado a medida que la enfermedad progresa hasta llegar al punto de alcanzar la afasia global o mutismo en la última etapa de la enfermedad. A continuación, en la siguiente publicación realizada por Cuetos et al. (2005a) los autores continúan el estudio del deterioro de la información conceptual en la EA volviendo a hacer hincapié en el deterioro de la denominación. Aunque este estudio no es concluyente debido al mínimo tamaño de la

muestra, se puede decir que proporciona una mayor y mejor información sobre el deterioro semántico en la EA.

Complementario a este es el siguiente artículo que escriben estos autores (2005b) y en los que se vuelve a tratar la tarea de denominación, a través de imágenes esta vez y donde se contempla la edad de adquisición (de palabras) como un factor pertinente a la hora de hacer un análisis del deterioro cognitivo en la EA. De manera que la edad de adquisición actuaría como nexo entre el sistema conceptual y el nivel léxico. Luego, cuanto antes se produzca la adquisición de palabras, mayor será la conexión existente entre el concepto-vocabulario y, por tanto, más fácil será recuperarla. Finalmente, como colofón de lo presentado anteriormente, Cuetos et al. (2007) proponen un nuevo test de detección precoz de alzhéimer cuyo objetivo sea la evaluación de memoria y lenguaje para asegurar una mejor utilidad diagnóstica.

Por otro lado, también son significativas las aportaciones de García-Medall (2006), F.J. Moreno (2006) y Puyuelo y Bruna (2006). El primer autor propone un estudio longitudinal en enfermos de alzhéimer en lugar del habitual estudio paciente/control. Es decir, este autor propone una evaluación clínico-lingüística de carácter pragmático personalizada, en la que se analiza no solo la competencia comunicativa sino también la parafrásica y textual, y por supuesto, en la que se cuenta con el apoyo del mediador familiar e individual. El segundo autor, recoge los tipos de tareas utilizadas en la evaluación del deterioro de la memoria semántica (MS) en la EA, por lo que es una garantía informativa para todo aquel que quiera saber un poco más sobre la variedad de pruebas existentes en el análisis de la MS en la enfermedad. Por su parte, Puyuelo y Bruna, al igual que Cuetos et al. (2005a, 2005b), vuelven a hacer hincapié en aspectos de la edad y el envejecimiento en relación con el lenguaje y la EA.

En el artículo escrito por Subirana et al. (2009), estos autores parten de la importancia del lenguaje frente al envejecimiento. Consideran que el lenguaje es una de las funciones cognitivas que se ve afectada de forma más tardía durante el proceso de envejecimiento de una persona tanto sana como enferma. Sin embargo, el trastorno lingüístico resulta ser una de las primeras manifestaciones de demencia en la EA. Con esto se refieren a que a pesar de que el lenguaje sea lo último que se pierde durante la enfermedad, la alteración del mismo es un factor determinante subyacente del deterioro cognitivo. Para demostrar esto, se basan en diferentes métodos de evaluación como son el *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975), para la evaluación del estado cognitivo; *A Quick Test of Cognitive Speed: Assesment of*

*Parietal Function* (AQT) (Wiig, et al., 2002), que evalúa la velocidad de procesamiento de la información; *Controlled Oral Word Association* (COWA) (Strauss, Sherman y Spreen, 2006), que se encarga de valoración del lenguaje a través de pruebas de fluencia verbal con consigna fonética y semántica; y, finalmente, para evaluar las funciones ejecutivas han utilizado el *Subtest de Dígitos Inversos y Semejanzas del WAIS III* (Wechsler, 1997) junto con la subprueba de Percepción y Reproducción de Estructuras Rítmicas del Examen Neuropsicológico de Luria (Christensen, 1987).

Una vez realizadas las distintas pruebas de evaluación, se ha llegado a la conclusión de que las primeras habilidades que se deterioran con el envejecimiento son las habilidades amnésicas, visuoespaciales, cálculo y aprendizaje; mientras que las mejores conservadas son las habilidades verbales. En el caso de los enfermos de alzhéimer, se encuentra en los primeros estadios “un déficit en las funciones ejecutivas relacionadas con la manipulación de la información, formación de conceptos y resolución de problemas” (Perry y Hodges, 1999; Salmon y Bendi, 2009 cit. en Subirana et al., 2009). Por ende, se deduce que el hemisferio derecho, que es donde se almacena la información visuoespacial, degenera más que el izquierdo, donde se encuentra el lenguaje.

En definitiva, Subirana y otros autores (2009) destacan la importancia de realizar una “valoración general y específica de las funciones cognitivas” ante cualquier situación de declive del área cognitiva:

Esta evaluación debería incluir diversas funciones, a parte de la memoria, prestando especial atención a los cambios en las funciones ejecutivas, que se han mostrado especialmente sensibles a la hora de discriminar entre el proceso de envejecimiento y el deterioro cognitivo leve, y el lenguaje, especialmente sensible en la discriminación entre deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. (p. 29)

Para finalizar el compendio de información dentro del ámbito psicológico, es concluyente destacar las aportaciones de Á. Moreno (2011) a través de su publicación sobre el deterioro progresivo y el proceso comunicativo del lenguaje en la EA. Este autor hace una revisión teórica en la que se encarga de resumir toda la información existente acerca del paulatino trastorno que sufre el lenguaje en los enfermos de alzhéimer recopilando literatura de muchos de los autores mencionados en el presente trabajo. Por esta razón, dicho artículo también resulta sustancial en nuestro trabajo.

3) *Ámbito logopédico*: en este terreno debemos tener en cuenta las aportaciones realizadas por Subirana et al. (2009) y **B. Valles (2013)**<sup>7</sup>. Como ya se ha mencionado previamente, los primeros autores tratan el lenguaje y las funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia de tipo Alzheimer desde el punto de vista de la Psicología y la Logopedia; mientras que Valles hace una aproximación al estudio de la conversación de la persona con alzhéimer y sus interlocutores sanos combinando los enfoques propios de las áreas de Pedagogía y Logopedia.

No vamos a entrar de nuevo en resumir el trabajo por Subirana et al., pues ya se ha realizado anteriormente en el punto 3. Y aunque sus aportaciones son de igual importancia para ambos ámbitos (psicológico y logopeda), creemos que Valles realiza un estudio totalmente rompedor a nivel estrictamente logopédico que es lo que tratamos en este punto concretamente. Pues bien, en este artículo, Valles estudia la conversación entre sujetos con demencia tipo Alzheimer (DTA) y sus interlocutores sanos en el ámbito del hogar. Para ello, se basa en las características más notorias del lenguaje en los pacientes con DTA que han sido estudiadas por diferentes autores (Hamilton, 1994; Sabat, 2001; Ripich y Tererll, 1988; Orange, Lubinski y Higginbothan, 1996; Valles, 2009; Young, Manthorp y Howells, 2010) y son las siguientes: anomia, parafasia, uso de neologismos, muletillas o palabras sin sentido, alteraciones en la longitud de las emisiones verbales y dificultad para seguir el tema de conversación. Fruto de estas limitaciones surgen dificultades como la reducción de la coherencia y del uso de recursos cohesivos, situación que según Valles (2013) debe ser compensada por su interlocutor (clave) a través de estrategias:

Las limitaciones descritas aumentan las dificultades en la competencia discursiva, especialmente cuando su interlocutor no pertenece al contexto diario y no conoce la historia de vida del paciente, lo que no le permite inferir sobre la temática o anticipar las palabras o conceptos que la PA<sup>8</sup> no es capaz de evocar.

[...]

Gallardo-Paúls (2005[a]) afirma que el interlocutor clave, es decir la persona que habitualmente atiende a un paciente (en el caso de sus investigaciones con personas con Afasia) tiene mayores oportunidades de comunicarse con él. Para la PA esta situación de dependencia con su interlocutor clave se profundiza

---

<sup>7</sup> Hemos resaltado en negrita aquellos autores cuyas aportaciones nos han parecido más interesantes y útiles en el ámbito logopédico.

<sup>8</sup> La autora usa "PA" para referirse a la persona con Alzheimer.



pero presenta matices que aún no han sido lo suficientemente analizados, especialmente con lo relacionado a cómo se gestiona la comunicación con este tipo de paciente en diversos contextos.

4) *Ámbito lingüístico*: en lo que respecta al marco lingüístico, creemos de suma importancia los *Estudios de Lingüística Clínica: Lingüística y patología* de Gallardo Paúls y Veyrat (2004) en el que se incluye un artículo escrito por **Alonso, Chamarro y Santonja**<sup>9</sup> (pp. 5-30) dedicado a las experiencias recogidas en una unidad de demencias y en el que se presta atención a los trastornos del lenguaje; **García-Medall (2006)**, F.J. Moreno (2006) y Cuetos-Vega et al. (2003a, 2003b, 2005a, 2005b y 2007) sobre Lingüística y Neuropsicología; siendo de carácter más significativo para nosotros el artículo de García-Medall debido al interés por la evaluación de la competencia comunicativa en enfermos de alzhéimer; el estudio sociolingüístico de **Hamilton (2008)** sobre lenguaje y demencia; los hallazgos en Biolingüística de **Benítez-Burraco (2008 y 2009)** acerca de la genética del lenguaje y en los que menciona la EA; y, finalmente, el nuevo rumbo de acción que trata **Pérez-Mantero (2012a, 2012b, 2012c, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b y 2016)**, cuyos trabajos se condensarán en una sola obra y culminarán con la publicación de su tesis doctoral (2017) acerca de la descripción y el análisis del lenguaje por medio del enfoque pragmático.

El primer trabajo que vamos a destacar es el realizado por Alonso, Chamarro y Santonja, editado y publicado por Gallardo Paúls y Veyrat (2004) en su libro *Estudios de Lingüística Clínica: Lingüística y patología*. En él Alonso et al. destacan las alteraciones neuropsicológicas sufridas en las demencias: memoria, gnosias y praxias (capacidades visuoespaciales) y lenguaje. En cuanto a la memoria, sostienen que el primer tipo afectado en la EA es la episódica. En fases tempranas de la enfermedad aún se preserva la semántica, aunque, finalmente, se ve alterada progresivamente por un gradiente temporal que provoca la pérdida de información reciente en primera instancia, y, a continuación, la pérdida de información nueva e incapacidad para retener nuevos conceptos (Alonso, Chamarro y Santonja, 2004: 9).

---

<sup>9</sup> Como se puede observar, hemos resaltado en negrita aquellos autores en los que vamos a centrar nuestra atención dado a sus aportaciones en el ámbito lingüístico y, guardando siempre la relación existente con el presente trabajo. Nuestro único objetivo en esta sección consistirá en resumir de forma cronológica gran parte de la literatura referida a la lingüística en contextos clínicos, así como sus avances e intereses a lo largo de los años hasta llegar a nuestros días.

También es común que los enfermos de alzhéimer no reconozcan lugares o rostros de persona habituales e incluso se vean perturbados por desorientación. Esto es lo que llamamos *agnosia*. Cuando la agnosia se aplica en la misma persona, es decir, cuando el enfermo no puede reconocerse a sí mismo, se denomina *prosopagnosia* y es común en etapas más avanzadas de la enfermedad. Ligado a esto, se desarrolla, además, la pérdida de movimiento (*apraxia*) y con esto, la pérdida de las habilidades constructivas y manipuladoras haciendo que los enfermos de alzhéimer sean incapaces de realizar tareas tan sencillas como, por ejemplo, coger un peine para peinarse.<sup>10</sup>

En lo que respecta al lenguaje, el trastorno del mismo va a depender claramente del resto de funciones afectadas. Tal y como nuestros autores señalan:

La alteración de la memoria hace difícil el acceso al léxico semántico, y la pérdida progresiva de contenido e información. También la falta de concentración y la dificultad en comprender el lenguaje de los demás contribuye a la incomunicación creciente del enfermo. (Gallardo Paúls y Veyrat, 2004: 10)

La anomia es una alteración de lenguaje que se presenta como cuadro inicial en los enfermos de alzhéimer. A pesar de esto, la construcción de frases es correcta pues se preservan tanto en estructura gramatical como en prosodia. Con frecuencia, los enfermos de alzhéimer se apoyan en bromas, frases hechas, gesticulaciones u otros mecanismos de distracción para compensar las faltas de contenido. Algunos de estos mecanismos para paliar la anomia son los circunloquios, el uso de perífrasis, los deícticos y las palabras *ómnibus* como “eso” o “cosa”.

Por lo general, el lenguaje es fluente hasta fases avanzadas de la demencia e incluso existen enfermos que desarrollan logorrea. A partir de los estadios más avanzados, el lenguaje de los enfermos de alzhéimer comienza a perder contenido, llegando a ser una jerga que puede preservarse hasta etapas muy avanzadas o evolucionar hasta el mutismo; la comprensión se va alterando cada vez más dando lugar a errores parafásicos (parafasias semánticas en primer lugar y fonémicas más adelante); los pacientes presentan dificultades para mantener el hilo conversacional y, en consecuencia, suelen cambiar de temática con facilidad.

---

<sup>10</sup> Existen aplicaciones para la mejora de estas actividades como son las desarrolladas por Itainnova y Virtualware, las cuales se encuentran, mediante convenio con dichas empresas, disponibles en el Instituto de Lingüística Aplicada (ILA) de nuestra universidad.

La suma de todas estas alteraciones son las mismas encontradas en la Afasia Sensorial Transcortical, lo cual provoca gran confusión a la hora de diagnosticar una DTA. Sin embargo, lo que diferencia al enfermo de alzhéimer es que, además, presenta:

- Alteración en la línea directriz del pensamiento
- Alteración del acceso a los contenidos semánticos del lenguaje
- Alteración del sistema límbico y ejecutivo central

De todas estas afectaciones cognitivas, según Alonso et al. (2004: 13), en fases más evolucionadas de la enfermedad “aparecen trastornos motores, extrapiramidales y piramidales, así como, con frecuencia las mioclonias y las crisis epilécticas. El enfermo también suele adelgazar de forma llamativa incluso en ausencia de trastorno alimentario” (Alonso et al. 2004, p. 13).

Finalmente, de los estudios de estos autores, resaltamos el interés por mejorar el diagnóstico precoz de la EA del de las demencias de tipo frontal (DTF) a través del reconocimiento de los trastornos del lenguaje, precisamente, con el fin de aplicar los tratamientos adecuados. Por lo que proponen un estudio complementario de otras áreas cognitivas para separar EA de las DTF.

El siguiente autor que vamos a tratar es García-Medall quien destaca por la innovadora propuesta de realizar un estudio longitudinal en los pacientes de alzhéimer, alejándose así del típico estudio que compara personas con la enfermedad y un grupo de control que no la padece. Su propuesta trata de centrar la trayectoria del estudio de una sola capacidad comunicativa en un paciente, por lo que se trata de un estudio de carácter más individualista lo cual permitirá obtener conclusiones generales más precisas que permitirán evaluar con mayor exactitud a aquellos pacientes con posible EA sin necesidad de partir de la idea de llegar a ser una labor estrictamente examinadora. Para ello, propone como prueba válida la evaluación individual por comparación temporal de una misma tarea. Por ejemplo, en afásicos es interesante el estudio sobre la violación del principio cooperativo a través de la ruptura de la máxima de cantidad de Grice. Estos estudios longitudinales también son aplicables a las personas con alzhéimer (PA) con buenas perspectivas siempre y cuando cumpla lo siguiente:

- a) que sea un estudio de forma personalizada e individual,
- b) que analice la competencia comunicativa parafrástica y textual,
- c) y que cuente con el apoyo del mediador familiar.

Teniendo en cuenta esto, merece la pena explicar que la *competencia comunicativa* (parafrástica y textual), que según recoge García-Medall (2006: 26), es un concepto “que acuñó Hymes (1972) y el cual será posteriormente denominado como “competencia lingüística” por otros autores. A pesar de este cambio, García-Medall (2006) prefiere retomar el concepto de Hymes por ser más adecuado, dado que el nuevo concepto adquiere un carácter más generalizado:

[P]ara ciertos autores, como Bachmann (1990, cit. en Gutiérrez Ordóñez, 2002: 91), la competencia comunicativa distingue entre una competencia organizativa y una competencia pragmática. La primera, a su vez, la organizativa, distingue entre una competencia gramatical (léxico, morfología, sintaxis, fonología/grafémica). La segunda, la competencia textual, incluye el dominio de la cohesión, de la organización retórica, de las funciones de manipulación, de las funciones heurísticas y de las funciones imaginativas, esto es, lo que podría denominarse *intencionalidad*). De otro modo, la capacidad parafrástica léxica sería parte o manifestación de la competencia organizativa, mientras que la capacidad parafrástica discursiva lo sería de la competencia textual. A pesar de que Bachmann lo engloba todo bajo el rótulo "competencia lingüística", en realidad, parece más adecuada la consideración de "competencia comunicativa" que acuñó Hymes (1972) y que desarrollaron, desde la perspectiva de la lingüística aplicada a la enseñanza y aprendizaje de lenguas extranjeras Canale y Swain (1980[1993]), entre otros. (p. 26)

Finalmente, conociendo ya la visión de *competencia lingüística* que tiene García-Medall (2006: 26), debemos considerar esencial “la evaluación de la capacidad parafrástica, en especial la léxica y la discursiva en Lingüística Clínica para todo estudio sobre el habla interior de los pacientes con déficits lingüísticos y, en particular, en enfermos de Alzheimer” pues “puede manifestar de qué modo la enfermedad afecta cronológicamente a la competencia comunicativa del paciente desde la perspectiva de la creación discursiva en el marco conversacional.” (García-Medall, 2006: 27).

Otra de las obras que merece especial atención es *Language and Dementia: Sociolinguistic Aspects* de H.E. Hamilton (2008). Tal y como se puede intuir por la traducción de su título, nuestra autora centra sus estudios en aspectos sociolingüísticos del lenguaje y la demencia. Es decir, Hamilton focaliza sus investigaciones en tratar el lenguaje y la demencia desde la perspectiva social o cultural, haciendo hincapié en el *discurso público*<sup>11</sup> en relación con la

---

<sup>11</sup> Entendiendo como tal a toda expresión oral o escrita realizada en cualquier contexto social o cultural por individuos sanos en relación con las creencias y comportamientos sobre aquellos otros individuos con demencia y EA.

demencia y la EA, además de revisar aspectos del lenguaje que se centran en los contextos de interacción, así como en la comunicación verbal y no verbal en los individuos con demencia y EA.

Para hablar de contextos de interacción debemos entender qué significa, según Hamilton (2008), vivir con demencia y EA. Esto implica saber que: 1) dicha persona tiene una enfermedad mental, y 2) tanto la persona con demencia como sus familiares se ven envueltos por una serie de factores psicológicos. Luego, la relación entre ambos interlocutores (individuo sano-individuo enfermo) o parejas conversacionales será un factor de gran influencia en el lenguaje usado por aquellos individuos que tienen demencia o EA.

De hecho, en la primera etapa de la enfermedad, lo primero de lo que se dan cuenta rápidamente es de la falta de memoria. Y a partir de la segunda, comienzan a luchar contra los sentimientos que sienten como son la frustración, la impotencia, la rabia y la pena entre otros. Por tanto, para mejorar su interacción, existen actividades que ayudan a conservar mejor ciertas capacidades. Por ejemplo, jugar a juegos, hacer un voluntariado, y participar en grupos religiosos, asociaciones de empresarios o grupos políticos tienen mayor impacto sobre la conservación de las funciones cognitivas que las típicas interacciones con los familiares y amigos según Hamilton (2008):

For individuals in the moderate stages of dementia, the language and memory challenges associated with reminiscence, proverb games, and support groups may be too great, leading to frustration and shame. Basting (2006) described the TimeSlips Project, a program she developed in response to this dilemma. This project, which shifts focus from memories of the past to creativity in the here and now, can “open up channels of communication with people with ADRD [Alzheimer’s disease and related disorders] and offer both client and caregiver the potential for growth”. (p.96)

Durante la tercera etapa es importante continuar con la rutina normal de actividades, esto ayudará a mantener la normalidad en su vida diaria. Por esta razón, en esta última fase es importante prestar atención al contexto físico, es decir al entorno que rodea a los enfermos de demencia y EA, bien a aquellos que habiten en su domicilio particular o en el de un familiar como a aquellos otros que residen en una unidad de cuidados especiales, ya que influye directamente en el comportamiento de los mismos según podemos encontrar en Hamilton (2008):

In an intriguing study of seven Alzheimer’s special care units, Zeisel et al. (2003) found associations between behavioral health measures and particular environmental design features of those units. For example, as reported by nurse observers, individuals with Alzheimer’s disease displayed less anxiety

and aggression in special care units that appeared more residential and less institutional and allowed for more privacy and personalization of rooms. (p. 97)

En relación con esto, podemos decir que todo objeto personal es un tesoro del que no nos podemos deshacer pues sirve de gran ayuda a los enfermos ya que conseguimos con estos (re)construir su propia identidad. Es una forma de hacer recordar al enfermo todo lo posible sobre sí mismo, sobre todo a aquellos que se encuentran en etapa inicial o moderada, en fase severa es imposible debido al grave estado de deterioro cognitivo que poseen. No obstante, incidimos en la importancia de este aspecto, coincidiendo con Hamilton (2008) y con la gran mayoría de autores que estudian la demencia y la EA:

The importance of greeting cards, photographs, and other such personal holders of memory cannot be overestimated in their role as conversational triggers (see also McLean, 2006, p. 163). Such objects can also assist in constructions of self-identity, as observed by Oppenheimer (2006, p. 202): “When a person can no longer describe to the visiting psychiatrist who they are or have been, their home—its atmosphere and the objects in it—can help to do so.” (p. 98)

En cuanto a la comunicación –verbal y no verbal–, existen cuatro metáforas referidas a cuatro diferentes vertientes de análisis de comunicación en relación con la demencia y la EA, según Hamilton (2008: 98, 2005). Y son las siguientes: *el prisma* (the *prism*), el *soliloquio* (the *soliloquy*), el *sofá* (the *couch*), y el *baile* (the *dance*). Para comprender el significado de las mismas, merece la pena explicarlas detenidamente de forma breve:

- 1) El *prisma*: simboliza la imagen distorsionada de los distintos fenómenos lingüísticos y comunicativos que caracterizan el progreso de deterioro típico de la demencia.
- 2) El *soliloquio*: representa el trabajo que centra su atención en analizar e investigar acerca de *cómo las personas con demencia integran su propio sistema lingüístico junto con el fenómeno comunicativo* identificado por la perspectiva del prisma como todo un discurso completo.
- 3) El *sofá*: refiriéndose al típico y estereotipado sofá que se puede encontrar en la consulta de un profesional de la salud mental. Este representa el trabajo personal de cada enfermo por entender el significado o sentido de lo que le está pasando y de todo lo que ocurre a su alrededor, así como el trabajo que hacen por recordar su identidad a base de reconstruirla.

4) El *baile*: representa el trabajo procedente de la interacción entre los hablantes y las formas en las cuales los interlocutores influyen entre ellos mismos –tanto en lo social como lingüísticamente hablando.

Ahora bien, en relación con las metáforas, si nos centramos únicamente en la comunicación verbal, resaltaremos que:

- Dependiendo de la afabilidad de la reciprocidad, las conversaciones tendrán mayor o menor éxito comunicativo. Esto casa claramente con la metáfora del *baile*.
- La construcción de *mundos narrativos* tanto a nivel textual como conversacional, que hacen referencia a la metáfora del *soliloquio*.
- La cohesión conversacional (la riqueza léxica, el uso de distintas categorías de palabras, así como el uso de deícticos (discurso “vacío”) se refieren a la metáfora del *prisma*.

Como hemos visto, se hace referencia a tres de las cuatro metáforas únicamente. La que nos queda es precisamente aquella que tiene que ver con el trabajo que realiza el propio enfermo, la metáfora del *sofá* (the *couch*). Esta metáfora se atribuye a la comunicación o lenguaje no verbal (gestos, entonación y risa) pues para todos (enfermos o no) depende, sobre todo, de las experiencias que vivimos. De hecho, los enfermos con demencia y EA, así como los que presentan cualquier déficit lingüístico usan la comunicación no verbal para compensar el declive de sus habilidades verbales. Por ejemplo, en casos problemáticos cuando más comprometidos se encuentran lingüísticamente hablando, bien porque no consigan producir o comprender el discurso, o porque se encuentren en un momento tenso o de soledad (sin la presencia de su interlocutor-clave), hacen uso de elementos no verbales como la risa. Esto demuestra su incapacidad para completar sus tareas lingüísticas.

Por tanto, coincidimos con Hamilton (2008) en que la comunicación no verbal es más importante que la verbal en los enfermos con demencia y EA. También, llegados a este punto, destacamos acciones concretas que pueden parecer insignificantes a simple vista como es el hecho de que el enfermo cambie su apariencia física. Esto resulta ser un recurso no verbal del que suelen hacer uso para cubrir una necesidad verbal, lo que, a su vez, demuestra que tratan de cambiar su identidad justo cuando tienen esas carencias.

Desde el punto de vista genético podemos decir, siguiendo a Benítez-Burraco (2009), que la hipótesis genética en la investigación de las causas de la EA se desecha al no existir apenas evidencias que la demuestren. Menos del 1% de los afectados por alzhéimer han desarrollado la enfermedad de forma hereditaria por la mutación del gen *APP*. Según Blennow et al. (2006), estas mutaciones, en particular, alteran el sustrato para la generación del  $\beta$ -amiloide o modifican alguna de las enzimas responsables de su generación (en concreto, las mutaciones en los genes *PSENI* o *PSEN2*) dando lugar a una variación ascendente anormal a la que produce este compuesto, que es el causante de la EA (Benítez-Burraco, 2009: 209). En definitiva, nuestro autor coincide con las aportaciones de Green *et al.* (2002) y Farrer *et al.* (1997) quienes sostienen que, a pesar de no existir una relación genético-familiar a la hora de padecer demencia, el riesgo aumenta para quienes tengan un familiar de primer grado afectado o si un individuo hereda el alelo  $\epsilon 4$  del gen APOE (Pérez Mantero, 2017: 33).

Por último, y en lo que concierne a este marco teórico, dentro del ámbito lingüístico destacaremos dos de los estudios más interesantes y útiles, a nuestro parecer, realizados por Pérez Mantero (2012a y 2017) sobre la EA. El primero es una breve introducción al estado de la cuestión del déficit lingüístico en la DTA que ha servido como base estructural y contextual del presente trabajo. Este artículo se podría considerar el precedente de la segunda obra de Pérez Mantero a la que nos referimos, su tesis doctoral, defendida en 2017, donde se explica con detenimiento todo lo que el autor expuso resumidamente en su artículo anterior y en la que nos centraremos a continuación.

Dado a que su autor sigue los postulados de la escuela de Valencia (Gallardo Paúls, 2004), destaca el enfoque pragmático. Lo novedoso de Pérez Mantero es que hasta el momento nadie se había atrevido realizar una investigación de tal envergadura acerca de las consecuencias lingüísticas de una enfermedad de la que aún poco se sabe. De hecho, el primer obstáculo que nos hemos encontrado a la hora de recopilar información acerca de la EA desde nuestra disciplina, la Lingüística Clínica, ha sido precisamente la carencia de estudios dedicados a ella.

En su introducción, Pérez Mantero (2017) comienza haciendo una reivindicación a modo de recordatorio acerca de la labor del lingüista clínico, la cual siempre merece la pena citar:



[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. (p. 14)

A esto creemos que es importante no solo recalcar la unión lingüista-logopeda, sino el trabajo conjunto del lingüista con profesionales clínicos dependiendo del campo que se vaya a tratar o investigar y los objetivos. En el caso del autor que comentamos (2017), los objetivos de su tesis son los siguientes:

- 1) Confeccionar un corpus de conversaciones más realista y natural
- 2) Determinar los déficits comunicativos a través de las distintas etapas de la EA
- 3) Describir las habilidades lingüísticas preservadas
- 4) Relacionar los déficits comunicativos con el déficit cognitivo
- 5) Posibilidad de establecer distintos niveles de la EA según los déficits comunicativos específicos
- 6) Analizar la repercusión de la actitud comunicativa de los interlocutores clave en el lenguaje de los hablantes con EA y comprobar el uso de estructuras conversacionales
- 7) Contrastar, corroborar y demostrar los resultados obtenidos
- 8) Establecer un paralelismo entre los síntomas de la afasia (fluyente y no fluyente)

En cuanto al estudio práctico, bien es sabido que debemos tener cuidado con las generalizaciones a través de un solo caso pues son poco fiables, dado que la enfermedad varía de un individuo a otro. “No se puede asumir que la actuación de un hablante lesionado o afectado por demencia es representativa de todos los hablantes en esa situación.” (Pérez Mantero, 2017: 23) Por esa razón, precisamente, el autor realiza una selección de un total de 21 informantes para su análisis.

Para la pragmática clínica es erróneo usar “cuestionarios o test”, ya que a través de ellos “no se mide la capacidad comunicativa real, sino la habilidad para cumplimentar una tarea de mejor o peor forma” (Pérez Mantero, 2017: 26). En contraposición a esta metodología de estudio, el lingüista propone un estudio a través de la conversación cotidiana que surge de la necesidad de crear corpus lingüísticos que recojan el habla deficitaria o alterada (*ibid.*), basándose en los presupuestos del *Corpus PerLA*. Sin embargo, y esto diferencia su trabajo de otros enfoques más clínicos de los que también se vale la Lingüística, no compara el grupo de

personas afectadas por la enfermedad con un grupo de control de idénticas características, sino que ofrece una comparación entre iguales con el fin de establecer en qué nivel se encuentra un hablante con respecto a un modelo o patrón.

Como conclusión a este gran apartado, debemos decir que toda la bibliografía recolectada y redactada en este trabajo se circunscribe a los ámbitos de interés de mayor relevancia según nuestras investigaciones. Por supuesto, existen otros estudios en diversos ámbitos de idéntica o mayor calidad a los citados, pero se basan en datos menos lingüísticos y, además, nos hemos inclinado, ya a criterio propio, en trabajos del ámbito español con el fin de darle una mayor difusión si cabe.

## 2.2. Definición y sintomatología

Primeramente, no podemos hablar de la EA sin mencionar la relación que guarda esta con la demencia. Según Pérez Mantero, “[l]a 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” (2017: 30).

Debemos tener cuidado con el término *demencia* pues por normal general se usa como sinónimo de *alzhéimer*. Sin embargo, existen otros tipos de demencia, cada una con sus rasgos identificativos, que se dan por diversas causas. Las demencias más comunes, según Pérez Mantero (2017: 30), son las siguientes: la *enfermedad de Alzheimer*, la *demencia con cuerpos de Lewy*, la *demencia frontotemporal* o *enfermedad de Pick*, la *demencia vascular*, la *demencia mixta*, la *demencia en la enfermedad de Parkinson*, y la *demencia en la enfermedad de Huntington*. De entre todas, la EA es la principal causa de demencia, englobando a un 50-75% de la población según datos recogidos post mortem publicados por la Fundación Pasqual Maragall (obtenidos del *World Alzheimer Report 2014*) tal y como podemos ver en la siguiente tabla:

Tabla 1. Proporción de casos de demencia en la población mundial.

Subtipos de demencia	Porcentaje
Enfermedad de Alzheimer*	50-75 %
Enfermedad vascular*	20-30 %
Demencia con cuerpos de Lewy	< 5 %
Demencia frontotemporal	5-10 %

\* Estudios post mortem indican que muchas personas con demencia combinan enfermedad vascular con la enfermedad de Alzheimer, y que esta combinación de patologías no se diagnostica frecuentemente.

Fuente: World Alzheimer's Report 2014.

Fuente: *World Alzheimer Report 2014* en ADI (2014: 7)

Según los datos *del World Alzheimer Report 2015* (ADI, 2015: iv) alrededor de 47 millones de personas viven con demencia. Se prevé que el número de afectados por la demencia se duplicará cada 20 años hasta alcanzar entorno al 70% de la población en 2050 (véase Anexo IV).

En resumen, teniendo en cuenta todo lo anterior podemos decir que demencia y alzhéimer guardan una relación intrínseca pero no son sinónimos. Según Alberca y López Pousa (1998), el alzhéimer se define como un tipo de demencia:

[U]n tipo de demencia (DTA) que presentaba “un llamativo cuadro clínico, constituido por progresivo deterioro cognitivo, disminución de la memoria, síntomas focales (afasia), alucinaciones auditivas, trastorno delirante (celotipia), paranoia, trastornos de conducta, llanto frecuente e incompetencia psicosocial” (1998: 26). Desde un primer momento, se describen anatómicamente placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales. Este tipo de demencia afecta directamente al lenguaje produciéndose déficits lingüísticos que van avanzando conforme a la enfermedad. (p.31)

Luego es necesario aclarar que en este trabajo se habla de enfermedad de Alzheimer (EA) o demencia de tipo alzhéimer (DTA) para referirnos a lo mismo, pero no usaremos el término “demencia” como sinónimo de los anteriores.

En lo que respecta a la DTA, a grandes rasgos se pueden identificar los siguientes síntomas:

- ✓ Pérdida de memoria
- ✓ Dificultad para hacer tareas simples
- ✓ Pérdida de la capacidad de juzgar
- ✓ Pérdida de objetos
- ✓ Pérdida de la iniciativa
- ✓ Problemas de lenguaje
- ✓ Desorientación espacio-temporal
- ✓ Dificultad para tener pensamientos elaborados
- ✓ Cambios en el estado anímico y de conducta

### 2.3. Etapas del deterioro cognitivo

Es importante destacar que cada etapa de la EA tiene una duración determinada aproximada, lo que hace que la enfermedad suele durar entre 7 a 15 años desde su diagnóstico. Es a partir de este momento que la enfermedad adquiere mayor afectación y dependencia en las personas. Durante las etapas de la EA se produce una temprana desintegración progresiva no solo de la memoria, sino también del resto de dominios cognitivos de la persona afectada dado al carácter neurodegenerativo que la enfermedad posee (véase Figura 2). Estos dominios son ocho: 1) memoria, 2) lenguaje, 3) percepción, 4) atención, 5) habilidades constructivas, 6) habilidades de orientación, 7) resolución de problemas, y 8) capacidades funcionales. De todos ellos, los más afectados por la demencia son la **memoria**, la **atención** y la **función ejecutiva**. Es por ello que dedicaremos el grueso de este apartado a la descripción comparativa de las etapas del deterioro cognitivo según los distintos criterios empleados a lo largo de los años por los diversos estudiosos.

Figura 2. Proceso de desintegración del cerebro.  
Comparativa cerebro sano-cerebro con EA-cerebro con EA avanzada.



Fuente: web de la Fundación Pasqual Maragall

Hasta el año 2011, solo existía una única clasificación de las etapas del deterioro cognitivo. Esta se establece según los criterios propuestos en 1984 en los Estados Unidos por el *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* y la *Alzheimer's Disease*

*and Related Disorders Association* (Mckham et al., 1984) e identifica la EA solo cuando existen alteraciones cognitivas de la siguiente forma:

- 1) Etapa inicial: corresponde con la primera fase de la enfermedad y su duración suele ser de 2 a 4 años. En ella no se producen alteraciones físicas, el enfermo puede llevar una vida relativamente normal a pesar de los problemas de orientación, la dificultad para salir solos, así como la disminución de la actividad física y las relaciones sociales.
- 2) Etapa intermedia: corresponde con la segunda fase de la enfermedad y suele durar entre 3 y 5 años aproximadamente. En esta fase se da un empobrecimiento del lenguaje, por lo que encontramos que los pacientes tienen un lenguaje menos fluido; también aparecen los primeros indicios del deterioro de la capacidad de juicio y pensamiento abstracto; ya también necesitan de ayuda para realizar tareas diarias y aparecen alteraciones físicas como la atrofia y debilidad muscular, rigidez articular con disminución de la movilidad, alteración del equilibrio y coordinación, alteración de la marcha, alteración del control postural, dolor al inicio del movimiento y fatiga al esfuerzo.
- 3) Etapa avanzada: corresponde con la tercera y última fase de la enfermedad y su duración es variable. En ella se agudizan los signos neurológicos llegando a causar agnosia y prosopagnosia en el enfermo. Este también comienza a tener inestabilidad en el control motor, así como agitación motora, la alteración del equilibrio empeora hasta llegar a ser tan grave que produce una pérdida del control del tronco. Durante esta etapa el enfermo puede incluso a desarrollar parkinsonismo, delirios paranoides y alucinaciones visuales. Con todo esto el enfermo pierde la independencia e inevitablemente necesita de alguien que cuide de él.

No es hasta 2011 cuando se revisa esta clasificación de las etapas y se incluyen nuevas recomendaciones para los criterios de diagnóstico y evaluación de la EA basados en el desarrollo de la enfermedad. De esto subyace una nueva clasificación que introduce nuevas etapas de la EA (Jack et al., 2011):

- 1) Etapa preclínica: esta se establece una vez que aparecen los síntomas previos al desarrollo de la DTA, justo cuando emergen la pérdida leve de memoria que nos revelan un posible diagnóstico de DTA. Principalmente es una etapa que sirve como medio de investigación.

- 2) Deterioro cognitivo leve: esta etapa es la que más controversia guarda en sí debido a que, a menudo, se hace difícil diferenciar entre el envejecimiento que cualquier persona padece por la edad y la primera etapa de la demencia. Esto se debe a que en ambos procesos se produce un deterioro cognitivo leve. Sin embargo, esto no quiere decir que una cosa lleve a la otra, i.e. el deterioro cognitivo leve no tiene por qué desembocar siempre en una demencia, aunque para que esta se desarrolle, siempre tiene que haber ocurrido un deterioro cognitivo previo.
- 3) Demencia: en esta última fase se suelen distinguir las tres grandes etapas anteriores a esta modificación (etapa inicial, etapa intermedia y etapa avanzada) en relación con el nivel de las alteraciones cognitivas. Llegados a este punto, merece la pena destacar que algunos autores distinguen además una última etapa a la que llaman *fase terminal*. Esta se caracteriza por la pérdida total de sus facultades, lo que provoca incontinencia urinaria, mutismo, dificultades para digerir, entre otras, lo que se traduce como una completa dependencia del enfermo.

Desde un principio, la clasificación por etapas se basa en las pruebas de diagnóstico de la enfermedad. Dos de las principales pruebas usadas con mayor frecuencia en el diagnóstico de la EA, demencias y la evaluación del deterioro cognitivo son la *Global Deterioration Scale* (GDS, véase Anexo V) o *Escala del Deterioro Global* (Reisberg et al., 1982) y el *Mini Mental State Examination* (MMSE, véase Anexo VI) (Folstein et al., 1975). El problema que estas clasificaciones presentan es que, en su mayoría, no hacen uso de criterios relacionados con el ámbito lingüístico o comunicativo, por lo que no sirven demasiado como elementos característicos que determinen la etapa de la enfermedad en la que se encuentra un hablante enfermo de EA. De hecho, nos vamos a encontrar en la mayoría de los casos con que la evolución del deterioro comunicativo toma una senda distinta a la del deterioro cognitivo de sus propias funciones y facultades, por lo que no será raro encontrar enfermos de alzhéimer en distintas etapas que concuerden similarmente en cuanto a perfil lingüístico. Por todo esto, coincidimos con Pérez Mantero (2017: 39) en que se hace necesario “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”.

A continuación, en el siguiente apartado nos centraremos única y exclusivamente en detallar las características lingüísticas más comunes encontradas en la EA según el deterioro cognitivo que presenta el enfermo.

#### 2.4. Lenguaje y Alzheimer

Para poder explicar las características lingüísticas que presenta el lenguaje deficitario de una persona con DTA, nos basamos en tres autores: Pérez Mantero (2012a y 2017), Valles (2013) y Cuetos et al. (2007). De manera que, coincidimos con Pérez Mantero (2017: 31) en que “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”. Así pues, las alteraciones lingüísticas según este autor (2012a: 225) “se sitúan en el componente semántico y en el componente pragmático del lenguaje, al tiempo que los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico se encuentran relativamente preservados hasta la última fase de la enfermedad”. Esto mismo lo reafirma y constata Valles (2013: 98):

Las limitaciones lingüísticas más resaltantes se observan en el nivel léxico-semántico<sup>[12]</sup>, lo que hace su comunicación difícil, especialmente a partir de la etapa media y avanzada de este síndrome<sup>[13]</sup>. El trastorno se evidencia en un hecho objetivo: la reducción de la coherencia y las limitaciones en el uso de los recursos cohesivos. Situación que debe ser compensada por su interlocutor a través de diferentes estrategias, para poder construir de manera adecuada y cooperativa la coherencia del discurso durante la conversación.

Centrando nuestra atención en el estudio por niveles lingüístico, que es lo que aplicaremos a continuación en nuestro caso práctico, debemos destacar lo siguiente:

Según Pérez Mantero (2012a), no es común encontrar alteraciones fonético-fonológicas hasta etapas muy avanzadas de la enfermedad, dado el gran deterioro que sufre en todos los aspectos. Se han encontrado alteraciones de este tipo, sobre todo, en tareas de repetición de frases o pseudopalabras. Por lo general, los pacientes no suelen tener alteraciones parafásicas

---

<sup>[12]</sup> No existe un nivel léxico-semántico como tal en términos lingüísticos, se trata de dos niveles que se relacionan: el nivel léxico y el nivel semántico. Luego, es una equivocación hablar de ambos como un único nivel. Sin embargo, no es raro encontrar trabajos en los que sus autores hacen alusión a ambos niveles como uno único a pesar del error.

<sup>[13]</sup> Según Valles (2013: 97), “[l]a Demencia es un síndrome complejo de alteraciones intelectuales degenerativas que compromete el buen funcionamiento en múltiples áreas del desarrollo humano: psicosocial, cognitiva, lingüística, emocional, perceptiva y motora (Gaona, 2012)”.

de tipo fonológicas o también llamadas fonémicas como son las omisiones, sustituciones o intercambios de fonemas en una palabra.

La gramática, en cambio, se encuentra preservada en principio, es a partir de las etapas más avanzadas cuando observamos una sintaxis tan simple que acaba en mutismo. El nivel léxico y semántico quizás sea el más interesante a la hora de realizar nuestros análisis, ya que los primeros síntomas de la EA derivan de él. En Pérez Mantero (*íbid.*), encontramos como la anomia (déficit de denominación) y la disminución del vocabulario son las primeras afectaciones lingüísticas que un enfermo de alzhéimer desarrolla en sus inicios. En relación a estas carencias, los pacientes comienzan a usar mecanismos para tratar de defenderse lo mejor posible. Es por eso que se apoyan en el uso de neologismos (invención de nuevas palabras), palabras *ómnibus* (también conocidas como palabras “comodín”), sustituciones de palabras similares, aunque no del todo sinónimas (parafasias semánticas) y circunloquios (o rodeos de palabra).

La incoherencia, la falta de cohesión discursiva, el incumplimiento de los turnos de habla, la incomprensión de textos complejos (sobre todo narrativos), las dificultades para descifrar y utilizar actos de habla indirectos, la falta de comprensión de las implicaturas conversacionales, la dificultad para seguir un tema-remata, así como la violación de las máximas de cantidad y calidad en sus discursos son las principales alteraciones pragmáticas y textuales que presentan los enfermos de alzhéimer según Pérez Mantero (*íbid.*). La gran mayoría de estas alteraciones que sostiene este autor se demuestra precisamente en el caso de nuestra informante, además de presentar desubicación temporal a pesar de que tanto su hija como la entrevistadora traten de ponerla en contexto.

Luego, a modo de resumen, las características del lenguaje con mayor déficit en la EA son: los errores léxicos (uso de neologismos y repeticiones o persistencias), fallos al relacionar o inconexión (relacionados con las tareas de denominación propias del nivel léxico y semántico que ocurren en fase temprana), los errores textuales y pragmáticos (circunloquios en su mayoría), errores de comprensión o producción (de tipo NS/NC –no sabe/no contesta, ocurren en fases tardías), además de otros errores de tipo visual así como errores segmentales fonológicos o parafasias (*e.g.* “javata” en lugar de “jirafa”). En cuanto a las respuestas correctas, debemos comentar que son poco frecuentes por regla general.



Tal y como hemos hecho alusión previamente, las características del lenguaje se evalúan mediante pruebas. Ya sabemos que la mayoría de estos tests no están adaptados para un análisis lingüístico pues no se incluyen pruebas dedicadas a comprobar el déficit del lenguaje. Por esta razón, a continuación, mostramos en la siguiente tabla un ejemplo de las tareas lingüísticas incluidas en el nuevo test desarrollado por Cuetos et al. (2007: 473) para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer, el cual merece la pena mencionar pues en comparación con el resto de tests, en él se tiene más en cuenta la evaluación del lenguaje:

Tabla 2. Tareas lingüísticas incluidas en el nuevo test de detección precoz de la EA.

**Tabla III.** Puntuaciones medias de los tres grupos de participantes en cada una de las 10 tareas que componen la prueba y en el total.

	EA	DCL	Control
Fluidez verbal semantica	6,47	7,77	9,04
Fluidez verbal fonológica	5,94	7,54	8,56
Denominación de objetos	6,29	7,58	8,32
Denominación por definición	5,94	7,62	8,44
Denominación de nombres propios	5,59	7,38	8,60
Fluidez verbal de nombres propios	5,21	6,73	8,28
Recuerdo inmediato de una lista de palabras	6,09	7,81	8,56
Recuerdo demorado de la información personal	5,03	6,96	7,56
Total de la prueba	59,32	75,31	84,56

DCL: deterioro cognitivo leve; EA: enfermedad de Alzheimer.

Fuente: Cuetos et al. (2007)

### 3. ESTUDIO DE UN CASO PRÁCTICO

Llegados a este punto del trabajo, una vez obtenida la información necesaria acerca de la EA, se hace imprescindible un estudio enmarcado en la práctica lingüística en el que se plasme la teoría recopilada anteriormente. Para ello hemos analizado la transcripción de un mensaje de habla (Paredes Duarte y Martín-Sánchez, 2018, pp. 34-47) de una paciente de lengua española, andaluza, diagnosticada de EA desde hace 14 años y que responde a las siglas A.R.G. (c.f. Anexo II). También nos hemos apoyado en material audiovisual al que hemos tenido acceso, como ya adelantamos en el apartado dedicado a la metodología, por estar bajo la custodia legal de la tutora de este trabajo.

Luego, según la clasificación de las etapas del deterioro cognitivo que ya mencionamos anteriormente, hemos observado que esta señora se encuentra en la última etapa de demencia (en su caso de tipo alzhéimer) o también conocida como etapa avanzada. A.R.G. tiene 71 años de edad en el año que se hace la grabación (2008), posee estudios primarios y se encuentra jubilada. La entrevista tuvo lugar, según los preceptos de Gallardo Paúls en el *Corpus PerLA* de Valencia, en un entorno habitual para la paciente, su casa, y participaron: un informante (I); la paciente, su hija (H); un acompañante (A), el marido de su hija; y la entrevistadora (E). La grabación tiene una duración de 15 minutos y 26 segundos y los temas tratados durante la misma fueron: la familia, el reconocimiento de personas y eventos a través del álbum de fotos, ocio y, además, se trató que la informante contara por sí misma.

### 3.1. Evaluación atendiendo los distintos niveles lingüísticos

A continuación, dedicaremos nuestro trabajo a la búsqueda de patrones propios del deterioro lingüístico en un caso de EA con el fin de corroborar y/o comparar nuestros hallazgos con los expuestos por los autores mencionados en el marco teórico. “Si bien, al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa, los problemas lingüísticos deben ser tratados en cada estadio de su desarrollo” (Paredes Duarte y Martín-Sánchez, 2018: 31) y dado que, con frecuencia, encontramos solapamiento entre las alteraciones dentro de los niveles lingüísticos, consideramos más adecuado realizar el estudio de las mismas siguiendo el modelo de clasificación de Pérez Mantero (2012a: 228-234):

- Alteraciones fonético-fonológicas
- Alteraciones gramaticales
- Alteraciones léxicas y semánticas
- Alteraciones textuales y pragmáticas

Para la citación de estas alteraciones dentro del texto, usaremos las siglas *CTL* (Corpus de trastornos del lenguaje) y el número de página y turno, recordando que la transcripción en la que nos basamos la adjuntamos en el Anexo III del presente trabajo.

### 3.1.1. Alteraciones fonético-fonológicas

Dado que nuestra informante se encuentra en el nivel más avanzado de la enfermedad, encontramos que este tipo de alteraciones son las más frecuentes en ella. Y, a su vez, las más interesantes en comparación con los hallazgos de Pérez Mantero (2017) pues, en nuestro caso, hemos encontrado errores segmentales fonológicos tanto por omisión, sustitución (parafasias) como adición en el habla de A.R.G. desde que comienza hasta que termina la grabación (véase ejemplos más abajo). También hemos encontrado fragmentos indescifrables en alguna ocasión (*CTL*, pp. 43 y 45, 0361 y 014), así como falta de nitidez en la calidad vocal debido a la ronquera. En cuanto a rasgos prosódicos, durante la grabación podemos observar falta de fluidez (*CTL*, p. 40, 0227) debido al grave deterioro cognitivo que dificulta su lenguaje; tampoco es difícil percibir que la diversidad tonal se encuentra preservada y constancia de ello son las marcas tonales ascendentes (↑) y descendentes (↓) que encontramos durante toda la transcripción. A continuación, veamos los casos de parafasia o errores segmentales que hemos encontrado:

a) Ejemplo de error segmental fonológico por omisión:

- 0015 E: ¿sale guapa? // sí→ / ¿verda(d)?↑  
0016 H: sí / la comunión / que me viht<sup>h</sup>ieron de monña→ / ¿verda(d)?↑  
0017 I: íí

En este caso tenemos varios ejemplos de error fonológico por omisión. El primero se da en el turno 0017 (*CTL*, p. 34), donde encontramos una omisión del fonema /s/ dado que la respuesta correcta sería “síí”.

El segundo de ellos lo encontramos en el turno 0183 (*CTL*, p. 38), donde podemos observar un fragmento casi indescrutable de no ser por el contexto y el hilo conversacional. Encontramos, pues, un error fonológico por omisión en “((traña no traño))”, de lo que deducimos que se refiere a “trabajar no trabajó” o “no trabajaba”:

- 0180 H: eech / ¿qué más? // yyy / ¿tu padre dónde trabajaba?  
0181 I: ¿eh?  
0182 H: ¿tu padre?  
0183 I: mi padre ((traña no traño))

Finalmente, otros ejemplos los encontramos en los turnos 0442 (*CTL*, p. 45), 0506 y 0508 (*CTL*, p. 47) al producirse la omisión de los fonemas /l/, /r/ y /c/ en las palabras “vale”, “otra” y “con” respectivamente. Véase a continuación:

- 0442 I: vae  
0506 I: ¿qué? // ootra ve(z) / ota vez (SE TOCA LA NARIZ)  
0508 I: ((po on lañ niña(s)))

b) Ejemplo de error segmental fonológico por sustitución (parafasia fonológica):

- 0117 E: ¿tenía- teníañ muchoñ amigo(s) en el coleñio? ¿muchañ amiga(s)?  
0118 I: sí / ((aadí) en el coleñio sí↓

En este caso tenemos varios ejemplos de parafasia fonológica o error segmental fonológico por sustitución. El primero de ellos es el que se corresponde con el turno 0118 (*CTL*, p. 37). En él se produce una sustitución del fonema /ll/ por el fonema /d/, pues en realidad se está refiriendo al adverbio demostrativo “allí”. Mientras que el segundo caso se produce en el turno 0164 (*CTL*, p. 38) y ocurre una sustitución del fonema /l/ por el fonema /r/:

- 0163 H: ¿alta?  
0164 I: arta

Y en tercer lugar, encontramos otros ejemplos de parafasia fonológica en el turno 0272 (*CTL*, p. 41) y 0429 (*CTL*, p. 45). En el primer caso A.R.G. vuelve a sustituir los fonemas /a/ y /h/ por el fonema /ll/, mientras que en el segundo sustituye el fonema /ch/ por el fonema /s/:

- 0271 E: ¿no? /// ¿y hoy ha sali(d)o?  
0272 I: ((lliora))  
0273 E: ¿ahora sale? ¿a la calle?  
0429 I: \*(cuando era sico)\*

Dentro de los errores segmentales fonológicos por sustitución o parafasias fonológicas no hemos añadido aquellas que tienen que ver con el ceceo o seseo dado que son rasgos fonológicos propios del andaluz y nuestra informante ocasionalmente los usa de forma indistinta. También hemos obviado los casos de aspiración de la fricativa velar sorda en posición inicial de sílaba –comúnmente conocido como jejeo o heheo.

c) Ejemplos de error segmental fonológico por adición:

0243 I: \*(cuarando)\*

0346 I: Ramaón

En ambos turnos podemos observar una adición de fonemas. En el primero (*CTL*, p. 40, 0243) se añade el fonema /r/ a mitad de palabra, mientras que en el segundo se añade el fonema /a/ al final de palabra.

En el siguiente fragmento podemos percatarnos en el turno 0431 (*CTL*, p. 45) cómo se añade el fonema /t/ a la palabra “dos” tal y como repite y refiere H en el siguiente turno.

0431 I: y ya eht<sup>h</sup>á //(2.0) ((dots))

0432 H: ¿dos tiene(s)?

Finalmente, creemos interesante destacar un posible caso mixto de error segmental en el turno 0514 (*CTL*, p. 47) y en el que se da tanto la adición como la sustitución de un fonema:

0513 H: ¿cómo era yo de chica / mamá?↑

0514 I: ¿ten?↑

0515 H: ¿cómo era yo?

Así pues, la contestación “¿ten?” podría equivaler a “¿eh?” dado el contexto. De manera que habría una adición del fonema /t/ y una sustitución del fonema /n/.

### 3.1.2. Alteraciones gramaticales

Hemos podido comprobar en nuestra informante lo reducida y simple que ha quedado su sintaxis tras el gran deterioro cognitivo sufrido por la enfermedad provocando un habla casi telegráfica dominada por monosílabos en la mayor parte. Nos ha sido imposible, por tanto, hallar alteraciones de la estructura gramatical del sintagma y de la frase, y en consecuencia la inconclusión de frases. A pesar de la dificultad que ha supuesto el análisis de estas alteraciones, hemos encontrado repetición y subrutinas sintácticas de tipo preguntas, derivadas en su mayoría por ecolalia, i.e. mediante repetición ecoica de una parte o de toda la emisión que hace otro interlocutor. Esta ocurre sin objetivo comunicativo y es involuntaria. A continuación, mostraremos algunos ejemplos que podemos encontrar en Paredes Duarte y Martín-Sánchez (2018: 34-45) (c.f. Anexo III):

- 0022 H: ¿qué eht<sup>h</sup>á(s) mirando eht<sup>h</sup>a↑?
- 0023 I: ((esta)) (TOCA LA FOTO Y EL ÁLBUM)
- 
- 0091 H: de Chiclana
- 0092 I: de Chiclana (SE TOCA LA CARA)
- 0105 H: yyy qué teníañ ¿maeħthra?
- 0106 I: maeħthra (ASIENTE)
- 
- 0124 H: a correee(r)→ [a la cuerda→]
- 0125 I: [a correee(r)] (SE RÍE)
- 
- 0163 H: ¿alta?
- 0164 I: arta
- 
- 0341 E: ¿cómo se llama el hombre?
- 0342 I: ¿eel hoombre?

- 0420 H: es su hiño también
- 0421 I: también
- 0426 H: no (RISAS) /// Antonio noo / Daviiii(d)
- 0427 I: Davi(d)↓

### 3.1.3. Alteraciones léxicas y semánticas

A continuación, mostraremos algunas de estas alteraciones ya mencionadas por Pérez Mantero (2017) anteriormente, como son el uso de neologismos, palabras *ómnibus*, parafasias semánticas y circunloquios. Lo que hemos podido comprobar ha sido en muy pequeña medida dada la etapa avanzada de la enfermedad en la que se encuentra nuestra informante pues reiteramos que su habla es casi telegráfica con tendencia al uso de monosílabos repetitivos (*e.g.* adverbios de afirmación y negación). Por otro lado, la anomia es tan evidente y grave como el deterioro cognitivo que sufre la informante en consonancia con la evolución de la enfermedad. Así pues, algunos ejemplos son:

a) Neologismos: hemos insistido ya en que el habla de nuestra informante es casi telegráfica pues brilla por el uso frecuente de monosílabos. La anomia generada por el deterioro cognitivo y, en consecuencia, lingüístico hace que el paciente se invente palabras y produzca fragmentos ininteligibles. Algunos ejemplos que hemos encontrado en A.R.G. son los siguientes (*CTL*, pp. 39, 43 y 45; 0191, 0350 y 0414 respectivamente):

- 0190 H: sí (SE RÍE) /// eh quhe eh difcil / a ve(r) / ¿dónde trabahaba el abuelo? ¿Rafael? / ¿dónde trabahaba?↑
- 0191 I: no aquí no ((endaba)) (TOSE) // [no]

En este primer ejemplo podemos deducir que el neologismo “((endaba))” se refiere a trabajaba, pues es lo que le ha preguntado H previamente.

- 0349 E: ¿yyy qué má(s)? / ¿la playa le guñtha a uste(d)?
- 0350 I: ¿yo?↑ / aay / yo no quiero i(r) ((dii da))
- 0351 E: ¿no?
- 0352 I: (NEGACIÓN CON SONIDO DENTAL)

- 0353 E: ¿no le guhtha?
- 0354 I: (SE RÍE Y MIRA A RAMÓN)
- 0355 H: no / no le guhtha la playa↓ /// le guhtha el sol pero la  
playa no↓

En el anterior ejemplo, aunque se trata de un fragmento indescifrable, aparentemente de dos palabras a las que consideramos neologismos, podemos imaginar dos posibles respuestas según el contexto:

- 1) Por la información que da H a continuación sobre I sabemos que no le gusta la playa, pero sí el sol, por lo que, “((dii daa))” podría significar “día”. En ese caso, podríamos hablar de una especie alterada de un error segmental fonológico por adición.
- 2) Otra hipótesis del significado del neologismo “((dii daa))” podría ser “a eso” como secuencia que sigue a su propia frase “yo no quiero ir...”.

En el tercer ejemplo ocurre lo mismo, aunque a simple vista y para nuestros oídos sea un fragmento ininteligible, por el contexto podemos imaginar también una posible respuesta.

- 0412 A: pregúntale por loh hermano(s)↓
- 0413 H: ya le hemo(s) pregunta(d)o↓ // ¿y ehthe quién e(s) mamá?
- 0414 I: ¿qué? / (COGE LA HOJA DEL ÁLBUM)/ ¿ehthe? / \*(nanime omn mn)\*
- 0415 H: su hiho↓ // ¿una niña?

Como se puede observar en el turno que le sigue a ese fragmento, H sugiere la palabra “niña” a pesar de ser realmente a una persona de sexo masculino la que aparece en el álbum de fotos. Es esa misma palabra la que nosotros proponemos para descifrar el neologismo “nanime” usado en parte de ese fragmento indescifrable.

Finalmente, en intervenciones posteriores (*CTL*, p. 47, 0488 y 0490), la informante emplea neologismos completamente incomprensibles tales como “ané” y “duago”, que ni por el contexto podemos obtener una aproximación a un posible referente y significado.



b) Palabras *ómnibus*: las más utilizadas por A.R.G. son los deícticos, es decir, aquellas palabras que señalan personas, lugares o expresiones de tiempo. Los más comunes en su discurso son: adverbios de tiempo (e.g. “ahora” u “hoy”), demostrativos (e.g. “este/a”, “eso/a”, “aquí” etc.) y pronombres indefinidos (e.g. “otros”, “muchos”, etc.) entre otros (CTL, p. 35 y 44; 0070, 0376 y 0392 respectivamente).

c) Parafasias semánticas: como ya hemos explicado anteriormente, estas consisten en el intercambio de una palabra por otra del mismo campo semántico o similar. No tienen por qué ser sinónimas. De estos errores hemos encontrados algunos casos como:

- Uso de “bien” en lugar de “buena” (CTL, p. 35, 0051 y 0053).
- Uso de “grande” en lugar de “mayor”, según intuimos por el contexto y por la información que nos aporta más adelante H (CTL, p. 38, 0170).
- Uso de “nada” en lugar de “ninguno” (CTL, p. 39, 0208).

d) Parafasias verbales: este tipo de error se corresponde con los reemplazos de una palabra por otra distinta. Algunos ejemplos encontrados en Paredes Duarte y Martín-Sánchez (2018: 35-37) son:

- Uso de “cana” en lugar de “foto” (CTL, p. 35, 0043).
- Uso de “ahorrao” (del verbo “ahorrar”) en lugar de “claro” (CTL, p. 36, 0080).
- Uso de “ver” en lugar de “correr” (CTL, p. 37, 0123).

e) Circunloquios: como ya hemos mencionado, estos son comúnmente conocidos como rodeos de palabras. Estos son necesarios debido a la anomia, ya no solo en los enfermos de demencia y DTA como en nuestro caso, sino que también lo usamos con frecuencia en nuestro día a día cuando no encontramos la palabra que queremos decir. Se hace con el fin de poder dar a entender aquello que no han podido expresar de forma más breve. En nuestra informante, tan solo hemos encontrado dos ejemplos de circunloquio (CTL, pp. 36, 40 y 47; 0079, 0245 y 0492 respectivamente):

0077 H: ¿de dónde eres?

0078 I: de aquí

Nuestra informante contesta “de aquí” a la pregunta “¿de dónde eres?” en lugar de decir “de Chiclana”, ya que la anomia y la falta de memoria debido al deterioro cognitivo no le permite acceder a dicha información. Al igual que a continuación, usa “siempre no” porque no sabe contestar qué días de la semana va al colegio, así como “no niño(s)” para referirse a “niña(s)” tal y como le indica H.

0242 E: ¿cuándo va al colehio?

0243 I: \*(cuarando)\*

0244 E: ¿cuándo?

0245 I: siempre no↓

0492 I: con loñ niño(s) y loñ no niño(s)

0493 H: con lañ niña(s) y loñ niño(s) ¿no? [todo el día]

#### 3.1.4. Alteraciones pragmáticas y textuales

La coherencia y la cohesión discursiva brillan por su ausencia en el discurso de nuestra informante, aunque apenas se aprecia debido a la simplicidad sintáctica, uso de monosílabos y habla telemática. A pesar de ello, hemos rescatado de la transcripción un ejemplo en el que además de incoherencia, encontramos falta de fluidez y también se violan las máximas de cantidad, calidad y pertinencia (*CTL*, p. 42, 0302):

0301 E: ¿y le dice algo cuando se le echa encima→ / cuando se echa encima?

0302 I: sí↑ / no↓

0303 E: ¿no le dice na(da)?

0304 I: No

Como podemos ver, la respuesta de I a la pregunta de E es contradictoria. Por esta razón incumple la máxima de calidad y pertinencia. A su vez, I incumple la máxima de cantidad ya que solo aporta una breve respuesta en lugar de una frase que es lo que espera E con su pregunta. La falta de fluidez es evidente en el discurso de I de principio a fin, pues no consigue apenas producir y cuando lo hace, presenta dificultades. También lo es la falta de comprensión, aunque en menor medida, pues la gran mayoría de las veces, I comprende lo

que le quieren decir, pero no consigue saber responder a lo que se le pide porque no puede expresarse correctamente mediante lenguaje verbal. De hecho, creemos que la contradicción o producción del par adyacente (sí/no) resulta ser un mecanismo de autoayuda para poder producir posteriormente su respuesta.

Otro fragmento de la transcripción útil para ejemplificar el análisis de este tipo de alteraciones se encuentra en Paredes Duarte y Martín-Sánchez (2018: 41) (véase Anexo III):

- 0277 E: ¿a uñt<sup>h</sup>e(d) le guñt<sup>h</sup>a pasea(r)?  
0278 I: nno  
0279 E: ¿no? // ¿qué prefiere eñt<sup>h</sup>a(r) aquí en casa?  
0280 I: mi madre↑ no↓

Ante la pregunta que le hace E a I en un principio, obtenemos una respuesta corta –de ahí que viole la máxima de cantidad– pero válida. Sin embargo, a continuación, E le hace otra pregunta a I en la que la falta de coherencia y relevancia se pueden apreciar claramente pues no responde afirmativo o negativo sino algo que, aunque guarda relación, no tiene nada que ver con la pregunta que se le ha formulado. Con esto, además, se demuestra la dificultad para seguir el tema del que se está hablando e incluso, nos aventuramos a decir, que I peca de glosomanía<sup>14</sup> en este caso pues vuelve a tocar el tema familiar, un tema que le gusta, y suponemos que hace una comparación de ella misma con su madre indirectamente al decir “mi madre↑ no↓” en lugar de “a mi madre tampoco”.

En los siguientes ejemplos nos vamos a centrar en mostrar la incoherencia, eso no quiere decir que no presente otras alteraciones, sino que los consideramos ejemplos claro de incoherencia total (Paredes Duarte y Martín-Sánchez, 2018: 38 y 46-47) (c.f. Anexo III):

- 0167 E: qué era ¿rubia o morena?  
0168 I: no  
0169 E: ¿morena?  
0170 I: no a mía eñ máh graande (BRAZO DERECHO↑)  
0171 H: no  
0172 I: ¿no?

---

<sup>14</sup> Déficit léxico-semántico que consiste en la existencia de temas preferidos y recurrentes.

- 0173 H: tenía caana(s)  
 0174 E: ah vale↓  
 0175 I: sí

Justo en el turno 0170 (*CTL*, p. 38), I responde a E “no a mía eh máh grande”. Esto no responde de forma adecuada a la pregunta de E, por eso no es coherente. Sin embargo, lo que intenta decir I es que su abuela era más mayor y al tener más edad, el color de su pelo no era ni rubio ni moreno, sino canoso tal y como puntualiza H en su próxima intervención.

En el fragmento inferior volvemos a tener un caso de incoherencia que parece darse por falta de comprensión de I, pues no consigue facilitar una respuesta correcta o adecuada de ningún modo. De hecho, se da cuenta de ello y usa la risa como mecanismo de distracción para ganar tiempo y así sentirse más aliviada.

- 0479 H: ¿y era buena yo o mala?  
 0480 I: no  
 0481 H: ¿buena?  
 0482 I: no  
 0483 H: ¿no era buena?  
 0484 I: (NIEGA Y SE RÍE)  
 0485 H: ¿mala?  
 0486 I: (NEGACIÓN)  
 0487 H: entonce(s) ¿qué era?  
 0488 I: ((ané))

Por otra parte, consideramos de relevancia ejemplificar la falta de fluidez verbal que subyace de la pérdida de memoria y sus capacidades. Para ello, hemos seleccionado el fragmento en el que H intenta que I cuente por sí solo, lo cual le resulta complicado. Este empezaría en el turno 0443 y termina en el turno 0467 (*CTL*, pp. 45-46). Debido a su extensión, vamos a reducir el ejemplo a una sola parte:

- 0461 H: a ve(r) / ¿uuno?→  
 0462 I: do(s)↓  
 0463 H: ¿tre(s)? / mu(y) bien / mu(y) bien / ¿cuatro?

- 0464 I: cuatro↓
- 0465 H: ¿qué má(s)?
- 0466 I: uno↑ y otro↓
- 0467 H: ahí ya se atañcha /// ohú qué de hente ¿no?

Para finalizar con lo que concierna a la falta de cohesión es importante añadir que, a pesar de todo, nuestra informante en ocasiones hace uso de conectores básicos o mecanismos de cohesión como “y”, “pero” y “pues”.

Finalmente, además de todo lo dicho en este análisis no podemos olvidar destacar los siguientes puntos:

- La poca iniciativa que presenta A.R.G. para comenzar el turno de palabra que se deriva tanto del deterioro lingüístico como del cognitivo y demás facultades.
- Las dificultades de comprensión como en el caso del verbo “hacer” (CTL, p. 41, 0256).
- El uso excesivo de muletillas, respuestas monosilábicas y frases hechas durante su discurso del tipo coloquial-familiar, siendo las más habituales: “nada”, “no me acuerdo”, “claro”, “sí”, “no”, “muy bien”, “digo”, “fijate” y “por Dios”.
- El lenguaje no verbal se encuentra casi preservado pues puede gesticular bien para indicar, contar o expresar sus sentimientos a través de expresiones faciales, aun así, la reducción del mismo es notable.
- La desubicación o desorientación tempo-espacial: usos de verbos en pasado cuando habla del presente.
- La agnosia y anomia: aunque no sufre de prosopagnosia, sí hemos observado en algunos momentos bien agnosia o bien anomia, es difícil de distinguir en este caso, cuando a I se le pregunta por información que recoja nombres propios, reconocimiento de fotos, nombres de ciudades...

Tabla 3. Cuadro sinóptico de las alteraciones lingüísticas halladas en nuestro estudio por niveles lingüísticos.

CARACTERÍSTICAS	ALTERACIONES LINGÜÍSTICAS			
	FONÉTICO-FONOLÓGICAS	GRAMATICALES	LÉXICAS Y SEMÁNTICAS	TEXTUALES Y PRAGMÁTICAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Errores segmentales fonológicos tanto por omisión, sustitución (parafasias) como adición en el habla</li> <li>• Fragmentos indescifrables ocasionales</li> <li>• Falta de nitidez en la calidad vocal debido a la <i>ronquera</i></li> <li>• Falta de fluidez verbal</li> <li>• Diversidad tonal preservada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintaxis simple y reducida</li> <li>• Habla telegráfica</li> <li>• Uso de monosílabos</li> <li>• Respuestas cortas</li> <li>• Alteraciones de la estructura gramatical del sintagma y de la frase, y en consecuencia la inconclusión de frases</li> <li>• Repetición involuntaria de subrutinas sintácticas (normalmente preguntas), derivadas en su mayoría por <i>ecolalia</i></li> <li>• Uso excesivo de muletillas y frases hechas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomia y agnosia</li> <li>• Uso de neologismos</li> <li>• Uso de palabras ómnibus (deícticos, adverbios de tiempo, demostrativos y pronombres indefinidos)</li> <li>• Uso de parafasias (semánticas y verbales)</li> <li>• Uso de circunloquios</li> <li>• Fragmentos ininteligibles</li> <li>• Falta de comprensión</li> <li>• Glosomanía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de coherencia y cohesión (uso ocasional de conectores básicos y otros mecanismos de cohesión)</li> <li>• Violación de las máximas conversacionales</li> <li>• Respuestas contradictorias o mediante pares adyacentes como mecanismos de autoayuda para compensar el déficit</li> <li>• Dificultad para seguir el tema-remata</li> <li>• Desorientación tempo-espacial</li> <li>• Lenguaje no verbal casi preservado</li> <li>• Falta de iniciativa para tomar el turno de palabra</li> <li>• La risa como mecanismo de distracción para ganar tiempo en la producción de su respuesta</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

#### 4. CONCLUSIONES

En definitiva, y aunque no podamos obtener pruebas concluyentes tras el análisis de un único caso práctico, este trabajo aporta sin duda algunos datos para la descripción del cuadro clínico-lingüístico que presenta un enfermo de alzhéimer. En nuestro caso particular, al tratarse de una paciente enferma desde hace 14 años, solo hemos podido describir las características lingüísticas más comunes que presenta en su estadio avanzado.

Sin embargo, y aunque hemos seguido en todo momento las indicaciones de Pérez Mantero (2017), hemos aportado nuevos ejemplos a sus investigaciones, sobre todo ubicados en la última etapa de la enfermedad. Ha sido interesante hallar, como era de esperar, numerosas alteraciones en los niveles fonético y fonológico, las llamadas *parafasias fonémicas o fonológicas*. En el nivel gramatical, nuestras averiguaciones se han reducido sobre todo a la simplicidad de la estructura gramatical, siendo predominantes la repetición y subrutinas sintácticas (preguntas), derivadas de repeticiones ecoicas (ecolalia) en gran parte.

En cuanto los niveles léxico y semántico, el análisis lingüístico de las alteraciones encontradas resulta muy atractivo. De él se obtienen datos como la fuerte anomia que tiene nuestra informante, su tendencia al uso de monosílabos que provoca un habla telegráfica debido al inmenso deterioro cognitivo que llega a las áreas específicas del lenguaje y el uso de neologismos, palabras *ómnibus*, sustituciones de palabras similares, aunque no del todo sinónimas (parafasias semánticas) así como errores segmentales (por omisión y adición, sobre todo), circunloquios con el fin de paliar la anomia y déficit de memoria. Por último, pero no menos importante, debemos destacar la gran utilidad que se obtiene del análisis de las alteraciones pragmáticas y textuales. En él resaltamos la falta de cohesión-coherencia del discurso de la paciente, el exceso de muletillas, las respuestas reducidas a una sílaba o una frase hecha muy conocida; así como la agnosia y, ligado a esta, la desubicación en tiempo y espacio.

Por todo ello, los resultados de esta investigación y la innovación con que se ha tratado el tema, acompañada de un gran rigor científico desde la perspectiva lingüística, sitúan este trabajo en las actuales tendencias que parten del lenguaje para explicar el deterioro o la pérdida de otras actividades cognitivas en los nuevos rumbos de la Lingüística Clínica.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 5.1. Fuentes de información bibliográfica primarias

- Alberca, R. y López Pousa, S. (1998). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ahlsén, Elisabeth (1995). *Pragmatics and Aphasia. An activity based approach*, Gothenburg Papers in Theoretical Linguistics, 77, Universidad de Goteburgo, Dept. de Lingüística, Suecia.
- Alonso, D., Chamarro, R. y Santonja, J.M. (2004). “Trastornos del lenguaje y demencia: experiencia de nuestra unidad de demencias”. En B. Gallardo y M. Veyrat (eds.): *Estudios de Lingüística Clínica: Lingüística y patología*, Valencia: AVaLCC; Universitat de València, 5-30.
- Benítez-Burraco, A. (2008). “*FOXP2* y la biología molecular del lenguaje: nuevas evidencias II. Aspectos moleculares e implicaciones para la ontogenia y la filogenia del lenguaje”. *Neurología*, 46 (6), 351-359.
- Benítez-Burraco, A. (2009). *Genes y lenguaje: aspectos ontogenéticos, filogenéticos y cognitivos*. Barcelona: Editorial Reverté.
- Blennow, K., De Leon, M. Zetterberg, H. (2006). “Alzheimer’s disease”. *Lancet*, 368, 387-403.
- Christensen, A. (1987). *Examen neuropsicológico de Luria*. Madrid: Visor.
- Cuetos, F., Rodríguez-Ferreiro, J. y Martínez, C. (2003a). “Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer”. *Revista Española de Neuropsicología*, 5 (1), 15-31.
- Cuetos, F., Martínez, T., Martínez, C., Izura, C. y Ellis, A.W. (2003b). “Lexical processing in Spanish patients with probable Alzheimer’s disease”. *Cognitive Brain Research*, 17 (3), 549-561.
- Cuetos, F., Dobarro, A. y Martínez, C. (2005a). “Deterioro de la información conceptual en la enfermedad de Alzheimer”. *Neurología*, 20, 58-64.
- Cuetos, F., Nosti-González, M. y Martínez, C. (2005b). “The picture-naming task in the analysis of cognitive deterioration in Alzheimer’s disease”. *Aphasiology*, 19 (6), 545-557.
- Cuetos-Vega, F., Menéndez-González, M. y Calatayud-Noguera, T. (2007). “Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer”. *Neurología*, 44 (8), 469-474.
- Diéguez-Vide, F. (2004). “Fenomenología en afasiología: claves –prácticas– para un diagnóstico –lingüístico– eficaz”. En B. Gallardo y M. Veyrat (eds), *Estudios de Lingüística Clínica: Lingüística y patología* (pp. 57-86), Valencia: AVaLCC; Universitat de València
- Díez-Vide, F. y Peña-Casanova, J. (2012). *Cerebro y Lenguaje: Sintomatología Neurolingüística*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.



- Dos Santos, L. and Torales, P.R. (2001). "Enfermedad de Alzheimer, Parte I". *Revista de Posgrado de la Cathedra Via Medicina*, 108, 6-11.
- Dos Santos, L. y Torales, P.R. (2002). "Enfermedad de Alzheimer, Parte II". *Revista de Posgrado de la Cathedra Via Medicina*, 113, 1-5.
- Espinosa, R., Martín-Sánchez, V. M. y Cabeza, E. (2016). *Estudio descriptivo de las alteraciones lingüísticas en la enfermedad de Huntington*. Póster presentado a la XXXIX Reunión Anual de la Sociedad Andaluza de Neurología, Cádiz, España.
- Farrer, L. et al. (1997). Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease: A meta-analysis, *JAMA*, 278, 1349-1356.
- Folstein, M., Folstein, S. y MCHugh, P. (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.
- Gallardo Paúls, B. y Veyrat Rigat, M. (eds.) (2004). *Estudios de Lingüística Clínica: Lingüística y patología*. Valencia: Universitat de València.
- Gallardo Paúls, B. (2005a). *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch.
- Gallardo Paúls, B. (2005b). "Categorías inferenciales en pragmática clínica". *Neurología*, 41 (Supl 1): S65-S71.
- Gallardo Paúls, B. y Sanmartín Sáez, J. (2005c). *Afasia fluente. Materiales para su estudio, vol. I del Corpus PerLA*. Valencia: Universitat de València.
- Gallardo Paúls, B., Hernández, C. y Moreno, V. (eds.) (2006). *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.
- Garayzábal-Heinze, E. (2009). "La Lingüística Clínica: teoría y práctica". *Investigaciones lingüísticas en el siglo XXI*, 131-168.
- García-Medall, J. (2006). "Sobre la evaluación de la competencia comunicativa en enfermos de Alzheimer". En B. Gallardo, C. Hernández y V. Moreno (eds.), *Lingüística Clínica y Neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol. 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje* (pp. 18-29). Valencia: Universitat de València.
- Green, R. et al. (2002). "Risk of dementia among white and African American relatives of patients with Alzheimer disease". *JAMA*, 287, 329-336.
- Hamilton, H. E. (1994). *Conversations with an Alzheimer's patient: An interactional sociolinguistic study*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Hamilton, H. (2008). "Language and dementia: Sociolinguistic aspects". *Annual Review of Applied Linguistics*, 28, 91-110.
- Hernández, C. y Gallardo Paúls, B. (2010). "Tres condiciones de empirismo para los hechos del lenguaje, de interés en un enfoque cognitivo". *Revista Española de Lingüística*, 40, 73-96.
- Hymes, D. H. (1972). "Toward ethnographies of communication: the analysis of communicative events". En Giglioli, P. (ed.): *Language and Social Context*. Harmondsworth: Penguin, 21-43.
- Jack, C.; Albert, M.; Knopman, D.; Mckhann, G.; Sperling, R.; Carrillo, M.; Thies, B. y Phelps, C. (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.
- Joanette, Y. y Ansaldo, A.I. (1999). "Clinical Note: Acquired Pragmatic Impairments in Aphasia". *Brain and Language*, 68 (3), 529-534.
- López del Val, J.L. y Linazaroso Cristóbal, G. (2004). *Los Trastornos del Movimiento*. Madrid: Línea de Comunicación.
- López del Val, J.L. y Linazaroso Cristóbal, G. (2012). *Parkinson y Discinesias. Abordaje diagnóstico y terapéutico*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Montañés, P., Matallana, D., García R. y Cano, C. (2001). "Deterioro selectivo del lenguaje debido a degeneración temporal focal: análisis comparativo entre un caso de afasia primaria progresiva y un caso de demencia semántica". *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 15 (1), 201-215.
- Moreno, F. J. (2006). "Una revisión de las principales tareas para evaluar el deterioro semántico en la enfermedad de Alzheimer". *Acción Psicológica*, 4 (1), 57-68.
- Moreno, Á. (2011). "El lenguaje en la enfermedad de Alzheimer: deterioro progresivo y proceso comunicativo". *Psicología Científica.com*, 13 (14). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-lenguaje-deterioro>
- Orange, J. B. y Purves, B. (1996). "Conversational Discourse and Cognitive Impairment: Implications for Alzheimer's Disease". *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 20 (2), 139-150.
- Paredes Duarte, M. J. (coord.) y Martín-Sánchez, V. M. (ed.), y otros (Cols.) (2018). Prólogo. En *Corpus de trastornos del lenguaje* (pp. 11-13). Cádiz, Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz.
- Paredes Duarte, M.J. y Espinosa Rosso, R. (2016). "Lenguaje y parkinson: aproximación clínica." En F. Diéguez (Ed.). *Temas de Lingüística Clínica*. Barcelona: Horsori, 29-52.
- Pérez Mantero, J.L. (2012a). "El déficit lingüístico en personas con demencia de tipo alzhéimer: breve estado de la cuestión". *Pragmalingüística*, 20, 220-238

- Pérez Mantero, J.L. (2012b). “Los modismos en el lenguaje patológico”. *Interlingüística XXII*, 227-241.
- Pérez Mantero, J.L. (2012c). “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, J.L. (2014a). “Interacción y predictibilidad: Los intercambios conversacionales con hablantes con demencia tipo alzhéimer”. *Revista de Investigación Lingüística*, 17, 97-118.
- Pérez Mantero, J.L. (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, J.L. (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, J.L. (2015b). “La transgresión de las máximas conversacionales en hablantes con demencia tipo alzhéimer”. *e-AESLA*, 1. Recuperado de [http://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/eaesla\\_01.htm](http://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/eaesla_01.htm) [consultado 10/3/17]
- Pérez Mantero, J.L. (2016). “Conversational moves and communicative willingness in persons with Alzheimer’s disease”, *16th International Clinical Linguistics and Phonetics Association Conference*, Dalhousie University.
- Pérez Mantero, J.L. (2017). *Descripción y análisis pragmático del lenguaje en la demencia de tipo Alzheimer* (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/59115/Tesis%20%28P%C3%A9rez%20Mantero%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Perkins, L.; Whitworth, A. y Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment*. London: Whurr Publishers.
- Perry, R. y Hodges, J. (1999). “Attention and executive deficits in Alzheimer’s disease: a critical review”. *Brain*, 122, 383-404.
- Puyuelo, M. y Bruna, O. (2006). “Envejecimiento y lenguaje”. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 2006, 26 (4), 171-173.
- Reisberg, B.; Ferris, S. y Franssen, E. (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.
- Ruíz, A., Rodríguez, J. y Cabeza, E. (2016). “Una terapia de apraxias mediante verbos de movimiento e interacción. Propuesta en contextos naturales y comunicativos”. En F. Diéguez (Ed.). *Temas de Lingüística Clínica*. Barcelona: Horsori, 78-88.

- Ripich, D.N. y Terrell, B.Y. (1988). "Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease". *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53, 8-15.
- Sabat, S. (2001). *The experience of Alzheimer's disease. Life through a tangled veil*. Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.
- Salmon, D. y Bondi, M. (2009). "Neuropsychological Assessment of Dementia". *Annual Review of Psychology*, 60, 257-82.
- Strauss, E., Sherman, E. y Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests*. NY: Oxford University Press.
- Subirana, J., Bruna, O., Puyuelo, M. y Virgili, C. (2009). "Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo Alzheimer". *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 29 (1), 13-20.
- Valles, B. (2009). "Intercambios comunicativos en la afasia y en la demencia: un estudio comparativo del uso de las reparaciones conversacionales". *Letras*, 51, 249-273.
- Valles, B. (2013). "Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con alzhéimer y sus interlocutores sanos". *Revista de Investigación en Logopedia*, 3 (2), 96-119. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/58686/52867>
- Wechsler, D. (1997). *WAIS III administration and scoring manual*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Wiig, E., Nielsen, N., Minthon, L. y Warkentin, S. (2002). *A Quick Test of Cognitive Speed. Assessment of Parietal Function*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Young, M. y Howells, C. (2010). *Comunicación y demencia. Nuevas perspectivas*. Barcelona: Editorial UOC.

## 5.2. Fuentes documentales

Alzheimer Disease International (ADI). (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*.

Recuperado de <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>

Alzheimer Disease International (ADI). (2014). *World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction*.

Recuperado de <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2014>

Anónimo (s.f.). *Fundación Pasqual Maragall*. Recuperado de <https://fpmaragall.org>

Cuetos-Vega, F., Menéndez-González, M. y Calatayud-Noguera, T. (2007). “Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer”. *Neurología*, 44 (8), 469-474.

Paredes Duarte, M. J. (Coord.) y Martín-Sánchez, V. M. (Ed.) y otros (Cols.) (2018). *Corpus de trastornos del lenguaje* (pp. 31-47), Cádiz, Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz.

## 5.3. Herramientas de la web social:

Baquero Toledo (2008). *Demencia y Lenguaje*. Presentación para IV Curso monográfico de Lingüística Clínica, Valencia, 12-14 de noviembre 2008 <https://www.uv.es/perla/BaqueroToledo2008.pdf>.

Peña-Casanova, J. (1999-hasta la actualidad). *Proyecto “Activemos la mente”*. Subvencionado por la Fundación “La Caixa” <http://www.cvirtual.org/formacion/banco-de-documentacion/activemos-la-mente>

## 6. ANEXOS

### 6.1. ANEXO I: Convenciones de transcripción

Corpus de trastornos del lenguaje

#### Pautas de transcripción

Como ya hemos advertido en el *Prólogo* del trabajo, las pautas de transcripción utilizadas son las que propone B. Gallardo Paúls (2005: 52-54) en su libro *Afasia fluente. Materiales para su estudio*, primer volumen del *Corpus PerLa* y que continuará utilizando en los cinco volúmenes que componen este *Corpus*. Las reproducimos aquí, evitando aquellas que se refieren exclusivamente al dialecto valenciano y que en nuestro caso hemos sustituido por pautas dialectales del andaluz.

0001	Turno de la transcripción
E:	El turno pertenece al hablante identificado como «E». Mantenemos fija la identificación «I» para el informante y «E» para el entrevistador.
§	Sucesión inmediata («encabalgada») entre dos emisiones de hablantes distintos.
=	Mantenimiento del turno de un hablante en un solapamiento; no se numera la segunda línea, pues no supone una intervención nueva.
[	Lugar donde se inicia un solapamiento
]	Lugar en que termina un solapamiento; no siempre es fácil de determinar, especialmente en los casos de turnos colaborativos.
/	Pausa corta, de menos de medio segundo.
//	Pausa que oscila entre medio segundo y un segundo.
///	Pausa de un segundo de duración.
///(5.0)	Pausa de cinco segundos; se cronometran en casos de especial relevancia.
-	El guion largo indica pausa en el interior de un turno, por reinicios, re facturas o auto interrupciones.
-	Reservamos el guion corto para su uso ortográfico en fragmentos en otras lenguas.

MARCAS TONALES: se indican las entonaciones que no coinciden con los patrones melódicos habituales, o que tengan función demarcativo en interior de intervención. Toda marca tonal supone la existencia de una mínima pausa, por lo que no resulta necesario consignar la pausa breve (/) cuando se marca la entonación en sintagmas interiores.

→	Entonación suspendida.
↑	Entonación ascendente.
↓	Entonación descendente.
¿ ? ¡	Para las interrogaciones y exclamaciones, según la norma ortográfica.
° ( ) °	Pronunciación en voz muy baja, próxima al susurro; a veces son emisiones de «hablar para uno mismo».
MAYÚSCULA	Pronunciación en voz muy alta.
* ( ) *	Pronunciación extraña: entrecortada, costosa o alterada.
p(e)ro	Reconstrucción de un fragmento que no ha sido pronunciado por el hablante, cuando pueda entorpecer la lectura.
m'han dicho	Elisiones por fonética sintáctica y velocidad de pronunciación.
<b>dí ga me / lo que ve / en la fo to</b>	La negrita se utiliza para marcar una pronunciación «silabeada», que el hablante realiza con especial cuidado; puede darse en una palabra o en una frase, y se separan todas las sílabas.
<i>cursiva</i>	Fragmentos de estilo directo y, en general, discurso repetido.
((xx xx))	Fragmento indescifrable, aparentemente de dos palabras.
((la doctora))	Transcripción dudosa; el transcriptor propone una posibilidad pero no está seguro.
aquí / (SE TOCA LA FRENTE)	Gestos y elementos no verbales que aclaran la intervención.
aquí (RISAS) <sup>R</sup>	La R en superíndice significa que el gesto en cuestión se realiza repetidamente.
(⇒E)	El hablante dirige la mirada hacia E.
Notas al pie	Para la explicación de elementos de la situación comunicativa, cuando la palabra o frase podía no entenderse, o de fenómenos léxicos como las siglas o los extranjerismos entre otros.

Concretamente las pautas que corresponden al andaluz se refieren a tres campos. El primero, la hache tachada, es para diferenciar la hache ortográfica de la aspiración. El segundo y el tercero son la palatalización o la duplicación, fenómenos que provoca la misma aspiración. El primero nos ayudará a acotar el área del paciente a Andalucía occidental y el segundo, a la oriental.

Corpus de trastornos del lenguaje

h	Aspiración de la fricativa velar sorda y consonantes implosivas.
p <sup>h</sup> , t <sup>h</sup> , c <sup>h</sup>	Palatalización de consonantes oclusivas causadas por la influencia de la aspiración andaluza.
pp, tt, cc, ff, etc.	Geminación consonántica causada por la aspiración andaluza.



6.2. ANEXO II: Ficha técnica

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

**TRANSCRIPCIÓN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**  
FICHA TÉCNICA

PARTICIPANTES					
<b>Informante (paciente)</b>		I			
<b>Interlocutor clave</b>		H (hija) A (marido de hija)			
<b>Entrevistador</b>		E			
<b>Informante n.º</b>		I-002			
<b>Iniciales</b>	A.R.G.	<b>Sexo</b>	Mujer	<b>Edad</b>	71
<b>Diagnóstico</b>	Alzhéimer				
<b>Fecha de detección</b>	1994	<b>Fecha grabación</b>	26/04/2008		
<b>Estudios</b>		Primarios			
<b>Profesión</b>		Jubilada			
<b>Lengua habitual:</b>		Español			
<b>Duración de la grabación</b>		15:26 min.			
<b>Lugar de la grabación</b>		Casa del informante			
<b>Temas tratados</b>		Familia, reconocimiento de personas y eventos en álbum de fotos, ocio y contar			
<b>Lengua empleada</b>		Español			
<b>Otros detalles de la situación comunicativa</b>		La televisión está encendida y se oye de fondo durante toda la grabación			

### 6.3. ANEXO III: Transcripción de la entrevista

Corpus de trastornos del lenguaje

- 0001 I: mi hiija (SEÑALA LA FOTO)<sup>1</sup>  
0002 H: ah mu(y) bien // esa soy yo↑ (SE SEÑALA A SÍ MISMA) (RISAS) ¿tu hiija cómo se llama?  
0003 I: sii↑ // (SE RÍE)  
0004 H: ¿cómo me llamo?  
0005 I: Antonia  
0006 H: noo (RISAS<sup>R</sup>) /// me llamo Beeegooo→  
0007 I: ¿Be?  
0008 H: Begoña ¿no?  
0009 I: SÍ↓ / Begoña (SE RÍE)  
0010 H: eso↓ / ¿y eht<sup>h</sup>e niño?↑ (SEÑALA LA FOTOGRAFÍA) /// (5.0) ¿quién e(s)?  
0011 I: mi niño↓  
0012 H: ¿ESO E(S)! // eñ qu<sup>h</sup>e e(s) mi hermano (⇒E) (RISAS)  
0013 E: ¿sale guapa↑ en la foto↑ tu hiija↑?  
0014 I: sííí  
0015 E: ¿sale guapa? // sí→ / ¿verda(d)?↑  
0016 H: sí / la comunión / que me viht<sup>h</sup>ieron de monña→ / ¿verda(d)?↑  
0017 I: íí  
0018 H: ¿y eht<sup>h</sup>a quién e(s)?↑ // eht<sup>h</sup>a ereñ t<sup>h</sup>ú→ / ¿no?↑  
0019 I: y tú también (RISAS) (SE RASCA LA CARA)  
0020 H: sí // mira↑ / eht<sup>h</sup>án saliendo /// palabra(s) /// y qué máh foto(s) hay por aquí / vamoñ a ve(r) (PASA LAS HOJAS DEL ÁLBUM) / uh toda(s) laa- la de comunión /// mira↑ /// (2.0) (SE LO MUESTRA, LE ENDEREZA EL ÁLBUM) ¡mamá! (I SE TOCA LA CARA) (SUENA LA TELEVISIÓN DE FONDO TODO EL TIEMPO)  
0021 I: uhum (SONIDO NASAL)  
0022 H: ¿qué eht<sup>h</sup>á(s) mirando eht<sup>h</sup>a↑?  
0023 I: ((esta)) (TOCA LA FOTO Y EL ÁLBUM)  
0024 H: (SONRÍE) ¿quién e(s)?  
0025 I: ¿eh? tú  
0026 H: °(sí)° (RISAS)  
0027 I: (RISAS)<sup>R</sup>  
0028 E: ¿dónde eñ la foto?  
0029 I: (GESTO DE PEDIR QUE REPITA LO QUE HA DICHO) (⇒E)  
0030 E: [¿dónde eñ la foto?]  
0031 H: [la foto] // ¿dónde se hizo eht<sup>h</sup>a foto? // ¿aquí en Cádi(z)?  
0032 I: nno↓ (MUEVE LA CABEZA)  
0033 H: no↓ (NEGACIÓN CON LA CABEZA)

---

1. Durante la grabación se oye de fondo la televisión.

- 0034 I: no↓ / t (SONIDO DENTALIZADO EN SEÑAL DE NEGACIÓN)
- 0035 H: eh verda(d) que no se hizo en Cádi(z) (⇒E)
- 0036 E: dónde se hizo // ¿se acuerda?
- 0037 I: sííí↓
- 0038 E: dónde
- 0039 I: (SE RÍE)
- 0040 H: se acuerda pero noo→ no le sale /// en dónde / en roo↑ roo↑
- 0041 I: ¿mmm?↑
- 0042 H: en Rota
- 0043 I: la ((cana)) en Rota (RISAS)
- 0044 H: veráh t<sup>h</sup>ú como tenga que tranhc<sup>h</sup>ribi(r) (RISAS)<sup>R</sup> /// en fin / vamo(s) a ve(r) si hay alguna por aquí / eh<sup>h</sup>p<sup>h</sup>érate quizá se acuerda meño(r) (ABRE UN ÁLBUM NUEVO) /// ¿y eh<sup>h</sup>e?↑ / eh<sup>h</sup>p<sup>h</sup>érate→ / eh<sup>h</sup>e eh mi padre (CIERRA EL OTRO ÁLBUM)
- 0045 I: ¿y hoy eh<sup>h</sup>a? eh<sup>h</sup>a cómo e(s) / eh<sup>h</sup>a muhe(r) (SEÑALA LA FOTO)
- 0046 H: ¿EHT<sup>h</sup>A QUIÉN EEE(s)?↑
- 0047 I: eh<sup>h</sup>a muhe(r)
- 0048 H: eh<sup>h</sup>a muhe(r) eh t<sup>h</sup>u suegra! (RISAS)
- 0049 I: (SE RÍE Y PEGA UNA PALMADA)
- 0050 H: ¿cómo era tu suegra?
- 0051 I: ¿mu(y) bien!
- 0052 H: ¿sí?
- 0053 I: mu(y) bien (ASIENTE Y SE RÍE)
- 0054 H: ¿te guh<sup>h</sup>t<sup>h</sup>aba tu suegra?
- 0055 I: sííí
- 0056 H: ¿era buena?
- 0057 I: sííí / era mu(y) buena (ASIENTE)
- 0058 H: sí / ¿cómo se llamaba?
- 0059 I: no m'acuerdo (ENTRE RISAS) (SE TOCA LA CABEZA)
- 0060 E: ¿no s'acuerda(s)?
- 0061 H: (NIEGA CON LA CABEZA) ¿cómo se llamaba papá?
- 0062 I: ¿quééé?
- 0063 H: ¿papá?
- 0064 I: ¿papá? no
- 0065 H: ¿no te acuerda(s)?
- 0066 I: nno
- 0067 H: Davi(d) ¿no?
- 0068 I: Davi(d) (ASIENTE)
- 0069 H: que eh eh<sup>h</sup>e ¿no? / que eh<sup>h</sup>á aquí en la foto
- 0070 I: ¿EHT<sup>h</sup>EE! (TOCA LA FOTO)

- 0071 H: °(eh qu<sup>h</sup>e habla poco)° /// (4.0) a ve(r) si hay por aquí alguna de ella // ¿ve(s)? / ¿eh<sup>h</sup>a quién e(s)?
- 0072 I: yo (SE RÍE)
- 0073 H: muy bien (SE RÍE) // ¿y tu cómo te llama(s)? / ¿cómo te llamañ t<sup>h</sup>ú? (⇒I)
- 0074 I: ¿yo? Antonia (CARRASPEA)
- 0075 H: Antonia / bien (ASIENTE) (SE RÍE) /// y de dónde ere(s)
- 0076 I: ¿qué?
- 0077 H: ¿de dónde eres?
- 0078 I: de aquí
- 0079 H: ¿de aquí?
- 0080 I: ((ahorrao))
- 0081 H: ¿y aquí dónde eñt<sup>h</sup>amo(s)?
- 0082 I: ((de eso))
- 0083 H: ¿dónde?
- 0084 I: ¿a dónde?
- 0085 H: eñt<sup>h</sup>amo(s) en Cádi(z) ¿no?
- 0086 I: ah→ // sí
- 0087 H: pero tú no ere(s) de Cádi(z)↓
- 0088 I: no / qué va↓
- 0089 H: de dónde
- 0090 I: ¿qué?↑ no
- 0091 H: de Chiclana
- 0092 I: de Chiclana (SE TOCA LA CARA)
- 0093 H: yyy vamoñ a ve(r) / vamo(s) a habla(r) algo de [su familia]
- 0094 E: [del cole-] o del coleñio
- 0095 H: ¿tú te acuerdaaa(s) (de) cuando tú erañ p<sup>h</sup>equeña?
- 0096 I: ¿sí?
- 0097 H: ¿eh?
- 0098 I: aa↑↓ (ASIENTE) (SE RÍE)
- 0099 H: ¿te acuerda(s)? (CODAZO ⇒I) // yyy / ¿te acuerdañ del coleñio?
- 0100 I: sí del coleñio sí↓
- 0101 H: ¿y cómo era?
- 0102 I: ¿eh?↑ / mu(y) bien
- 0103 H: ¿muy bien?
- 0104 I: ahm (ASIENTE)
- 0105 H: yyy qué teníañ ¿maeñt<sup>h</sup>ra?
- 0106 I: maeñt<sup>h</sup>ra (ASIENTE)
- 0107 H: que oñ enseñaba a eñc<sup>h</sup>ribi(r)→ (GESTO DE ESCRITURA)
- 0108 I: sí

- 0109 H: y a multiplica(r)→ y a sumaa(r)→ ¿no?
- 0110 I: sí
- 0111 H: yyy ¿cómo se llamaba tu maeh<sup>h</sup>ra? // ¿cómo se llamaba?
- 0112 I: no me acuerdo (SE RÍE)
- 0113 H: ¿no?
- 0114 I: de esa no (SE RÍE)
- 0115 H: de esa no te acuerda(s) / pero teníañ doñ ¿no? (ALZA LOS DOS DEDOS)
- 0116 I: dos / do(s) (SE RASCA EL CUELLO)
- 0117 E: ¿tenía- teníañ muchoñ amigo(s) en el coleñio? ¿muchañ amiga(s)?
- 0118 I: sí / ((aadí)) en el coleñio sí↓
- 0119 E: ¿sí?
- 0120 H: ¿y a qué ñugabas?
- 0121 I: ¿eh?
- 0122 H: ¿a qué ñugaba(s)?
- 0123 I: ¿a ve(r)?
- 0124 H: a correee(r)→ [a la cuerda→]
- 0125 I: [a correee(r)] (SE RÍE)
- 0126 H: a ve(r)→
- 0127 E: ¿a qué máñ ñugaba(s) en el coleñio?
- 0128 I: ¿em? / ¿por qué no?
- 0129 H: eh qu<sup>e</sup> nooo le sale / esa e- posiblemente tenga la idea en la cabeza perooo pero no le sale la palabra porque ademáñ el lenguaje eh lo primero / como te dije ante(s) / eh lo primero que perdió / que fue perdiendo↓
- 0130 I: sí (SE TOCA LA CARA Y LAS UÑAS)
- 0131 H: ¿y tu padre cómo se llamaba?
- 0132 I: ¿quiéén?
- 0133 H: tu padre
- 0134 I: mi padre
- 0135 H: ¿cómo?↑
- 0136 I: ¿qué?
- 0137 H: ¿Antonio?↑
- 0138 I: no
- 0139 H: eeeh→ ¿Pepe? (⇒I)
- 0140 I: no
- 0141 H: ¿Rafael?
- 0142 I: Rafae(l)
- 0143 H: ¡ah! ¿ve(s)?
- 0144 I: aah (SE RÍE)
- 0145 H: ¿yyy tu abuela? porque ella se acuerda máñ de su abuela que de su madre (⇒E)

- 0146 I: [sí y mía- mi--=]  
 0147 H: [su madre murió joven]  
 I: = mi abuela no↑  
 0148 H: ¿tu abuela qué?  
 0149 I: mi abuela  
 0150 H: cómo era ¿buena?  
 0151 I: sí (ASIENTE) // mu(y) buena  
 0152 H: ¿y qué má(s)? / háblame de tu abuela  
 0153 I: ¿qué?  
 0154 H: ¿tu abuela?  
 0155 I: síí↑ (ASIENTE)  
 0156 E: ¿cómo era ella?  
 0157 I: bien  
 0158 E: ¿cómo era tu abuela?  
 0159 I: ¿mi abuela? / mu(y) \*(bueeena)\* (SE RÍE)  
 0160 E: ¿mu(y) buena?  
 0161 I: hm (ASIENTE) [mu(y) bueena]  
 0162 E: [¿sí?]  
 0163 H: ¿alta?  
 0164 I: arta  
 0165 H: ¿hm? (ASIENTE)  
 0166 I: hm (ASIENTE)  
 0167 E: qué era ¿rubia o morena?  
 0168 I: no  
 0169 E: ¿morena?  
 0170 I: no a mía eh máh graande (BRAZO DERECHOY)  
 0171 H: no  
 0172 I: ¿no?  
 0173 H: tenía caana(s)  
 0174 E: ah vale↓  
 0175 I: sí  
 0176 H: yyy /// ¿cómo se llamaba tu abuela?↑  
 0177 I: no m' acuerdo ((xx))  
 0178 H: ¿Hosefa?  
 0179 I: Hosefa↓ (ASIENTE) // ahora  
 0180 H: eeh / ¿qué más? // yyy / ¿tu padre dónde trabañaba?  
 0181 I: ¿eh?  
 0182 H: ¿tu padre?  
 0183 I: mi padre ((traña no traño))

- 0184 H: ¿qué no trabañaba? / síí↓  
 0185 I: (NIEGA CON LA CABEZA)  
 0186 H: tu padre trabañaba§  
 0187 I:                               §ah ¿hí?§  
 0188 H:                               §mucho ¿no?  
 0189 I: ah ¿sí?  
 0190 H: sí (SE RÍE) /// eñ qu<sup>h</sup>e eñ difícil / a ve(r) / ¿dónde trabañaba el abuelo? ¿Rafael? /  
 ¿dónde trabañaba?↑  
 0191 I: no aquí no ((endaba)) (TOSE) // [no]  
 0192 H:   [no] // ¿y tú queríañ mucho a tu padre?  
 0193 I: sí / sí↓  
 0194 H: ¿era bueno?↓  
 0195 I: sí (ASENTIMIENTO SONIDO NASAL)  
 0196 H: ¿y tu madre?  
 0197 I: ¿mi madre?  
 0198 H: ¿era buena tu madre?  
 0199 I: mi madre también↓ (SE RASCA EL CUELLO)  
 0200 H: y qué más / qué máñ t<sup>h</sup>e pregunto  
 0201 I: (SE RÍE)  
 0202 H: no sssé→ / ¿le puedo pregunta(r) actual? / ooo→ / [¿de loñ nieto(s)?]  
 0203 E:   [como quiera(s) / como  
 quiera(s)]  
 0204 H: a ver si por aquí hay foto(s) de Marco(s)  
 0205 E: ¿cuántoñ nieto(s) tiene(s)?  
 0206 I: ¿quééé?↑  
 0207 E: uñt<sup>h</sup>e(d) / ¿cuántoñ nieto(s) tiene?  
 0208 I: ¿yo? / ¿yo ahora? / nada↓  
 0209 E: ¿dos? / ¿no tiene dos?  
 0210 I: dos (GESTICULA CON LA MANO EL NÚMERO)  
 0211 H: tiene Marco(s) ¿no?  
 0212 I: hm (SONIDO NASAL)  
 0213 H: eñp<sup>h</sup>érate que tengo aquí↓ // lañ fotos son tan antigua(s) que no eñt<sup>h</sup>á ni mi  
 hiño↑ /// (2.0) (ROMPE EL ÁLBUM Y CAMBIA A OTRO) /// eñt<sup>h</sup>á el árbum ya→// aquí  
 si hay foto(s) de Marco(s)↓ // ¿eñt<sup>h</sup>e quién e(s)?  
 0214 I: eñt<sup>h</sup>a / eñt<sup>h</sup>a↑  
 0215 H: ¿quién e(s)?  
 0216 I: ¿eñt<sup>h</sup>a?  
 0217 H: eñt<sup>h</sup>e↓  
 0218 I: sí↑

- 0219 H: ¿quién eee(s)?  
 0220 I: yaaa→  
 0221 H: °(no le sale)° // ¿Marco(s) [o=]  
 0222 I: [no]  
 H: = avi(d)?  
 0223 I: no↓  
 0224 H: ¿no eh Marco(s)?↑  
 0225 I: no↓  
 0226 H: ¿Davi(d)?  
 0227 I: ((ven nía aquí ))  
 0228 H: venía aquí (SE RÍE)  
 0229 I: híí→ / (SE RÍE Y SE RASCA LA CABEZA)  
 0230 I: (RASCÁNDOSE LA CABEZA)  
 0231 H: ¿qué máh le pregunto? ¿Alba?  
 0232 E: mmm /// a ve(r)  
 0233 H: a ve(r) ¿qué hacemo(s) contigo mamá?  
 0234 I: naaa↑↓  
 0235 H: eñtoh sonn loh nietoh de por parte de mi hermano perooh loh vemoh p<sup>h</sup>oco  
 0236 E: vale↓ no te preocupe(s)↓ / pregu- dee // a ve(r) eee / hoy no ha teni(d)o colehio  
 ¿no?  
 0237 I: sííí↑↓  
 0238 E: ¿hoy sí?  
 0239 I: no  
 0240 E: ¿no? / ¿cuándo va al colehio?  
 0241 I: ¿eh?  
 0242 E: ¿cuándo va al colehio?  
 0243 I: \*(cuarando)\*  
 0244 E: ¿cuándo?  
 0245 I: siempre no↓  
 0246 E: ¿siempre no?  
 0247 I: no↓  
 0248 E: ¿cuándo va?  
 0249 H: no va to(dos) loh día(s) / vaaa  
 0250 E: ¿loh lune(s)?  
 0251 I: looo- loh luneh sí / [también]  
 0252 H: [ella] no sabeee→ / vaa- cinco día(s)↓ / pero sí ella sabe que  
 no va todoh loh día(s) claro  
 0253 E: ¿y qué hace?  
 0254 I: ¿qué?



- 0255 E: ¿qué hace en el colegio?  
 0256 I: ¿que sabía qué?  
 0257 E: en el colehio  
 0258 I: claaaro  
 0259 E: ¿qué hace? /// (3.0) piiinta  
 0260 I: claaaro (ASIENTE)  
 0261 E: eht<sup>h</sup>á con máh amiga(s)→  
 0262 I: sí↓  
 0263 E: ¿sí?  
 0264 I: sí  
 0265 E: ¿cómo se llaman suh amiga(s)?  
 0266 I: ¿eh?  
 0267 E: suh amigah del colehio  
 0268 I: no / no me acuerdo  
 0269 E: ¿no se acuerda?  
 0270 I: no↓ (NIEGA CON LA CABEZA)  
 0271 E: ¿no? /// ¿y hoy ha sali(d)o?  
 0272 I: ((lliora))  
 0273 E: ¿ahora sale? ¿a la calle?  
 0274 I: sí no (NIEGA CON LA CABEZA)  
 0275 E: ¿no?  
 0276 I: no↓  
 0277 E: ¿a uht<sup>h</sup>e(d) le guht<sup>h</sup>a pasea(r)?  
 0278 I: nno  
 0279 E: ¿no? // ¿qué prefiere eht<sup>h</sup>a(r) aquí en casa?  
 0280 I: mi madre↑ no↓  
 0281 E: ¿tu madre? / ¿a tu madre le guht<sup>h</sup>aba?  
 0282 I: sí  
 0283 E: ¿sí? /// (4.0) ¿y qué má(s)?  
 0284 I: ¿qué?  
 0285 E: ¿qué me cuenta?  
 0286 I: po ya'ht<sup>h</sup>á hiha  
 0287 E: ¿ya no me cuenta máh na(da)?  
 0288 I: (SE RÍE)  
 0289 E: (SE RÍE)  
 0290 H: si eht<sup>h</sup>uviera aquí Marco(s)↑ le sacabaaa máh c<sup>h</sup>osa(s)  
 0291 I: qué va↓  
 0292 A: ((pregúntale por er día en que se le echa ensima la furgoneta))

- 0293 H: cuando tú vieneñ del coleñio en la furgoneta / que hay una muñe(r) que se sienta y se cae así encima tuya / ¿no? (H SE ECHA ENCIMA DE I)
- 0294 I: sí (SE RÍE)
- 0295 H: y te enfada(s) / ¿te enfada(s)?
- 0296 I: no↓
- 0297 H: ¿no?
- 0298 I: yo no (NEGACIÓN CON SONIDO DENTAL)
- 0299 H: ¿y qué le pasa a esa muñe(r)?
- 0300 I: yo no lo zé (SE RÍE)
- 0301 E: ¿y le dice algo cuando se le echa encima→ / cuando se echa encima?
- 0302 I: sí↑ / no↓
- 0303 E: ¿no le dice na(da)?
- 0304 I: no
- 0305 E: ¿se queda calla(da)?
- 0306 I: sí↓ (RISAS)
- 0307 E: ¿qué buena eh! (SE RÍE)
- 0308 H: ella pone mala cara pero se que(d)a calla(da) //(2.0) fuu ((a ve(r) que eh difíci(l)))
- 0309 E: yy °(no te preocupes)° / yyymm / ¿qué má(s)?
- 0310 I: (SE RETOCA EL PELO)
- 0311 H: ¿cuántos hiñohñ tñiene(s) mamá?
- 0312 I: ¿qué? (SE TOCA LA CARA PENSANDO) //(7.0) ya eñtñá↓
- 0313 H: ¿uno? (GESTICULA EL UNO CON LA MANO)
- 0314 I: uuno↓
- 0315 H: ¿uno? // ¿quién?
- 0316 I: [tú↑]
- 0317 H: [yo↓] (RISAS) // ¿y nieto(s)?
- 0318 I: diigo / fiñate (SE COGE DEL LABIO)
- 0319 H: nietoñ cinco
- 0320 I: diigo
- 0321 E: ¿cinco nieto(s) tiene?
- 0322 I: hm (SONIDO NASAL) (SE TOCA LA CARA)
- 0323 H: perooo / pero ella se acordará de doñ na(da) má(s) / son loñ quñe ve to(dos) loñ día(s) ¿no? // ¿cómo se llaman / tuñ nieto(s)?
- 0324 I: ¿em?↑ (SE COGE DE LA BARBILLA)
- 0325 A: ((Quique y Marco(s)))
- 0326 H: Marco(s) y Elena ¿no?
- 0327 I: diigo
- 0328 H: bueno / ¿quiereñ quñe te traiga algo? / ¿un vasito de agua o algo?

- 0329 I: [naada]↓
- 0330 A: [pregúntale-] pregúntale por quién soy yo / tú verá(s)
- 0331 H: ¿y eht<sup>h</sup>e quién e(s)? (SEÑALA A SU MARIDO) // ¿eh?
- 0332 I: eht<sup>h</sup>e↑ (SE RÍE)
- 0333 E: ¿quién e(s)? / ¿quién eh él?
- 0334 I: ¿eh?
- 0335 E: ¿quién eh él? // el marido de Begoña ¿no?
- 0336 I: claro
- 0337 E: ¿cómo se llama?
- 0338 I: eella / y el niño
- 0339 E: ¿el hombre cómo se llama?
- 0340 I: ¿quéé?↑
- 0341 E: ¿cómo se llama el hombre?
- 0342 I: ¿eel hoombre?
- 0343 E: el marido de Begoña
- 0344 I: zí↑
- 0345 E: Raa→ //(2.0) Ramón
- 0346 I: Ramaón
- 0347 E: Ramón
- 0348 I: Ramón
- 0349 E: ¿yyy qué má(s)? / ¿la playa le guht<sup>h</sup>a a uste(d)?
- 0350 I: ¿yo?↑ / aay / yo no quiero i(r) ((dii da))
- 0351 E: ¿no?
- 0352 I: (NEGACIÓN CON SONIDO DENTAL)
- 0353 E: ¿no le gusht<sup>h</sup>a?
- 0354 I: (SE RÍE Y MIRA A RAMÓN)
- 0355 H: no / no le guht<sup>h</sup>a la playa↓ /// le guht<sup>h</sup>a el sol pero la playa no↓
- 0356 E: ¿qué le guht<sup>h</sup>a hace(r)?
- 0357 I: ¿eh?
- 0358 E: ¿a uht<sup>h</sup>e(d) qué le guht<sup>h</sup>a hace(r)?
- 0359 I: er qué
- 0360 E: mmm / yo qué sé // ¿le guht<sup>h</sup>aaa→ pintaqa(r) / le guht<sup>h</sup>aaa→
- 0361 I: yo- me mi ma mii- herp- yo↑ (SE SEÑALA A SÍ MISMA)
- 0362 E: sí
- 0363 I: yaa
- 0364 E: ¿qué le guht<sup>h</sup>a?
- 0365 I: yo (SE RÍE)
- 0366 H: la pobre
- 0367 E: yyy / ¿cuántoñ hermana(s) tiene? / ¿tiene uht<sup>h</sup>e(d) hermana(s)?

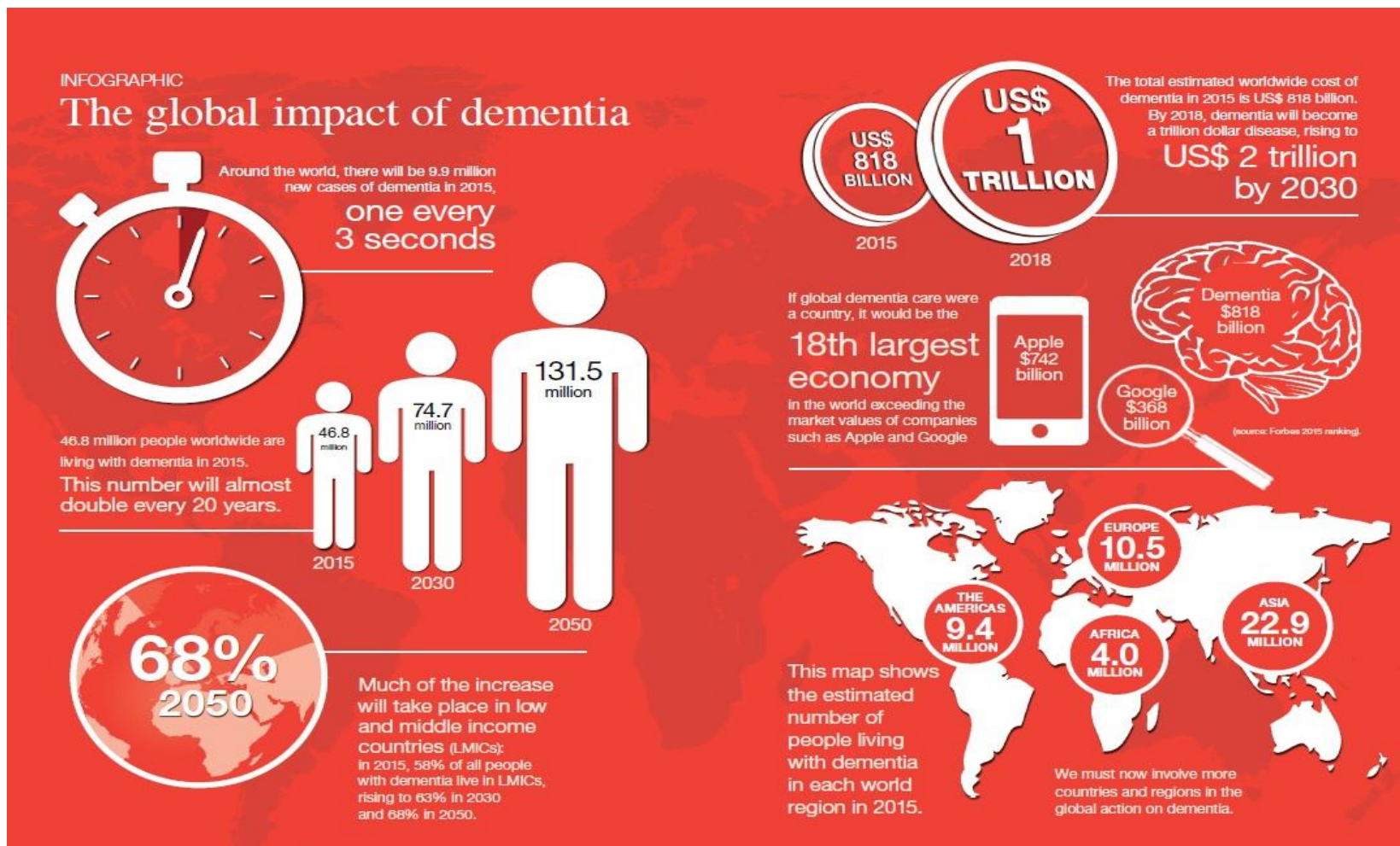
- 0368 I: no (LA MANO EN LA BARBILLA)  
 0369 E: ¿no tiene?  
 0370 I: (NIEGA CON SONIDO DENTAL)  
 0371 E: ¿no?  
 0372 I: no↓  
 0373 E: ¿ni hermano(s)?  
 0374 I: hermanos sí↑  
 0375 E: cuánto(s)  
 0376 I: mucho(s) (SE RÍE)  
 0377 E: ¿mucho(s)? / ¿cómo se llaman?  
 0378 I: puee(s) de eso no me acuerdo (MANO EN LA BOCA)  
 0379 H: ¿no te acuerda(s)? / ¿Huan? // tu hermano Huan→  
 0380 I: mi hermano / esso  
 0381 H: tu hermanaa Hōsefita↑  
 0382 I: Hōsefita  
 0383 E: Huan y Hōsefita (SE RÍE)  
 0384 H: Manolo→  
 0385 I: era yo  
 0386 H: eh qu<sup>h</sup>e no le sale // hay vece(s) queee le sale de pronto una frase pero son ro-  
 rarah ocasion(e)s / realmente monosílabo(s)  
 0387 E: ¿y qué má(s)? //(3.0) ¿qué hañ hecho hoy?  
 0388 I: ¿quééé?  
 0389 H: ¿qué hañ hecho hoy?  
 0390 I: ¿aquí?  
 0391 E: [¿aquí ha<sup>h</sup>t<sup>h</sup>a(d)o?]  
 0392 I: [ahora↓ / ahora y aquí↓] (SE RÍE)  
 0393 E: ¿aquí y ahora? (SE RÍE)  
 0394 H: levantartee y sentarte↓ ¿no?  
 0395 I: diigo  
 0396 E: ¿hañ desayuna(d)o?  
 0397 I: sí (ASIENTE)  
 0398 E: ¿sí? / ¿qué hañ desayuna(d)o?  
 0399 I: (ASIENTE)<sup>R</sup>  
 0400 H: ¿qué hañ desayuna(d)o mamá?  
 0401 I: ¿quééé?  
 0402 H: ¿qué hañ desayuna(d)o aquí conmigo?  
 0403 I: ¿contigo? / ¿contigo? no  
 0404 H: ¿no te acuerda(s)?  
 0405 I: no

- 0406 E: ¿leche? // ¿ha tomado leche?
- 0407 I: (NEGACIÓN) (SE RÍE)
- 0408 H: ¡ay!↑ ¿qué hacemos(s) contigo?
- 0409 I: nada↓ (CARRASPEA)
- 0410 H: ¿nada? /// (2.0) en fin
- 0411 E: bueno
- 0412 A: pregúntale por loñ hermano(s)↓
- 0413 H: ya le hemo(s) pregunta(d)o↓ // ¿y eht<sup>h</sup>e quién e(s) mamá?
- 0414 I: ¿qué? / (COGE LA HOJA DEL ÁLBUM)/ ¿eht<sup>h</sup>e? / \*(nanime omn mn)\*
- 0415 H: su hiño↓ // ¿una niña?
- 0416 I: sí
- 0417 A: su prima la de Marrueco(s)
- 0418 H: no / ¿y eht<sup>h</sup>a hente?
- 0419 I: mira / ¿a ve(r) tú?
- 0420 H: es su hiño también
- 0421 I: también
- 0422 H: ¿quién e(s)?
- 0423 I: él (SEÑALA LA FOTO)
- 0424 H: ¿él? // ¿cómo se llama?
- 0425 I: Antonio
- 0426 H: no (RISAS) /// Antonio noo / Daviiii(d)
- 0427 I: Davi(d)↓
- 0428 H: cuando era chiquitito ¿no?
- 0429 I: \*(cuando era sico)\*
- 0430 H: ¿y eht<sup>h</sup>oh do(s)? (SEÑALA OTRA FOTO EN LA OTRA HOJA)
- 0431 I: y ya eht<sup>h</sup>á /// (2.0) ((dots))
- 0432 H: ¿dos tiene(s)?
- 0433 I: hí
- 0434 E: ¿y aquí cuánta hente hay?
- 0435 H: OÚ (SE RÍE) (PE)
- 0436 I: OHÚ
- 0437 E: mucha ¿no?
- 0438 I: BUF
- 0439 H: a ve(r) cuenta / ¿vamo(s) (a) conta(r) lañ p<sup>h</sup>ersona(s) que vemo(s) aquí? / ¿contamo(s) deñde abaño?
- 0440 I: vaale
- 0441 H: ¿uno?
- 0442 I: vae
- 0443 H: °(a ve(r) si se acuerda de conta(r))° / ¿uno?

- 0444 I: uuno→  
 0445 H: uno (LE COGE EL DEDO A I)  
 0446 I: doo(s)  
 0447 H: do(s)  
 0448 I: tree(s) / cuatro y cinco (LE VA GUIANDO EL DEDO H)  
 0449 H: muy bien // ¿qué má(s)?  
 0450 I: eh  
 0451 H: ¿dehp<sup>h</sup>ué(s) de cinco? / °(¿sssei(s)?)°  
 0452 I: mmmm [sí]  
 0453 H: [¿sei(s)?] ¿sei(s)?  
 0454 I: sei(s)  
 0455 H: ¿ssiete? /// vamos a conta(r) ¿ssiete?→  
 0456 I: una  
 0457 H: ¿siete?→ /// (2.0) ¿ocho?→  
 0458 I: ¿oocho?→  
 0459 H: ¿qué má(s)? /// (4.0) ¿empezamo(s) otra ve(z)?  
 0460 I: no (SE RÍE Y SE APARTA)  
 0461 H: a ve(r) / ¿uuno?→  
 0462 I: do(s)↓  
 0463 H: ¿tre(s)? / mu(y) bien / mu(y) bien / ¿cuatro?  
 0464 I: cuatro↓  
 0465 H: ¿qué má(s)?  
 0466 I: uno↑ y otro↓  
 0467 H: ahí ya se atañc<sup>h</sup>a /// ohú qué de hente ¿no?  
 0468 I: mm uf  
 0469 H: ¿y eñt<sup>h</sup>a niña? (PASA LA HOJA DEL ÁLBUM)  
 0470 I: eñt<sup>h</sup>a↑ eñ una niña  
 0471 H: ¿quién e(s)?  
 0472 I: mi hija↓  
 0473 H: aaah mu(y) bien↑ / ¿creí que no me conocía(s)!↑  
 0474 I: (SE RÍE)  
 0475 H: ¿y qué eñt<sup>h</sup>oy haciendo? ¿ve(s)? /// eñt<sup>h</sup>o eñ en Navida(d) ¿veñ el árbol de Navida(d)? / ¿ve(s)?  
 0476 I: sí  
 0477 H: ¿ve(s)?  
 0478 I: sí  
 0479 H: ¿y era buena yo o mala?  
 0480 I: no  
 0481 H: ¿buena?

- 0482 I: no  
 0483 H: ¿no era buena?  
 0484 I: (NIEGA Y SE RÍE)  
 0485 H: ¿mala?  
 0486 I: (NEGACIÓN)  
 0487 H: entonces) ¿qué era?  
 0488 I: ((ané))  
 0489 H: ¿cómo yo era de chica?  
 0490 I: ((duago))  
 0491 H: ¿cómo?  
 0492 I: con loñ niño(s) y loñ no niño(s)  
 0493 H: con lañ niña(s) y loñ niño(s) ¿no? [todo el día]  
 0494 I: [diigo]  
 0495 H: ¿mala?  
 0496 I: nno  
 0497 H: ¿liht<sup>a</sup>?  
 0498 I: no  
 0499 H: TAMPOCO (RISAS) /// ¿yo no era liht<sup>a</sup>? (SE MIRAN) /// síí ¿no?  
 0500 I: síí↑  
 0501 H: aaaah↑  
 0502 I: por Dios  
 0503 H: aaaah↑  
 0504 I: aahú↑ (RISAS)  
 0505 H: ¿y cómo me llamo?  
 0506 I: ¿qué? // ootra ve(z) / ota vez (SE TOCA LA NARIZ)  
 0507 H: qué pesa(da) soy ¿no? /// (4.0) ¿Y aquí qué eht<sup>o</sup>y haciendo? (SEÑALA LA FOTO)  
 0508 I: ((po on lañ niña(s)))  
 0509 H: ¿sí?  
 0510 I: sí↓  
 0511 H: en un eñp<sup>h</sup>eño ¿no? / ¿ve(s)?↑  
 0512 I: sí↓  
 0513 H: ¿cómo era yo de chica / mamá?↑  
 0514 I: ¿ten?↑  
 0515 H: ¿cómo era yo?

6.4. ANEXO IV: El impacto global de la EA



Fuente: World Alzheimer Report 2015 en ADI (2015)



## 6.5. ANEXO V: Ejemplo de clasificación según la *GDS*

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"> <li>• Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>• Sus compañeros se dan cuenta de un rendimiento laboral pobre</li> <li>• Dificultad para recordar palabras y nombres</li> <li>• Retiene escaso material tras la lectura</li> <li>• Menor capacidad para recordar los nombres de las personas que ha conocido hace poco tiempo</li> <li>• Pierde un objeto de valor o lo coloca en un sitio equivocado</li> </ul> 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"> <li>• Olvido de hechos cotidianos o recientes</li> <li>• Olvido de su historia personal</li> <li>• Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7.</li> <li>• Incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas</li> </ul> Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en tiempo y persona</li> <li>• Reconocimiento de caras y personas familiares</li> <li>• Capacidad de viajar a lugares conocidos</li> </ul> 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.

**Estadios de deterioro cognitivo basados en la “Escala de Deterioro Global” de Reisberg et al. (1982) en Pérez Mantero (2017: 40).**

6.6. ANEXO VI: Ejemplo de clasificación según el *MMSE*

<p>¿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</p>	<p><b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> (Máx. 5)</p>
<p>¿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</p>	<p><b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b> (Máx. 5)</p>
<p>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)</p>	<p><b>FIJACIÓN- Recuerdo Inmediato</b> (Máx.3)</p>
<p>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)</p>	<p><b>ATENCIÓN-CÁLCULO</b> (Máx.5)</p>
<p>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)</p>	<p><b>RECUERDO diferido</b> (Máx.3)</p>
<p><b>DENOMINACIÓN.</b> 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  <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1  <b>ÓRDENES.</b> 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  <b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos".                  Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1  <b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1  <b>COPIA.</b> 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</p>	<p><b>LENGUAJE Y HABILIDAD VISUOCONSTRUCTIVA</b> (Máx. 9)</p>
<p>Puntuaciones de referencia                  27 o más: normal                  21-26: Daño cognitivo medio                  11-20: Daño cognitivo moderado                  0-10: Daño cognitivo severo</p>	<p><b>Puntuación Total</b> (Máx.: 30 puntos)</p>

*Mini Mental State Examination* (Adaptación española de Lobo *et al.*, 2002)  
 en Pérez Mantero (2017: 38).