



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Actividades de Reformulación Conversacional en personas con Demencia Tipo Alzheimer

Carolina Martínez Sotelo

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

**ACTIVIDADES DE REFORMULACIÓN CONVERSACIONAL EN  
PERSONAS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

Carolina Martínez Sotelo

Tesis doctoral presentada para optar al grado de

**Doctora en Lingüística**

en el programa de doctorado Ciencia Cognitiva y Lenguaje

Departamento de Filología Catalana y Lingüística General,

Universitat de Barcelona

Bajo la supervisión de los Drs.

Faustino Diéguez Vide y Vicent Rosell Clari

Tutor: Faustino Diéguez Vide



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Septiembre, 2022



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**ACTIVIDADES DE REFORMULACIÓN CONVERSACIONAL EN  
PERSONAS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

**Doctorando**

**Carolina Paola Martínez Sotelo**

**Programa de doctorado Ciencia Cognitiva y Lenguaje**

**Departamento de Filología Catalana y Lingüística General,**

**Universitat de Barcelona**

**2022**



## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que me han apoyado y alentado a seguir adelante...

A mis directores de tesis, gracias por su apertura, su dedicación, las horas de supervisión y revisión meticulosa. Infinita gratitud por los aprendizajes que gracias a ustedes he adquirido.

A Ana Paula Mac-kay, gran mujer, gran fonoaudióloga e inspiradora. Infinita gratitud por mostrarme el camino de las ideas y el amor a esta área de análisis.

A mi amiga Jacqueline por abrazar mi espíritu.

A mi amiga y colega Javiera por su apoyo infinito.

A mi amiga y colega Débora por brillar como un sol.

A mi familia, por siempre estar presente.

A mi Joshua por esperarme siempre.

# ÍNDICE

LISTADO ABREVIATURAS .....	8
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	11
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT .....	14
1. CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. El papel del adulto mayor en la historia: breve recorrido .....	15
1.2. El adulto mayor en la actualidad.....	17
1.3. Características del adulto mayor.....	18
1.4. El adulto mayor y la patología.....	20
1.5. El lenguaje en el adulto mayor funcional y con deterioro cognitivo.....	21
2. CAPITULO 2: CONVERSACIÓN Y ACTIVIDADES DE REFORMULACIÓN.....	25
2.1. Aspectos relevantes de la conversación .....	25
2.2. La reparación y la reformulación conversacional.....	32
2.2.1.Reformulación parafrástica.....	37
2.2.2.Reformulación no parafrástica.....	39
3. CAPITULO 3: DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.....	42
3.1. Deterioro Cognitivo Leve.....	43
3.1.1.Antecedentes históricos: hacia un diagnóstico.....	44
3.1.2.Características del Deterioro Cognitivo Leve y tipología.....	47
3.1.3.Del Deterioro Cognitivo Leve a la Demencia Tipo Alzheimer.....	49
3.2. Demencia Tipo Alzheimer.....	50
3.2.1.Antecedentes históricos.....	52
3.2.2.Criterios diagnósticos de la Demencia Tipo de Alzheimer.....	52
3.2.3.Evolución de la Demencia Tipo Alzheimer.....	58
3.3. Conversación y deterioro cognitivo.....	59
3.3.1.Adulto mayor y conversación.....	60
3.3.2.Deterioro cognitivo leve y conversación.....	62
3.3.3.Alteraciones lingüísticas y de la conversación en personas con Demencia Tipo Alzheimer.....	63
3.4. Reformulación conversacional en personas con Demencia Tipo Alzheimer.....	73
4. CAPITULO 4: METODOLOGÍA.....	77
4.1. Preguntas de investigación.....	77
4.2. Objetivos general y específicos .....	77
4.3. Hipótesis.....	77
4.4. Enfoque epistemológico.....	78
4.5. Diseño de investigación.....	80
4.5.1.Procedimiento de muestreo.....	80
4.5.2.Selección de Participantes.....	81
4.5.3.Proceso de inclusión de participantes.....	83
4.5.4.Características de los participantes.....	84
4.6. Técnica e instrumentos.....	87
4.6.1. Instrumentos usados para desarrollar el perfil neuropsicológico de los participantes.....	87
4.6.2.Técnica cualitativa y procedimiento de elicitación.....	90

4.7. Transcripción de los datos orales.....	92
4.8. Rol del investigador.....	94
4.9. Escenario de investigación.....	94
4.10. Criterios de rigor científico.....	94
4.11. Plan de análisis.....	95
4.12. Paradigma de codificación.....	96
<b>5. CAPITULO 5: RESULTADOS</b> .....	<b>99</b>
5.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	99
5.1.1. Perfil neuropsicológico de los participantes.....	99
5.1.2. Comparación de medidas por test aplicado.....	103
5.1.3. Grado de Deterioro Global.....	106
5.1.4. Resultados de la evaluación mediante el test de Boston.....	108
5.1.5. Resultados de la evaluación mediante el test <i>MetAphAs</i> .....	111
5.1.6. Presentación de correlaciones entre el GDS, las pruebas cognitivas y lingüísticas.....	115
5.2. RESULTADOS CUALITATIVOS.....	121
5.2.1. Etapa de codificación abierta. Análisis en relación a la emergencia de los códigos.....	122
5.2.1.1. <i>Memoria</i> .....	125
5.2.1.2. <i>Dificultades de acceso al léxico</i> .....	126
5.2.1.3. <i>Parafasias</i> .....	127
5.2.1.4. <i>Narraciones</i> .....	128
5.2.1.5. <i>Auto-reformulación auto-iniciada</i> .....	129
5.2.1.6. <i>Hetero-reformulación</i> .....	130
5.2.1.7. <i>Tipos de enunciados fuentes</i> .....	132
5.2.1.8. <i>Tipos de enunciados reformuladores</i> .....	135
5.2.1.9. <i>Reformulación adecuada</i> .....	138
5.2.1.10. <i>Reformulación inadecuada</i> .....	139
5.2.2. Etapa de codificación Axial.....	141
5.2.2.1. <i>Condiciones antecedentes</i> .....	142
5.2.2.2. <i>Fenómeno</i> .....	154
5.2.2.3. <i>Contexto</i> .....	163
5.2.2.4. <i>Condiciones intervinientes</i> .....	164
5.2.2.5. <i>Estrategias de intervención</i> .....	172
5.2.2.6. <i>Consecuencias</i> .....	183
<b>6. CAPITULO 6: DISCUSIÓN</b> .....	<b>189</b>
6.1. INTRODUCCIÓN AL MODELO SELECTIVO.....	189
6.2. DESARROLLO DEL MODELO SELECTIVO: DISCUSIÓN TEÓRICA....	193
6.2.1. Actividades de reformulación conversacional.....	193
6.2.1.1. Auto-reformulación auto-iniciada.....	193
6.2.1.2. Auto-reformulación iniciada por otro.....	194
6.2.1.3. Hetero-reformulación iniciada por otro.....	194
6.2.2. Caracterización de la reformulación conversacional en relación con nivel de deterioro global.....	197
6.2.2.1. <i>Dificultades de acceso al léxico</i> .....	197
6.2.2.2. Comprensión y producción de discurso.....	205
6.2.2.3. Aspectos cognitivos: atención, memoria y funciones ejecutivas..	211
6.3. Principales diferencias entre grupo control y grupo casos.....	215
6.3.1. Hipótesis de la evaluación metalingüística.....	215
6.3.2. Propósito de la reformulación y sus consecuencias: adecuación e inadecuación.....	216
6.3.3. Rol del interlocutor.....	218

7. CONCLUSIONES.....	222
8. REFERENCIAS .....	225
9. ANEXOS.....	255
9.1. Anexo 1: Escala CDR.....	256
9.2. Anexo 2: Escala GDS.....	257
9.3. Anexo 3: Consentimientos Informados.....	258
9.4. Anexo 4: Aprobación comité de ética.....	262
9.5. Anexo 5: Pruebas neuropsicológicas.....	263
9.5.1.Minimental.....	263
9.5.2.Cuestionario de Pfeffer.....	265
9.5.3.Batería de evaluación frontal.....	266
9.5.4.Prueba memoria verbal del rey.....	268
9.6. Anexo 6; Entrevista semiestructurada.....	269
9.7. Anexo 7: Test MetAphAs.....	270
9.8. Anexo 8: Muestra de entrevistas transcritas.....	272
9.8.1.Entrevista a persona con DTA.....	272
9.8.2.MetAphAs persona con DTA.....	277
9.8.3.Entrevista a persona control.....	280
9.8.4.MetAphAs persona control.....	285



## LISTADO ABREVIATURAS

<b>AC:</b>	Análisis Conversacional
<b>ACE-R:</b>	<i>Adembrook Cognitive Assesment</i> (revisado) y
<b>MoCA:</b>	<i>Montreal Cognitive Assesment</i>
<b>AM:</b>	Adulto Mayor
<b>AAMM:</b>	Adultos Mayores
<b>APA:</b>	Asociación Americana de Psiquiatria
<b>AVD:</b>	Actividades de la vida diaria
<b>AVDI:</b>	Actividades de la vida diaria instrumentales
<b>CEC:</b>	Comité de ética científico
<b>CDR:</b>	<i>Clinical Dementia Rating</i>
<b>CIE-11</b>	<i>Clasificación Internacional de Enfermedades</i> , versión onceava
<b>COVID-19:</b>	Coronaviridae, CoV, o Coronavirus, 19
<b>SARS-CoV-2:</b>	Síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2
<b>DCL:</b>	Deterioro cognitivo leve
<b>DTA:</b>	Demencia tipo Alzheimer
<b>DSM-V:</b>	Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, versión 5
<b>EA:</b>	Enfermedad de Alzheimer
<b>ELEAM:</b>	Establecimientos de larga estadía para AAMM
<b>FAST:</b>	<i>Funcional Assessment Staging</i>
<b>FAB:</b>	<i>Frontal assesment batery</i> - Batería de Evaluación Frontal
<b>FV:</b>	Fluencia verbal
<b>FAS:</b>	Fluencia verbal con F, A y S
<b>GDS:</b>	<i>Global Deterioration Scale</i> – escala de deterioro global
<b>GAFA:</b>	Grupo de Apoyo a Familiares de Personas con Alzheimer
<b>IWG:</b>	<i>International Working Group</i>
<b>LIWC:</b>	<i>Linguistic Inquiry and Word Count</i>
<b>MRP:</b>	Marcador de reformulación parafrástica
<b>MMSE</b>	<i>Mini Mental State Examination</i>
<b>MINSAL:</b>	Ministerio de Salud de Chile
<b>MetAphAs:</b>	Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en Afasia
<b>NIA-AA:</b>	<i>National Institute on Aging</i> y la <i>Alzheimer's Association</i>
<b>NIMH:</b>	<i>National Institute of Mental Healt</i>
<b>NINCDS:</b>	<i>National Institute of Neurological and Communicative Disorders</i>
<b>ADRDA:</b>	<i>Alzheimer's Disease and Related Disorders Association</i>
<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>PerLA:</b>	Percepción, Lenguaje y Afasia
<b>SPSS:</b>	
<b>RAVLT:</b>	<i>Rey Auditory Verbal Learning Test</i>
<b>SDD:</b>	Span de dígitos directos
<b>SDI:</b>	Span de dígitos inversos
<b>ToM:</b>	en inglés, <i>Theory of Mind</i> – teoría de la Mente
<b>TCE:</b>	Traumatismo craneoencefálico
<b>TVB:</b>	Test de vocabulario de Boston
<b>TBA:</b>	Test de Boston abreviado

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.1</b>	<i>Efectos de un cerebro envejecido en las habilidades del lenguaje.....</i>	22
<b>Tabla 2.1</b>	<i>Rasgos que caracterizan la conversación espontánea (Sacks, Sherglof y Jefferson, 1974).....</i>	31
<b>Tabla 2.2</b>	<i>Resumen de clasificación de Gülich y Kotschi (1987 y 1997; citados Silva 2010).....</i>	36
<b>Tabla 2.3</b>	<i>Resumen reformulación parafrástica.....</i>	39
<b>Tabla 2.4</b>	<i>Resumen reformulación no parafrástica.....</i>	41
<b>Tabla 3.1</b>	<i>Criterios diagnósticos DSM-V.....</i>	54
<b>Tabla 3.2</b>	<i>Criterios diagnósticos NIA-AA.....</i>	56
<b>Tabla 4.1.</b>	<i>Criterios clínicos del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) para la DTA, apartados A y C.....</i>	83
<b>Tabla 4.2</b>	<i>Características de los participantes del grupo control en relación con el género, la edad y la escolaridad.....</i>	84
<b>Tabla 4.3</b>	<i>Características de los participantes con DTA en relación con el género, la edad y la escolaridad.....</i>	85
<b>Tabla 4.4</b>	<i>Prueba estadística Chi cuadrado de Pearson.....</i>	85
<b>Tabla 4.5</b>	<i>Pruebas de Normalidad.....</i>	86
<b>Tabla 4.6</b>	<i>Prueba T de Student para Edad y Escolaridad.....</i>	86
<b>Tabla 4.7</b>	<i>Lista de convenciones para la transcripción de datos conversacionales de Tusón (1997).....</i>	93
<b>Tabla 5.1</b>	<i>Resultados descriptivos de las pruebas neuropsicológicas de los participantes del grupo control y del grupo casos.....</i>	100
<b>Tabla 5.2</b>	<i>Resultados prueba T-Student para comprobar la igualdad de medias.....</i>	105
<b>Tabla 5.3</b>	<i>Frecuencias del grado de deterioro global registradas en los Participantes.....</i>	107
<b>Tabla 5.4</b>	<i>Resultados del Test de Boston Abreviado.....</i>	109
<b>Tabla 5.5</b>	<i>Resultados de los puntajes obtenidos en MetAphAs en toda la muestra. Se muestran puntajes por sección y los puntajes totales.</i>	112
<b>Tabla 5.6</b>	<i>Resultados descriptivos de los puntajes obtenidos del grupo casos por sección de la prueba MetAphAs.....</i>	113
<b>Tabla 5.7</b>	<i>Resultados descriptivos de los puntajes obtenidos del grupo control por sección de la prueba MetAphAs.....</i>	113
<b>Tabla 5.8</b>	<i>Resultados de prueba Anova de un factor.....</i>	114
<b>Tabla 5.9</b>	<i>Correlación entre edad, escolaridad y grado de deterioro global y test cognitivos y lingüísticos de la muestra completa.....</i>	116
<b>Tabla 5.10</b>	<i>Correlación entre edad, escolaridad y grado de deterioro global y test cognitivos y lingüísticos del grupo Casos.....</i>	118
<b>Tabla 5.11</b>	<i>Correlación entre edad, escolaridad y grado de deterioro global y test cognitivos y lingüísticos del grupo Control.....</i>	119
<b>Tabla 5.12</b>	<i>Participantes y ubicación de sus entrevistas en ATLAS.ti.....</i>	121
<b>Tabla 5.13</b>	<i>Códigos emergentes usados en ATLAS.ti y la cantidad de citas asociadas.....</i>	122
<b>Tabla 5.14</b>	<i>Códigos y citas asociadas a defectos de memoria, por grupo.....</i>	125
<b>Tabla 5.15</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a dificultades de acceso al léxico, por grupo.....</i>	127

<b>Tabla 5.16</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a parafasia, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	128
<b>Tabla 5.17</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a dificultades en la narración, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	129
<b>Tabla 5.18</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a la auto-reformulación auto-iniciada, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	130
<b>Tabla 5.19</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a hetero-reformulación, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	130
<b>Tabla 5.20</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a enunciados fuentes, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	132
<b>Tabla 5.21</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a enunciados reformuladores, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	136
<b>Tabla 5.22</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a reformulación adecuada, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	139
<b>Tabla 5.23</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a reformulación inadecuada, en Grupo control y en grupo DTA.....</i>	139
<b>Tabla 5.24</b>	<i>Códigos de Condiciones Antecedentes.....</i>	144
<b>Tabla 5.25</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a dificultad en el manejo de tópicos.....</i>	147
<b>Tabla 5.26</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a enunciados incoherentes.....</i>	152
<b>Tabla 5.27</b>	<i>Citas asociadas a dificultades de comprensión.....</i>	154
<b>Tabla 5.28</b>	<i>Códigos del foco temático ‘Fenómeno’.....</i>	156
<b>Tabla 5.29</b>	<i>Citas asociadas a la estructura de la reformulación.....</i>	158
<b>Tabla 5.30</b>	<i>Cantidad de citas asociados a tipos de reformulación.....</i>	161
<b>Tabla 5.31</b>	<i>Tipos de relación de reformulación: parafrástica o no parafrástica.....</i>	162
<b>Tabla 5.32</b>	<i>Códigos y súper códigos asociados al foco temático de ‘condiciones Intervinientes’.....</i>	166
<b>Tabla 5.33</b>	<i>Códigos y supercódigos asociados al foco temático de ‘estrategias de intervención’.....</i>	174
<b>Tabla 5.34</b>	<i>Citas asociadas a las peticiones de reformulación.....</i>	180
<b>Tabla 5.35</b>	<i>Citas asociadas a la reafirmación de la hetero-reformulación...</i>	181
<b>Tabla 5.36</b>	<i>Citas asociadas al resumen temático del interlocutor.....</i>	182
<b>Tabla 5.37</b>	<i>Citas asociadas a la retomada del tópico del interlocutor.....</i>	182
<b>Tabla 5.38</b>	<i>Códigos y súper-códigos asociados al foco temático ‘Consecuencias’.....</i>	184
<b>Tabla 5.39</b>	<i>Citas asociadas a la adecuación de las reformulaciones.....</i>	187

## ÍNDICE GRÁFICOS

<b>Gráfico 5.1.</b>	<i>Porcentaje del grado de deterioro global registradas en los participantes por grupos.....</i>	107
<b>Gráfico 5.2</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a enunciados fuentes, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	133
<b>Gráfico 5.3</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a enunciados reformuladores, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	136
<b>Gráfico 5.4</b>	<i>Cantidad de citas asociadas a reformulación inadecuada, en grupo control y en grupo DTA.....</i>	140

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 4.1</b>	<i>Esquema general aplicado a AC, en Ashmore y Reed, 2000.....</i>	97
<b>Figura 5.1</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco Temático llamado “Condiciones Antecedentes”.....</i>	143
<b>Figura 5.2</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado ‘Fenómeno’.....</i>	155
<b>Figura 5.3</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado Contexto.....</i>	163
<b>Figura 5.4</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado Condiciones Intervinientes.....</i>	165
<b>Figura 5.5</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado Estrategias de Intervención.....</i>	173
<b>Figura 5.6</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado Consecuencias.....</i>	183
<b>Figura 6.1</b>	<i>Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el Modelo Selectivo.....</i>	192

## RESUMEN

Las actividades de reformulación son frecuentes en las conversaciones cotidianas de toda persona y son una marca textual de procesos cognitivos-lingüísticos de la producción discursiva. La presente investigación pretende describir y analizar las actividades de reformulación en adultos mayores con y sin Demencia Tipo Alzheimer (DTA), en el marco de una conversación informal, desde una perspectiva socio-cognitivista. Se enmarca además dentro del campo de la investigación sobre el desempeño lingüístico conversacional de los adultos mayores.

Para llevar a cabo la presente investigación, y bajo el enfoque de la investigación cualitativa, se utilizó el Análisis Conversacional, el cual se considera como una de las principales corrientes de la investigación etnometodológica (Flick, 2007), desde la cual es posible analizar datos empíricos de textos naturales. A través de dos tareas conversacionales por participante (Entrevista autobiográfica y algunos ítems del test *MetAphAs*), se obtuvo un corpus de 40 entrevistas que se analizaron bajo el enfoque cualitativo de Análisis Conversacional y con ayuda del software ATLAS.ti que permitió realizar la codificación, la generación de conceptos y el desarrollo de explicaciones a partir de los datos mismos, que luego fueron contrastados con el marco teórico previo.

Los resultados muestran que existen diferencias entre las reformulaciones de los controles en comparación con las personas con DTA. Las personas con DTA realizan menos auto-reformulación y más hetero-reformulaciones que las personas control, poniendo en evidencia el descenso de la responsabilidad en la reparación y una consecuente reducción de la evaluación metalingüística respecto a la valoración sobre sus propias producciones y cómo éstas favorecen o no la comprensión mutua. Cabe mencionar respecto a la hetero-reformulación iniciada por otro, que la secuencia de reparación, además de incluir un enunciado fuente y un enunciado reformulador, incluye un tercer elemento que es muy relevante para el desarrollo de la conversación. Tras el enunciado reformulador aparece siempre una respuesta del hablante que sirve como validación general del procedimiento reparativo. Tomando en cuenta que las hetero-reformulaciones fueron más frecuentes en las personas con DTA, la afirmación o validación de la reformulación por su parte indica el esfuerzo del hablante con DTA por mantenerse en línea dentro del desarrollo de la reformulación, poniendo en evidencia que la interacción conversacional sigue siendo co-construida por los participantes. El hablante con DTA, entonces, sigue interesado en mantener la conexión interactiva con su interlocutor.

Otro aspecto muy relevante se relaciona con el hecho de que muchas de las reformulaciones de responsabilidad del participante con DTA no corregían o adecuaban el discurso, no cumpliendo con la finalidad de la reparación, en contraste con las reformulaciones realizadas por el grupo control. Esto probablemente esté relacionado con las características cognitivo-lingüísticas de los participantes, que, según el análisis realizado, mostró que las reformulaciones se iniciaban por la manifestación marcada de dificultades de acceso al léxico, elaboración de enunciados incoherentes, parafasias, errores en sus narraciones y por la dificultad para mantenerse en el tópico.

Por último, se destaca el rol del interlocutor cuyas actividades son claves para conseguir una comunicación funcional disponiendo para ello diversas estrategias, tales como, las hetero-reformulaciones, las retomadas del tópico, las reparaciones indirectas y los giros temáticos funcionales. En este contexto, las actividades de reformulación pueden

ser parte de las estrategias por parte del interlocutor sin demencia, para compensar las limitaciones lingüísticas que las personas con DTA presentan, ya que permiten construir de manera adecuada y cooperativa la coherencia del discurso durante la conversación.

**Palabras clave:** Actividad de reformulación, demencia tipo Alzheimer, análisis conversacional

## ABSTRACT

Reformulation activities are frequent in the daily conversations of every person and are a textual mark of cognitive-linguistic processes of discursive production. This research aims to describe and analyze the reformulation activities in older adults with and without Alzheimer-type Dementia (AD). Through two conversational tasks per participant, a corpus of 40 interviews was obtained that was analyzed under the qualitative approach of Conversational Analysis and with the help of the ATLAS.ti software, the coding, the generation of concepts and the development of explanations were carried out. of the same data, which were then contrasted with the previous theoretical framework. The results show that there are differences between the reformulations of the controls compared to people with AD. People with AD carry out less self-reformulation and more hetero-reformulation than control people, evidencing the decrease in cognitive and metalinguistic abilities.

Another very relevant aspect is related to the fact that many of the reformulations of responsibility of the participant with AD did not correct or adapt the discourse, they did not fulfill the purpose of the repair, in contrast to the reformulations made by the control group. This is probably related to the cognitive-linguistic characteristics of the participants, which, according to the analysis carried out, showed that the reformulations were initiated by the marked manifestation of difficulties in accessing the lexicon, elaboration of incoherent statements, paraphasias, errors in their narrations and due to the difficulty in stabilizing on the topic.

Finally, the role of the interlocutor is highlighted, whose activities are key to achieving functional communication, disposing various strategies for this, such as hetero-reformulations, retaking of the topic, indirect repairs and functional thematic turns. In this context, the reformulation activities can be part of the strategies by the interlocutor without dementia, to compensate for the linguistic limitations that people with AD present, since they allow the coherence of the discourse to be constructed appropriately and cooperatively during the conversation.

**Keywords:** Reformulation activity, Alzheimer-type dementia, conversational analysis

## CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

### 1.1. El papel del adulto mayor en la historia: breve recorrido

Cuando alguien quiere referirse al adulto mayor (AM), se enfrenta al difícil problema de precisar los límites que el concepto tiene. Basta con preguntarse diversas cuestiones para entender que el concepto ‘adulthood mayor’ puede implicar más variables de las que comúnmente se podrían esperar, preguntas tales como: ¿qué es ser AM?, ¿qué significa ser AM en nuestra sociedad?, ¿desde cuándo empezamos a ser AAMM?, ¿existe un momento preciso en el que podemos identificarnos como mayores?

Para comenzar su revisión, es necesario decir que el término es relativamente nuevo. Es recién en 1996 cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) resuelve llamar “Personas Adultas Mayores” a aquellas de la tercera edad, es decir, a personas que tienen 60 o más años, con el objetivo de una mejor comprensión y de mejores acciones políticas, sociales y de salud dirigidas a este grupo etario, proceso que viene dándose desde hace varias décadas. Con anterioridad a esa resolución, la realidad del AM, en cuanto a su significado y rol social, y a su posición dentro de las políticas públicas, ha sido bastante variable.

En las primeras sociedades, cuando el hombre dejó de ser nómada y comenzó a vivir asentado en un lugar geográfico específico, organizándose en clanes y tribus, el anciano comenzó a tener un lugar especial dentro de la estructura social. El AM comienza a ser valorado por su experiencia otorgándole el privilegio y el poder de dirigir rituales y ceremonias sobre las cuales se manejaban los significados más relevantes de su sociedad. E incluso en el Antiguo Testamento se destaca constantemente la dignidad y sabiduría de las personas mayores, y se destaca también las especiales cualidades de la vejez para asumir cargos elevados (Carbajo, 2008). El anciano era concebido como un “Sabio”.

Más tarde, en la época de los grandes imperios, donde las sociedades estaban divididas entre aquellos que manejan el poder y las riquezas, y los que no tenían nada, el anciano podía contar con grandes privilegios o todo lo contrario. Es así como una persona mayor que mostraba acumulación de conocimientos y experiencia podía cumplir con el rol de sumo sacerdote y dedicarse a traspasar los conocimientos a aquellos más privilegiados. En la antigua Grecia y Roma, los mayores podían incluso tomar decisiones políticas importantes y ser los que decidían sobre el destino de todo lo concerniente a su grupo familiar. En el caso contrario, el anciano pasaba a ser parte de los grupos más desposeídos. Esta dualidad se refleja en las diferentes miradas de la vejez para Platón y Aristóteles. Para el primero, representa la etapa de la vida en la que las personas alcanzan cualidades que les permiten ocupar funciones de gran divinidad y responsabilidad, mientras que, para Aristóteles, siendo la senectud la última etapa de la vida, equivale al deterioro y la ruina, asociándola frecuentemente a la enfermedad (Carbajo, 2008).

En la época medieval del mundo occidental, donde la iglesia se consolida como una institución poderosa que conserva y trasmite su herencia (Martínez et al. 2002), proliferaron los conventos y monasterios, y los ancianos formaban parte importante del resguardo cultural, pues allí se alojaban los “grandes sabios”, que, gracias a la opción de



vivir más cómodamente, lograban vivir más allá de los 40 años. En este sentido, el AM podía contar con un rol social privilegiado en la medida en que representaba la acumulación de conocimientos y de experiencia en torno a un oficio. El AM era considerado como un “Maestro”. A pesar de esta posición privilegiada de algunos pocos, a finales de la Edad Media se mantiene la imagen negativa de la vejez, vista como un mal, un castigo divino, símbolo de deterioro y mendicidad que refuerza la concepción del paraíso como “eterna juventud” (Martínez et al, 2002).

Luego, en el Renacimiento, los hombres intentaban prolongar la juventud a través de la magia, la alquimia, la religión y la filosofía, prevaleciendo la imagen negativa de la vejez. Sin embargo, en esta época existía una preocupación por el desarrollo de las artes y la ciencia, y eran los AAMM quienes aportaron grandes visiones, teorías y obras artísticas. Se puede contar a Leonardo Da Vinci, Miguel Ángel, Botticelli, Shakespeare, Kepler, solo por mencionar a algunos. Las personas que llegaban a la vejez, si pertenecían a las clases sociales privilegiadas, recibían la atención de sus familias o recurrían al retiro monástico; mientras que los campesinos si no eran atendidos por sus familias, la Iglesia Católica aplicando su concepto de solidaridad, prestaba ayudas a los más desvalidos, incluyendo en este grupo a los más viejos.

Con la revolución industrial, la sociedad cambia abruptamente, generándose nuevas estratificaciones sociales. Junto con ello, se aprecia un crecimiento notable de la población, aumentando sobre todo aquella con menos privilegios. Las personas son valoradas en términos económicos y comerciales, y aquellos que cuentan con mejor valoración son los que pertenecen al grupo activo, aquellos que trabajan, mientras que los que no lo hacen o no pueden hacerlo, constituyen el grupo de los más desvalidos, siendo los AAMM parte de él. El surgimiento de la burguesía marcada por la estructura social financiera y mercantil, posiciona al anciano dueño de empresas como símbolo de unidad y permanencia, permitiendo a través de ella la trasmisión de riquezas y su acumulación, que es la base del capitalismo e individualismo burgués (Martínez et al. 2002).

Paralelamente, en América, los pueblos originarios poseen una cosmovisión diferente a la europea. Para ellos el AM representa ideales de sabiduría y conocimiento, y representan los valores sociales más altos que los definen como pueblo. La imagen del anciano se asemeja a la imagen de los dioses, lo que contrasta con el desarrollo occidental de una percepción más bien negativa, donde el envejecer es sinónimo de pérdida de vitalidad.

Los estereotipos negativos son los que caracterizan la percepción social occidental de la vejez. Una persona vieja es sinónimo de decadencia, de inutilidad y de improductividad, todos estos términos alejados de la valoración positiva de experiencia y sabiduría con la que se gozaba en otros contextos. Incluso en el mundo oriental el AM gozaba de una posición de importancia pues era un período relevante de la vida, lo que se vino a modificar con la incorporación de las visiones de productividad venidas de occidente cuyo culto a la juventud marginalizó a la vejez (Estrada et al., 2003)

Más adelante, tras la Segunda Guerra Mundial, aparece el concepto de Derechos Humanos, concepto que trae consigo la necesidad de cambios sociales, de visión y respeto por la vida humana. Y esta transformación es el cimiento de muchas otras, que son el antecedente de los intentos actuales de modificar positivamente la realidad del AM.

## 1.2. El adulto mayor en la actualidad

Se podría decir que el concepto de “Personas Adultas Mayores” enunciado por la ONU en 1996, tiene como raíz un proceso largo de sensibilización en torno a la vida humana y sus derechos, y a la atención de la realidad mundial en la cual existe un aumento creciente de la esperanza de vida y, por lo tanto, de la cantidad de personas mayores en el mundo. Se espera que, en el año 2050, la población mayor aumente de 600 a 2.000 millones, esperando que el porcentaje de personas de 60 o más se duplique, pasando de un 10% a un 21% (Valladares et al. 2007; Rodríguez-Piñero, 2011).

Las primeras reflexiones sobre el envejecimiento surgen en los años 60 también en la ONU. En 1982 se realiza la *Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* en la cual se produjo el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento basado en 62 puntos”. Aquí se sugieren acciones específicas en asuntos tales como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores de edad, la vivienda y el medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad de ingreso y el empleo, la educación y la recopilación y análisis de datos derivados de investigación (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2002).

Más tarde, en 1991, en la Asamblea General de la ONU, se enuncian cinco principios en los que se detallan los derechos que los AAMM deberían tener. Los principios son los siguientes: *Independencia, Participación, Atención, Autorrealización y Dignidad*. De esta manera, se pretende incentivar que los gobiernos desarrollen planes y programas sustentados sobre estas nociones. Al año siguiente se designa a 1999 como el Año Internacional para las Personas Mayores bajo el lema “Una sociedad para todas las edades”, ejerciendo una gran influencia en las diversas naciones sobre el tema.

Las actividades continuaron, y en el año 2002 en España se realiza la *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* con el objetivo de diseñar una política internacional para el siglo XXI. En este contexto se adoptó una *Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, donde se buscaba concretar cambios actitudinales, políticos, sociales de salud y bienestar para potenciar las fortalezas vinculadas a los AAMM del siglo veintiuno.

América Latina y el Caribe se encuentran en un proceso de transición demográfica, en el cual se manifiesta el envejecimiento de su población de una manera extremadamente rápida (Palloni et al. 2005). El desafío más importante a enfrentar es el poder generar los mecanismos para garantizar una seguridad y un nivel mínimo de soporte socioeconómico para las personas de más edad, porque el contexto de América Latina y el Caribe está caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar (Valladares et al., 2007). Para lograr cambiar esta realidad, se está trabajando fuertemente en reformas que van desde el sistema de seguridad social, hasta los concernientes al sistema de acceso a la salud. Estos cambios, evidentemente no son rápidos y se espera que después de una larga transición las condiciones de las personas mayores sean mejores.

Desde hace varias décadas se inició en Chile un cambio demográfico caracterizado por el descenso de la natalidad y por la disminución de la mortalidad con el consecuente

aumento de la esperanza de vida. Esto ha incidido en que el país hoy se sitúe en una etapa bastante avanzada en la transición al envejecimiento demográfico de su población, entendida como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 y más años en relación con la población total (Huenchuan et al. 2007). En 1975, la tasa global de fecundidad era de 3,6 hijos promedio y la esperanza de vida era de 63 años. En el año 2005, la tasa de fecundidad se redujo a 2,0 hijos de promedio y la esperanza de vida aumentó a los 77 años de edad. Se proyecta que para el año 2050, la tasa de fecundidad se reduzca a 1,85 hijos y la esperanza de vida supere los 80 años. De acuerdo con el CENSO 2017, la población mayor alcanzó el 11,4% (INE, 2018) y para el año 2035 se espera que 3.993.821 (18,9%) de la población esté en el rango de 65 años y más (INE, 2019).

### **1.3. Características del adulto mayor**

El envejecimiento es un proceso universal y en la especie humana está determinado por factores intrínsecos, pudiendo ser influenciado por factores extrínsecos o ambientales. Este proceso de cambio es continuo ya que se da desde que se nace, avanzando desde la juventud a la senectud. Del mismo modo en que el tiempo avanza, inevitablemente se envejece, lo que trae consigo modificaciones biopsicosociales que se caracterizan por la reducción tanto de la capacidad de adaptación como de la capacidad de reserva del organismo. Esto produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés que pueden llevar a la muerte (García, 2009).

El envejecimiento se puede manifestar de modo variable de un sujeto a otro, debido a la interacción entre los factores intrínsecos y extrínsecos. Pueden interferir, por ejemplo, factores de género, origen, lugar donde se vive, tamaño familiar, habilidades para la vida, experiencias, exposición al estrés, falta de ejercicio y nutrición inadecuada (Itsuko et al., 2011).

Al margen de esta variabilidad, existen cinco características comunes entre las personas mayores (García, 2009):

- El aumento de la mortalidad después de la madurez.
- Cambios bioquímicos en la composición de los tejidos.
- Disminución progresiva de las funciones fisiológicas, como, por ejemplo, el deterioro progresivo de la percepción visual y auditiva, la reducción de la coordinación motora, el descenso de la memoria o la atrofia o degeneración de órganos vitales, que en suma comprometen la vida del organismo.
- Menos habilidad para responder a estímulos ambientales, lo que se traduce en lentitud en sus respuestas adaptativas.
- Aumento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades (Troen, 2003, como se citó en García, 2009)

Desde una mirada antropológica, los cambios asociados al envejecimiento influyen también sobre los roles y comportamientos sociales. La persona mayor, en esta etapa, deja de trabajar para pasar a ser una persona jubilada. La ambición, el afán de poder y el deseo, están en mayor o menor medida apagados y se asume una actitud general de alejamiento o de toma de distancia como una nueva forma de estar en el mundo (Dörr, 2005). La

reducción de la movilidad general, por otra parte, lleva al anciano a construir un espacio privado más amplio, donde es frecuente, por ejemplo, en algunos casos, el apego a la religiosidad. El AM se muestra apegado a las pequeñas cosas, a los detalles que para otros no tienen importancia y se observa un proceso de “esencialización”, en el que manifiesta mayor capacidad tanto de aprendizaje de valores eternos, como de transmisión de esos conocimientos (Dörr, 2005).

Desde este mismo enfoque, otro aspecto interesante es el cambio de la temporalidad. En la vejez, sin las presiones cotidianas que exigen un ir y venir en torno a responsabilidades laborales y familiares, el tiempo se percibe como un avance de lento transcurrir. El AM vuelve a la sensación infantil de omnipotencia, pues en cualquier momento podrá hacer esto o aquello (Dörr, 2005). Se observa también la tendencia a no hacer distinciones entre los momentos que tienen importancia y los que no, siendo cada uno de ellos equivalentes. Esto hace que aparezcan reacciones exageradas frente a situaciones no relevantes, sean estas positivas o no.

Por último, en la persona mayor, junto con la posibilidad de vivir un presente más intenso, aparece la tendencia a recordar vívidamente el pasado remoto. Como afirma Dörr (2005):

El anciano vive intensamente recuerdos lejanos, repasa minuto a minuto lo que fuera su niñez, su juventud y primera madurez y aprovecha toda la fuerza vital que el adulto gasta en proyectos para vivir con redoblada intensidad y a veces también en profundidad, en ese presente que tiene ahí delante: un nieto, un paisaje, una conversación. (Dörr, 2005, p. 116).

Desde un punto de vista psicosocial, Zapata (2001) menciona que el concepto de “Vejez” lleva consigo atribuciones negativas procedentes de la difusión de la identidad asociada a la pérdida del rol social. El grupo de AAMM pasa a ser un grupo diferenciado del resto de la sociedad, cuyas atribuciones nacen fuera de él. Esto significa que es la sociedad excluyente la que define la palabra “viejo” como indeseado, incapacitado y/o limitado. Por otra parte, el anciano al estar en una posición poco privilegiada corre peligro de definirse a sí mismo a través de sus enfermedades: «*soy diabético*», «*soy hipertenso*», etc. Este mismo autor, propone que la reconceptualización del concepto de “vejez” podría darse a través de una mayor participación en organizaciones comunitarias. La participación como una forma de integración permitiría reivindicar las atribuciones positivas, dado que la persona mayor en estos espacios desarrolla potencialidades propias asociadas a esta etapa: serenidad de juicio, experiencia, conocimiento, madurez vital y perspectiva de la historia personal y social.

Pero, además de todos estos cambios vinculados con el paso del tiempo, con la edad cronológica, el AM debe enfrentarse a la posibilidad inminente de la muerte que llega más latentemente con las enfermedades, como se detallará más adelante.

Finalmente, cabe hacer notar que el AM sano no es necesariamente aquel sin patologías sino más bien “aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal” (OMS, 1985, como se cita en Sanhueza et al., 2005). Por lo tanto, cuando en este trabajo se hace referencia al AM sano, se hace referencia al AM funcional y sin deterioro cognitivo patológico.

#### 1.4. El adulto mayor y la patología

Desde un punto de vista patológico ciertas condiciones de salud, si bien variables de un sujeto a otro, también son características de este grupo etario. Para hacer referencia a este aspecto, en geriatría se habla de “síndromes geriátricos”: ictus (accidentes cerebro vasculares) inmovilidad, incontinencia, inestabilidad de la marcha y demencia (Dinamarca, 2012). Dinamarca sintetiza la progresión de estas enfermedades de la siguiente manera:

- *Progresión lineal*: evolucionan irremisiblemente hacia la pérdida de funcionalidad, dependencia y muerte si es que no se realizan intervenciones a tiempo.
- *Autoperpetuación*: generación de círculos viciosos que dificultan la recuperación, facilitando más bien la progresión de la patología.
- *Contagiosidad*: no tanto en el estricto sentido de la palabra como en el figurado, pues la pérdida de autonomía es asumida por terceros que terminan comprometiendo sus propios recursos funcionales.
- *Expansividad*: estas patologías se asocian entre sí y atacan diversas áreas que aparentemente no tienen que ver unas con otras.

De esta manera, el envejecimiento patológico adquiere para el AM una realidad compleja y difícil de sobrellevar, sobre todo si se carece de recursos económicos, sociales y afectivos.

Los síndromes geriátricos, entonces, son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población (Luengo et al., 2006). Los procesos patológicos en la vejez tienen un curso de progresión que se escapa del modelo clásico de la enfermedad, observándose frecuentemente que los factores de morbilidad actúan de manera sumatoria llevando irremediablemente a la muerte.

Dentro de los principales síndromes geriátricos encontramos la demencia, que se refiere al declinar de las funciones cognitivas que van produciendo en el sujeto una discapacidad progresiva, y, en consecuencia, una afectación de la calidad de vida. Al descender las capacidades cognitivas se reduce la velocidad de respuesta y se limita el procesamiento de la información, la capacidad adaptativa y la resolución de problemas, repercutiendo además en las relaciones sociales derivadas del déficit comunicativo y lingüístico.

Los cambios a nivel de memoria suelen ser los más comunes en el proceso de envejecimiento, especialmente en relación con acontecimientos recientes, descenso de la calidad de vida, retardo en la velocidad de memorización e incapacidad para nuevos aprendizajes y para la evocación de información (Casanova-Sotolongo et al., 2004). Los límites entre estos cambios benignos y el desarrollo patológico son poco claros, por lo que no está exento de controversias. Se reconoce la existencia de un deterioro de memoria asociado a la edad, de un Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y de la demencia. En cuanto a los cambios cognitivos asociados a la edad, la evidencia muestra que existen bajas

consecuencias negativas sobre el funcionamiento general de la persona (realización de trámites, manejo del dinero, control y uso de medicamentos) y que existen otros factores que entran en juego al valorar la funcionalidad de la persona como el carácter, la emocionalidad, el mundo laboral, etc. (Salthouse, 2012). Esto cambia cuando se sobrepasa los límites de las puntuaciones de la evaluación indicando que existen elementos patológicos en el funcionamiento cognitivo. En cuanto al DCL, las principales afecciones registradas guardan relación con la memoria, aunque otros dominios cognitivos pueden verse alterados, tales como el lenguaje y las funciones ejecutivas, sin necesariamente comprometer el funcionamiento global de la persona en su vida diaria. Mayores detalles sobre este tema se revisarán en el siguiente capítulo.

La demencia, en definitiva, es un cuadro clínico más complejo en el cual se manifiesta un daño severo de las capacidades intelectuales (Esparza, 2005) e incluye una serie de cuadros entre los cuales, la demencia tipo Alzheimer (DTA) es uno de los más frecuentes, constituyendo más del 50% de los casos (Delgado y Salinas, 2009). Los déficits incluyen un deterioro de la memoria y al menos uno de los siguientes síndromes: afasia, apraxia, agnosia o una alteración en las funciones ejecutivas. El deterioro se produce en forma gradual y progresiva y afectan significativamente la actividad laboral o social, representando una merma importante del nivel previo de actividad. Mayores antecedentes relacionados con el DCL, su progresión especialmente a demencia y las características de la DTA, se revisarán en capítulos posteriores.

### **1.5. El lenguaje en el adulto mayor funcional y con deterioro cognitivo**

De acuerdo con Rojas y colaboradores (2022, pp 226-227), en su revisión de evidencias empíricas, concluyen que los efectos de un cerebro envejecido sobre las habilidades del lenguaje pueden sintetizarse de la siguiente manera.

Por otra parte, Nadeau (2020) hace una revisión de varios trabajos respecto al rendimiento del AM en los distintos niveles del lenguaje. En el nivel semántico informa que Bowles y Salthouse (2008) investigaron distintas tareas de vocabulario aplicado a 3.512 adultos, y encontraron que el rendimiento mejoró de manera más o menos lineal entre los 23 y los 55 años, se estabilizó hasta los 75 años y disminuyó a partir de entonces, especialmente en pruebas de juicios de sinónimos.

Existen varios modelos explicativos del funcionamiento del lenguaje, pero los más actuales postulan que la información verbal se almacena en una vasta red de nodos interconectados y organizados en un sistema semántico que representa significados de palabras, en un sistema fonológico y ortográfico que representa los sonidos y la ortografía de las palabras (Salthouse, 2012). A nivel léxico, analizando el fenómeno de punta de lengua (PDL), varios trabajos demuestran que en general no hay una incidencia distinta entre jóvenes y AAMM cuando se trata de nombrar objetos comunes, pero sí existen cuando se trata de nombres propios (Evrard, 2002; Rendell et al., 2005; Salthouse y Mandell, 2013)

**Tabla 1.1** *Efectos de un cerebro envejecido en las habilidades del lenguaje*

---

1. El envejecimiento impacta sobre el procesamiento del lenguaje. Un cerebro envejecido sin desarrollos patológicos muestra déficits en la comprensión y producción del lenguaje.
2. No obstante, el declive es asimétrico, los procesos de producción son más vulnerables al envejecimiento que los de comprensión, ya que este último se beneficia más del contexto.
3. El declive de las habilidades lingüísticas durante la tercera y cuarta edad es reflejo del enlentecimiento cognitivo, los déficits de la inteligencia fluida, la reducción de la memoria operativa, el déficit inhibitorio y la reducción de conexiones neurales, entre otros factores.
4. En la comprensión, los AAMM son más lentos y cometen más errores cuando reconocen palabras. A su vez, tienen dificultades procesando oraciones de alta complejidad sintáctica. Ambos déficits se incrementan a causa de las mermas sensoriales propias de la edad.
5. En la producción, hay importantes dificultades para recuperar palabras desde el léxico mental, lo que se traduce en aumento del tiempo de reacción y reducción del léxico disponible, siendo los eventos punta de lengua, la mayor expresión de las dificultades de producción en la vejez. Además, los AAMM producen oraciones de menor complejidad sintáctica.
6. En la producción del discurso, se observan múltiples errores de coherencia y cohesión. Sumado, los déficits inhibitorios aumentan la información fuera de tópico.
7. La alta frecuencia léxica, imaginabilidad y densidad de vecinos fonológicos, entre otras, facilitan el reconocimiento y recuperación de palabras.
8. Las dificultades de comprensión y producción parecen incrementarse en la cuarta edad, reflejado en un mayor enlentecimiento y déficit de acceso al léxico. Aunque los antecedentes en cuarta edad son aún escasos, se requiere de mayor evidencia al respecto.
9. Un cerebro envejecido muestra un buen rendimiento a nivel de conocimiento léxico, vocabulario y comprensión macroestructural del discurso, lo que es coherente con el incremento de la inteligencia cristalizada durante la tercera y cuarta edad (reserva cognitiva).
10. Independiente de los déficits observados en comprensión y producción, los AAMM sin desarrollos patológicos de la cognición exhiben una correcta funcionalidad lingüístico-comunicativa.

---

Nota: Rojas y colaboradores (2022, pp 226-227)

Siguiendo en el nivel léxico, cuando se trata de la denominación por confrontación visual la mayoría de las investigaciones utiliza el *Boston Naming Test* de Kaplan y colaboradores (2001) (para una descripción de estas investigaciones, ver Nadeau, 2020). En estudios longitudinales Zec y colaboradores (2005) observan que existen discretas diferencias entre personas jóvenes y AAMM, mientras que Connor y colaboradores (2004) encontraron una disminución entre las edades de 50 y 90 del 11% (6,6 ítems) con una ligera aceleración en el rango de edad. Este estudio sugiere que el valor de las señales semánticas y fonológicas disminuye más abruptamente con la edad que la denominación no informada.

En relación con el nivel fonológico el reconocimiento auditivo y grafémico de palabras se ve afectado en la vejez por una declinación en el procesamiento perceptivo, ya que, los AAMM pierden agudeza auditiva y visual lo que se acentúa a partir de los 70 años (Véliz et al., 2010). En cuanto a la producción existe evidencia de un aumento de los fallos de recuperación fonológica en la vejez y son consistentes con la teoría de los déficits de

transmisión (ver Burke y Shafto, 2004, y Burke et al., 2012). La capacidad de secuenciación fonológica podría estar alterada en los AAMM, como señalan al respecto; MacKay y James (2004) quienes llevaron a cabo un experimento de lectura con 32 adultos jóvenes ( $19,1 \pm 1,2$  años) y 32 adultos mayores ( $72,4 \pm 3,1$ ): los participantes debían realizar en una sola tarea de denominación de palabras en la tenían que cambiar / p / a / b / o viceversa. Los resultados demostraron que los AAMM tendían a cometer más errores de omisión y errores secuenciales, generalmente anticipatorios, y ocasionalmente perseverantes.

En cuanto a la sintaxis, algunos estudios demuestran una diferencia discreta de la complejidad sintáctica entre jóvenes y AAMM, y que a partir de los 75 años disminuye la complejidad sustancialmente (Kemper y Summer, 2001; Kemper et al., 2001). Véliz y colaboradores (2010) cita varios trabajos en los cuales se demuestra una reducción de la complejidad sintáctica de los AAMM (Cheung y Kemper, 1992; Kemper, 1987; Kemper, Thompson, y Marquis, 2001; Kynette y Kemper, 1986; Obler, Fein, Nicholas y Albert, 1991; como se cita en Véliz et al., 2010), mencionando además que este descenso de la complejidad no puede asociarse a un descenso de la memoria operativa, pero sí a factores de orden pragmático (Altmann y Kemper, 2006; Davidson, Zacks y Ferreira, 2003; Ferreira y Patson, 2007; como se cita en Véliz et al., 2010).

Nadeau (2020) menciona varios trabajos en los cuales se analiza el discurso narrativo de los AAMM. Menciona que en una investigación el AM era capaz de producir más oraciones que el participante joven en relación con imágenes, las oraciones del AM inferían motivos y objetivos que no eran particularmente relevantes para el objetivo narrativo general (Kemper y Sumner, 2001). En otro estudio concluyen que entre 75 y 84 años se reduce la coherencia local (el grado en que cada enunciado de la historia estaba relacionado conceptualmente con el enunciado que lo precede) y global (el grado en que las proposiciones principales o esenciales de una historia estaban presentes en el orden correcto) significativamente, junto con la disminución gradual en la informatividad léxica a lo largo de la vida (la proporción de palabras de contenido y gramaticales función que eran directamente relevantes para la narrativa con respecto al número total de palabras producidas) (Marini et al, 2005). En un estudio en donde se compara a los AAMM con participantes jóvenes, los AAMM muestran una tendencia mucho mayor a relacionar información que ya ha sido proporcionada, a contradecirse y a mostrar inconsistencia en los referentes (p. ej., pronombres) (Saling et al., 2012).

Véliz y colaboradores (2010), mencionan, además de lo anterior, que existe una tendencia de los AAMM a la verbosidad y al cambio de tópico en la conversación, aspecto que se ha explicado bajo la teoría del déficit inhibitorio: los mayores tendrían dificultades para inhibir información irrelevante que se genera mientras se está produciendo el discurso (Arbuckle et al., 1993, como se cita en Veliz et al., 2010). Sin embargo, al parecer, esto se debería a un cambio pragmático, ya que los AAMM cambian los objetivos de la conversación enfatizando las narrativas personales y los eventos significativos en sus vidas en lugar de la descripción concisa de hechos (James et al., 1998, como se cita en Veliz et al., 2010).

Como es posible apreciar, los AAMM sufren cambios comunicativos y lingüísticos que en comparación con la patología pueden señalarse como discretos. Cuando se trata de un paciente con deterioro cognitivo, las características son más pronunciadas y estas varían de uno a otro y de acuerdo con la progresión y etiología de cada tipo de demencia, siendo las más comunes la anomia, la parafasia, el uso de neologismos y de muletillas o



palabras ómnibus carentes de sentido, alteraciones en la longitud de las emisiones verbales y severas dificultades para seguir el tema de conversación afectando la comunicación con sus interlocutores habituales (Valles, 2013).

La progresión de los cambios asociados a la edad, de DCL a DTA, especialmente a nivel de competencia comunicativa, pueden desvelarse a través de una exhaustiva evaluación fonoaudiológica, la cual no solo debe basarse solo en la ejecución lingüística de la persona que ostenta algún tipo de déficit, sino más bien, debe ir más allá incorporando a la familia, a los cuidadores y a la comunidad (Valles, 2008). La metodología que podría ser idónea para analizar cómo el contexto influye en la comunicación y cómo los déficits impactan en el sistema de interacción, es el Análisis Conversacional (AC). En la presente investigación se propone utilizar esta metodología para analizar procedimientos de reformulación conversacional en sujetos con DTA, y descubrir a partir de ello si en definitiva las reformulaciones, pueden servir como referencia para un mejor diagnóstico de las alteraciones del lenguaje y comunicación, tal y como afirma Valles (2009). Para esto en los capítulos siguientes se abordarán el concepto de actividades de reformulación conversacional; y se revisará, también, los conceptos de DCL y DTA, poniendo énfasis en el segundo y su relación con el desempeño lingüístico comunicativo de sujetos con deterioro cognitivo.

## CAPITULO 2

### CONVERSACIÓN Y ACTIVIDADES DE REFORMULACIÓN

#### 2.1. Aspectos relevantes de la conversación

La conversación es una práctica fundamentalmente humana que aparece típicamente en las interacciones comunicativas cotidianas en la que se manifiesta el uso de lenguaje. Desde el punto de vista social, el modo de conversar refleja el modo de convivir de una determinada comunidad. A través de la conversación no solo se expresan y transmiten las ideas, las creencias y los valores que se identifican como propios, sino, también, se refleja el tipo y el modo de relación que se establece entre los participantes.

Desde un punto de vista etimológico, el significado de la palabra ‘conversar’ encierra los conceptos de convivencia, trato y amistad. Su origen latín *conversari*, significa ‘convivir’, término que a su vez está formado por *cum*, “con”, y *versare*, “dar vueltas” (Tusón, 1997). Por otra parte, el *Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia* reporta como significado “hablar una o varias personas con una u otras. // Vivir, habitar en compañía de otros. // Tratar, comunicar y tener amistad unas personas con otras.” De aquí se desprende una idea importante, ‘conversar’ implica dos o más personas y a través de esta acción, se construyen fenómenos sociales que son relevantes desde la simple vida cotidiana a la transmisión de costumbres y elementos culturales propios de la identidad de un grupo social.

El término ‘conversación’ posee algunos límites discutidos porque no hace referencia a una única palabra o término. En muchas ocasiones se utiliza en forma genérica, como sinónimo de otros términos próximos como ‘diálogo’, ‘intercambio’, ‘charla’, ‘tertulia’ (Gallardo-Pauls, 1998), todos ellos referidos a formas similares, pero distintas de interacción oral. Por otra parte, otros autores entienden el término ‘conversación’ como referido a aquella interacción verbal espontánea no planificada que posee características que la diferencian de las demás formas de interactuar (Tusón, 1997). Sin embargo, al margen de esta diferencia, lo cierto es que la conversación, al igual que otras actividades humanas, exige la participación coordinada de dos o más personas (Grice, 1975).

El interés científico por la naturaleza de la conversación y las condiciones en que esta se da es relativamente reciente. Tradicionalmente, las investigaciones sobre la lengua han estado principalmente avocadas a la estructura lingüística, más que al uso, y la conversación es una práctica asentada en el uso lingüístico. Por otra parte, el análisis de esta actividad es un proceso complejo, ya que se trata de un fenómeno que se da en un momento particular y en condiciones particulares. Esto hace que la obtención de un corpus tenga exigencias y procedimientos específicos que solo la tecnología actual ha venido facilitando.

Los elementos principales de la conversación, clásicamente estudiados, son los siguientes: alternancia de turnos, control del tema, establecimiento de la referencia cohesiva y sistema de aclaraciones y correcciones (Juncos-Rabadán y Facal, 2005).

##### 1. Alternancia de turnos

La alternancia de turnos es la base organizativa de la conversación espontánea (Tusón, 2002), donde un sujeto que habla deja de hacerlo para que el otro sujeto con el que interactúa, tome la palabra. Durante la conversación se alternan frecuentemente el turno

de cada hablante de una manera coordinada y selectiva. Esta alternancia puede producirse por heteroselección o por autoselección (Calsamiglia y Tusón, 2002). La primera se refiere a que la selección del siguiente hablante es hecha por quien está usando la palabra. La segunda se refiere a que uno de los participantes empieza a hablar sin que nadie le haya dado la palabra, por lo tanto, se ha autoseleccionado.

El pasaje del turno de un hablante a otro no es conflictivo, pues suelen reconocer el momento justo de intercambio, el cual se denomina “Lugar Apropiado para la Transición”. Este puede estar dado por una pregunta, una determinada entonación, una pausa o un gesto (Calsamiglia y Tusón, 2002). Cuando uno de los hablantes falla en este reconocimiento, se puede dar una pausa extremadamente larga, una interrupción o un solapamiento.

Otro aspecto relevante en relación con la organización de los turnos es el concepto de par adyacente. Este se define como la sucesión de dos turnos de hablantes, normalmente consecutivos, vinculados por una determinada relación en donde la primera intervención supone la aparición de la segunda. Entonces, un par adyacente se compone de dos partes que forman un tipo de par característico: pregunta-respuesta, invitación-aceptación, invitación-rechazo, saludo-saludo, etc. (Jiménez y Vela, 2011). En la conversación espontánea la ocurrencia de pares adyacentes es frecuente y altamente ritualizada, es decir, un primer turno conversacional motiva la aparición de un segundo turno, como cuando, por ejemplo, se realiza un saludo, alguien dice “buenos días” y se espera la respuesta “buenos días” para completar el ritual.

## 2. *Control del tema*

El mantenimiento, los cambios, desvíos o quiebres del tópico son elementos de estudio en el AC. Quienes participan en la conversación tienen que ir “negociando” el mantenimiento o el cambio de tema, de tono, de finalidad e ir interpretando sobre la marcha las intenciones ajenas, así como manifestando las propias (Tusón, 2002). La adecuada interpretación se lleva a cabo a través de “inferencias”, gracias a que los participantes van produciendo lo que Gumperz llama “indicios de contextualización” (1981:11-12), como se cita en Tusón, 2002).

En el curso natural de una conversación, un tópico conversacional puede cambiar o puede verse interrumpido. En el primer caso, el cambio de tópico se produce cuando un tema llega a su fin, y en tal escenario los hablantes pueden incorporar un tema nuevo o simplemente finalizar la interacción. En el segundo caso, la interrupción del tema por otros elementos afines da curso a un nuevo tópico, pudiendo retomar el anterior o bien olvidarlo. Este fenómeno recibe diversos nombres: *Topic Shift* (Maynard, 1980, *quiebre del tópico* (Marcuschi, 1968) (cfr. Botelho, 2011).

El control del tema es un aspecto básico para dar coherencia a lo que se está diciendo y para que el interlocutor comprenda la estructura semántica de la conversación en curso.

## 3. *Coherencia*

La coherencia y la cohesión (cfr. *infra*) son dos elementos que permiten que un texto sea comprensible. La coherencia, de acuerdo con Conte (1988, como se cita en González Pérez, 2003) se entiende como las conexiones (semánticas o pragmáticas) entre la parte y el todo y, al mismo tiempo, de acuerdo con esta autora, puede definirse negativamente,

como la no-contrariedad que todo texto debe poseer para tener unidad de sentido, y esta idea la asocia con el anglicismo “consistencia” (*consistency*) (Vilarnovo, 1991; González-Pérez, 2003). Siguiendo esta línea, coherencia es el grado de aceptación que de un texto tiene uno o más receptores (Huerta, 2010).

La coherencia es el resultado y el proceso en el que se unen unidades mínimas de significado morfosintáctico con la intencionalidad comunicativa, mecanismos de cohesión y contexto (Huerta, 2010). Un texto puede ser incoherente si carece de alguno de estos elementos exceptuando la intención, ya que, en rigor, ningún texto carece de esta cualidad, por lo tanto, ningún texto puede ser completamente incoherente (Bernárdez, 1993; como se cita en Huerta, 2010). Sin embargo, existen factores que indican falta de coherencia: que el texto sea reiterativo, que el texto sea contradictorio con su estructura, que el texto contradiga la realidad o que el texto no sea deductivo o inductivo (Huerta, 2010).

La coherencia se puede entender de tres formas (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012; Fuenmayor *et al.*, 2008). Primero, como *coherencia global*, es decir, como factor que se vincula con el significado global del texto, por lo que la coherencia global se relaciona con la macroestructura<sup>1</sup> y con el conocimiento del mundo compartido por emisor y receptor. Segundo, como *coherencia local*, es decir, como el vínculo semántico que se establece entre proposiciones, por lo que se relaciona con la microestructura. Y, tercero, como *coherencia pragmática*, como aquello que permite que todo mensaje emitido por un emisor para un receptor se considere como un comportamiento que no admite interpretaciones ilógicas o absurdas.

La coherencia además se organiza en *esquemas* que permiten ordenar el conocimiento de manera tal que al hablar sobre un tema se pueda economizar lo que se dice, debido a que estos son parte del conocimiento compartido de los interlocutores. Un receptor podrá “llenar” ciertos vacíos gracias al uso compartido de *esquemas* (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012). Existen varios tipos de *esquemas* los más analizados son los *marcos* (*frame* – esquemas situacionales), y los *guiones* (*script* – situaciones ordenadas en secuencias).

---

<sup>1</sup> Van Dijk y Kintsch (1983) explican qué son las *superestructuras*, las *macroestructuras* y las *microestructuras*. Las *superestructuras* corresponden al esqueleto de las partes que conforman un texto y que varían según el tipo de texto, relacionándose con las tipologías discursivas, por lo que son estructuras globales independientes del contenido pero que establecen ciertas limitaciones. La superestructura es una especie de esquema básico al que se adapta un texto.

Las *macroestructuras*, en un nivel global del texto, hacen referencia al denominador común que describe una situación o secuencia de eventos (proposiciones o información conceptual que contienen las oraciones) como un todo, de tal manera que las oraciones o elementos que la constituyen implican acciones, componentes de un episodio general. La *macroestructura*, entonces, conforma el contenido semántico global de un texto o discurso, es decir, se corresponde con el tema o tópico del texto y, como su formulación se realiza con proposiciones, se afirma que la estructura global de contenido está organizada en macroproposiciones ordenadas jerárquicamente.

Las *microestructuras* son los elementos locales y superficiales que hacen que un texto sea cohesivo y coherente. Representa el orden secuencial de las frases en un texto, es decir, permite establecer las relaciones locales (coherencia referencial) entre las proposiciones lo que permite guiar al lector en el establecimiento de inferencias de los significados presentes en un texto, además de ayudar a mantener la progresión temática de este mediante mecanismos que son capaces de conformar el tópico del discurso.

#### 4. Cohesión

Para que un discurso, y en este caso la conversación, tenga un sentido lógico deben existir relaciones entre las oraciones que lo componen, lo cual se realiza mediante mecanismos formales (sintácticos y/o semánticos), conocidos como “mecanismos de cohesión” que son los que posibilitan la continuidad temática, y permiten y facilitan la comprensión (Pérez, 1997). Existen tres clases de mecanismos, los léxicos, los gramaticales, y los marcadores y conectores.

Los mecanismos léxicos –o léxico-semánticos– permiten una relación intratextual por medio de la reiteración o la sustitución (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012). Dentro de estos mecanismos se pueden considerar (Calsamiglia y Tusón, 2002): repetición por copia o casi copia, sustitución por relaciones semánticas, sustitución por metáforas o metonimias, sustitución por proformas léxicas, y sustitución realizada dentro de campos semánticos.

Los mecanismos gramaticales, por otro lado, se refieren a la relación entre un antecedente y uno o más referentes (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012). Estas relaciones pueden ser *anafóricas*, cuando está por delante el antecedente, o pueden ser *catafóricas*, cuando está por detrás. Por ejemplo, en la oración *Pedro no está en casa, me lo encontré en el centro*, ‘Pedro’ es el antecedente y ‘lo’ remite al referente anterior, por lo que se trata de un mecanismo *anafórico*. En este otro ejemplo, *Todos fueron al cine, Carlos, María y Sara*, ‘Todos’ es el referente de los antecedentes ‘Carlos, María y Sara’ estableciéndose un mecanismo de referencia *catafórico*.

Dentro de los mecanismos gramaticales de cohesión se destacan tres. El primero es la *deixis* y hace referencia a los mecanismos que permiten interpretar aspectos espacio-temporales en relación con el hablante y pueden ser personales (por ejemplo, *yo, tú, ellos, él, mía, vuestra*, etc.), espaciales (por ejemplo, algunos demostrativos como *aquí, allá, ahí, esto, aquello, eso*, etc. y algunos verbos espaciales y adverbios como *delante, detrás, debajo, arriba*, etc.); y temporales (por ejemplo, adverbios como *mañana, ayer, antes*, etc.; flexión verbal como *pinté / pinto / pintaré*; locuciones como *entre ayer y hoy, desde entonces, este año*, etc.; y preposiciones como *desde, hasta*, etc.).

El segundo mecanismo gramatical lo conforman la *elipsis* y *pro-formas* (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012) que son mecanismos que reducen la redundancia en un texto o discurso. La *elipsis* es frecuente en función de sujeto (una vez que aparece, no vuelve a repetirse) y la de algunos verbos. Las *pro-formas* aparecen como elementos que sustituyen una palabra, un sintagma o un párrafo y pueden ser pronombres en tercera persona (*él, ella, lo, las*, etc.), pronombres relativos (*que, quien, cuyo*, etc.), marcas verbales (*camin-aron, observ-aba*, etc.), cuantificadores (*todo, algunos, primero*, etc.), adverbios (*así, tanto*, etc.), posesivos (*su, suyo*) y las formas neutras (*esto, eso, aquello*).

El tercer mecanismo gramatical es la *determinación de sintagmas nominales indeterminados* (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012) y consiste en introducir un tema, una palabra o cualquier acontecimiento con un artículo indeterminado y, luego, más adelante en el texto, se introduce con artículos determinados que hacen al objeto o a la acción conocidos.

Por último, el tercer mecanismo cohesivo se trata de marcadores y conectores cuya función es la de relacionar diversos tipos de segmentos textuales, ya sean sintagmas, frases

o párrafos (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012). De acuerdo con Calsamiglia y Tusón (2002) se pueden considerar los siguientes:

- *Marcadores de ordenación del texto*: pueden ser iniciadores (*para empezar, antes que nada, etc.*), distribuidores (*por un lado, por otro, por una parte, etc.*), ordenadores (*primero, en segundo lugar, etc.*), de transición (*en otro orden de cosas, por otro lado, etc.*), continuativos (*pues bien, entonces, en este sentido, etc.*), aditivos (*además, asimismo, etc.*), digresivos (*por cierto, a propósito, etc.*), espacio-temporales (*hasta el momento, luego, más abajo, más adelante, etc.*), conclusivos (*en conclusión, en resumen, en suma, etc.*), finalizadores (*en fin, por último, en definitiva, etc.*).
- *Marcadores que introducen operaciones discursivas*: se pueden observar de expresión de punto de vista (*en mi opinión, a mi juicio, desde mi punto de vista, por lo que a mí respecta, etc.*), de manifestación de certeza (*de hecho, es evidente, todo el mundo sabe, etc.*), de confirmación (*en efecto, por supuesto, desde luego, etc.*), de tematización (*respecto a, a propósito de, en referencia con, etc.*), de reformulación, explicación o aclaración (*esto es, es decir, en otras palabras, o sea, etc.*), de ejemplificación (*por ejemplo, a saber, en concreto, etc.*).
- *Conectores*: marcan una relación semántica entre segmentos textuales. Algunos casos son los siguientes: aditivos o sumativos (*y, además, después, incluso, también, etc.*), contrastivos o contraargumentativos (*pero, en cambio, sin embargo, sino, a no ser que, sea como sea, con todo, etc.*), de base causal –causativos (*a causa de, porque, pues, ya que, etc.*), consecutivos (*así pues, por (lo) tanto, en consecuencia, así que, etc.*), condicionales (*si, cuando, según, siempre y cuando, etc.*), finales (*para que, a fin de que, etc.*), temporales (*cuando, de pronto, más tarde, una vez, etc.*), espaciales (*delante, detrás, al fondo, a la derecha, por encima, etc.*). De hecho, en escritura suele añadirse también el signo de dos puntos.
- *Interactivos y estructuradores*: son marcadores de demanda de confirmación o de acuerdo (*¿eh?. ¿verdad?, ¿sí o no?, ¿vale?, etc.*), de advertencia (*mira, ojo, cuidado, etc.*), reactivos de acuerdo (*bueno, perfecto, vale, de acuerdo, etc.*), estimulantes (*venga, va, etc.*), iniciativos (*veamos, vamos a ver, etc.*), reactivos (*¡hombre!, ¡mujer!, es que, etc.*), de desacuerdo (*vaya, qué va, para nada, etc.*), de aclaración, corrección o reformulación (*o sea, mejor dicho, quiero decir, etc.*), de atenuación (*yo diría, como muy, en cierto modo, etc.*), continuativos (*total, pues nada, etc.*), de finalización y conclusión (*y tal, y eso, hale, etc.*), de cierre (*y ya está, eso es todo, etc.*).

Existen, entonces, varios mecanismos de cohesión y, en particular, la referencia cohesiva que se refiere a la recuperación de información a través de diferentes elementos léxicos y gramaticales como los vistos más arriba. La utilización correcta o incorrecta de los mecanismos cohesivos tendrán necesariamente una incidencia directa en la comprensión o sentido final del texto (Manzo, 2015).

## 5. Sistema de aclaraciones y correcciones

El sistema de aclaraciones y correcciones es también relevante en una actividad conversacional, pues el carácter espontáneo de su formulación hace que la ocurrencia de errores o rectificaciones sean frecuentes. La habilidad para pedir aclaraciones y hacer correcciones o auto correcciones depende de la colaboración de los interlocutores, de las capacidades cognitivas, del nivel cultural y de la personalidad (Juncos-Rabadán y Facal, 2005).

Cuando se pide, en los inicios de una intervención, una aclaración por parte del oyente cuando no comprende algo, implica una evaluación de si lo dicho por el hablante es apropiado o no y la consecuencia de la petición es la corrección o reparación por parte del hablante emisor (Cebria, 2002). Ambos fenómenos aparecen como consecuencia del aspecto colaborativo de la interacción conversacional, pues tanto el hablante como el oyente de manera flexible y fluida realizan constantemente variaciones y modificaciones de su discurso, todo ello con el objetivo de facilitar la comprensión mutua. Más adelante se discutirán elementos relacionados con este punto.

Estos 5 elementos han sido los clásicamente estudiados, según Juncos-Rabadán y Facal (2005). Por otra parte, no es posible no mencionar a Sacks, Schegloff y Jefferson (1974) quienes mencionan 14 rasgos que caracterizan una conversación espontánea cada una de ellas con potencial de análisis en AC (tabla 2.1).

Si bien las conversaciones espontáneas pueden ser improvisadas y en alguna medida, indefinidas, no son una sucesión de observaciones inconexas. Entre los participantes existe un acuerdo tácito que hace posible el inicio, el mantenimiento y el término de una interacción. Grice (1975) explica que las conversaciones están gobernadas por un principio de cooperación que enuncia de la siguiente manera: “Haga usted su contribución conversacional, tal como lo exige, en el estadio en el que tenga lugar, el propósito o la dirección del intercambio que usted sostenga” (Grice, 1975: 516). Este principio lo desglosa en cuatro categorías que funcionan como máximas conversacionales: cantidad, cualidad, relación y modo. La primera tiene que ver con la cantidad de información a proporcionar, a la cual, según su autor pertenecen estas dos máximas:

- 1.<sup>a</sup> Haga usted que su contribución sea tan informativa como sea necesario.
- 2.<sup>a</sup> No haga usted que su contribución sea más informativa de lo necesario.

La segunda categoría, la de Cualidad, tiene la siguiente supermáxima: “Trate usted que su contribución sea verdadera” (Grice, 1975, p. 516). Esta a su vez tiene dos máximas específicas:

- 1.<sup>a</sup> No diga usted lo que crea que es falso.
- 2.<sup>a</sup> No diga usted aquello de lo cual carezca de pruebas adecuadas.

La tercera categoría, la de Relación tiene formulada una sola máxima: “Vaya usted al grano” (Grice, 1975, p. 517). Esta categoría encierra algunas complicaciones relativas a la relevancia que puede variar según los participantes y según el contexto.

**Tabla 2.1** *Rasgos que caracterizan la conversación espontánea (Sacks, Schegloff y Jefferson, 1974)*

- 
1. El cambio de hablante es recurrente o, al menos, se produce. Es decir, una de las características de la conversación es que es dialogal.
  2. En general, no habla más de una persona a la vez.
  3. Los solapamientos (dos –o más– participantes hablando a la vez) son comunes pero breves.
  4. Las transiciones más comunes entre un turno de palabra y el siguiente son las que se producen sin intervalos ni solapamientos, o las que se producen con un breve intervalo.
  5. El orden de los turnos de palabra no es fijo.
  6. La duración de los turnos de palabra no es fija, si bien se tiende a un cierto equilibrio.
  7. La duración de una conversación no se especifica previamente.
  8. Lo que dicen los hablantes no se ha especificado previamente.
  9. La distribución de los turnos de palabra no se ha especificado previamente.
  10. El número de hablantes puede variar.
  11. El discurso puede ser continuo o discontinuo.
  12. Existen técnicas para la distribución de los turnos.
  13. Se utilizan diferentes unidades formales de construcción de los turnos (una palabra, una frase, una oración, etc.).
  14. Existen mecanismos para reparar los errores o las transgresiones en la toma de la palabra.
- 

La cuarta, la de Modo, guarda relación con el “cómo se dice lo que se dice” y su supermáxima está formulada de la siguiente manera: “Sea perspicuo” (Grice, 1975, p. 517). De esta nacen diversas máximas:

- 1.<sup>a</sup> Evite ser oscuro al expresarse.
- 2.<sup>a</sup> Evite ser ambiguo al expresarse.
- 3.<sup>a</sup> Sea usted escueto (y evite ser innecesariamente prolijo).
- 4.<sup>a</sup> Proceda usted con orden.

El principio de cooperación y las máximas conversacionales contribuyen a la creación del sentido en la interacción conversacional que va más allá del significado literal o referencial de las palabras. El sentido de una conversación es la suma de las contribuciones que cada participante hace a través de sus intenciones, del uso del lenguaje con los aspectos de implicaturas, presuposiciones, y los mecanismos de relevancia.

Wilson y Sperber (2004) profundizan el modelo inferencial de Grice y definen como característica principal de la comunicación humana la expresión y el reconocimiento de intenciones. En este modelo, se explica que el comunicador proporciona una evidencia de su intención de transmitir cierto significado, que el interlocutor debe usar para inferirlo.



En el proceso de inferencia el hablante, con lo que dice, genera además una serie de expectativas (moduladas por el principio de cooperación y las máximas conversacionales) que encaminan al oyente hacia el significado del hablante. Wilson y Sperber, entonces, toman como referencia el modelo de Grice para formular la teoría de la Relevancia cuya tesis central es que las expectativas del cumplimiento de la máxima de relevancia que suscita un enunciado deben resultar tan precisas y predecibles que guíen al oyente hasta el significado del hablante. Desde este punto de vista, se plantea que existe un mecanismo de relevancia que permite recuperar el contenido explícito e implícito de un enunciado.

## 2.2. La reparación y la reformulación conversacional

La conversación es una actividad de intercambio comunicativo a través de la cual se genera como producto un texto<sup>2</sup>. La formulación de un texto en el marco de la oralidad coloquial supone la puesta en marcha de mecanismos cognitivos y lingüísticos que velan por el adecuado engranaje lógico, semántico y pragmático. Según Newel y Simon (1972, como se cita en Silva, 2010), la formulación se asemeja a un complejo proceso de resolución de problemas.

Entendiendo que la formulación textual en la conversación es el resultado de los aportes de los interlocutores involucrados, esta constituye un proceso complejo de negociación de significados, en donde se establece un trabajo colaborativo por parte de los hablantes para alcanzar la comprensión mutua (Cebria, 2002). Siendo el intercambio de naturaleza espontánea, poco planificada y emergente, en el intento de asegurarse de que el oyente entiende lo que el hablante dice, abundan las repeticiones y las paráfrasis que ayudan a través de la redundancia a que la información se procese lo más adecuadamente posible (Tusón, 1997). Mientras la conversación se va dando, también es frecuente la aparición de errores, fracasos de habla o de escucha, interrupciones, silencios, solapamientos, etc. (Cebria, 2002).

Por lo tanto, en la conversación surgen dificultades de diversa índole, ya sea en el control del tema, ya sea en el establecimiento de la referencia, ya sea por dificultades de comprensión debidas a problemas de audición, de léxico o de sintaxis. En este contexto las aclaraciones y correcciones son necesarias para resolver estas dificultades, por lo tanto, el pedir aclaraciones o el hacer correcciones o autocorrecciones son fenómenos conversacionales frecuentes (Juncos-Rabadán y Facal, 2005).

Al estudiar la conversación y, en particular, los procesos de formulación, Schegloff, et al. (1977) identificaron un conjunto de recursos que hablantes y oyentes utilizan para resolver problemas de mutua comprensión, los que clasificaron como “procedimientos de reparación” (*repair*). Un procedimiento reparativo implica reformular lo dicho en un

---

<sup>2</sup> Los términos de ‘texto’ y ‘discurso’ suelen ser difíciles de definir. Algunos autores hacen distinciones importantes entre ambos (Beaugrande, 2004), mientras que otros los consideran complementarios e incluso equivalentes (Morales, 2013). En esta investigación se tomarán las distinciones realizadas por van Dijk (1980), quien afirma que ‘texto’ y ‘discurso’ son dos formas de mirar un mismo fenómeno. Para este autor el discurso es un evento comunicativo que incluye el proceso de su enunciación y da cuenta de las relaciones entre los interlocutores y el objeto del discurso; e involucra conocimiento, interacción, sociedad y cultura. Por otra parte, el texto es el producto de un proceso (discurso) inmerso en un contexto, en ciertas condiciones de producción y mecanismos enunciativos. El texto como producto debe cumplir con ciertas condiciones de *cohesión*, *coherencia*, *intencionalidad*, *aceptabilidad*, *intertextualidad*, *informatividad* y *situacionalidad* (Beugrande y Dressler, 1981).

enunciado anterior y, por esta razón el término *repair* se traduce también como *reformulación*, aunque el término ‘reformulación’ como tal proviene de la gramática textual alemana, específicamente de Gülich y Kotschi (1983) que en palabras de Silva (2010) se explica de la siguiente manera:

En un procedimiento de reformulación, el hablante reconoce un segmento de discurso que puede resultar potencialmente problemático para la comprensión mutua y lo reformula en función de las posibilidades de comprensión que le adjudica a su interlocutor. Las expresiones que resultan problemáticas pueden serlo porque el hablante las juzga conceptualmente imprecisas, vagas o ambiguas o, incluso, porque al articularlas deficientemente considera que pueden resultar confusas para el oyente. (Silva, 2010, p 309).

Los procedimientos de reformulación tienen por función la reparación conversacional, en la que, dentro de esta interacción, se reorganiza el discurso que se está construyendo. En este procedimiento de recomposición textual, un hablante produce un enunciado que reformula otro dicho previamente, para adecuar las intenciones, los contextos y los sentidos propuestos para el discurso que se está haciendo (Barbosa, 2009).

El proceso de reformulación – cuando se da en la conversación – posee característicamente tres rasgos (Jefferson, 1983). El primero es que ocurre cuando se discontinúa el desarrollo temático en el curso de un intercambio conversacional, lo que exige la aparición de actividades de reformulación por parte de los participantes. El segundo, se trata de que generalmente este proceso va acompañado de otras actividades, tales como los gestos que apoyan la reformulación. Por último, la reformulación está conformada por una secuencia de enunciados que pasan a reparar algo dicho por el mismo hablante o por el otro.

El fenómeno de la reparación no solo es frecuente, sino que también es considerado un aspecto dominante en la interacción coloquial. Los hablantes, entonces, al centrar su atención hacia un fallo en el discurso o hacia una fuente potencial de problemas, generan actividades de reparación que, además, desde un punto de vista interactivo, pueden ser realizadas tanto por el hablante mismo como por el oyente. En este sentido, Levinson (1983) distingue las auto-reparaciones (*self-repair*), es decir, las que el mismo hablante realiza, y las reparaciones hechas por otros (*other-repair*). En esta misma línea y dependiendo de quién de los participantes la ha iniciado, se puede hablar de una “reparación auto-iniciada” (*self-initiated repair*) y de una “reparación iniciada por la otra parte” (*other-initiated repair*).

La reparación auto-iniciada puede darse en el mismo turno o en uno posterior, siendo el primero el más común. La reparación iniciada por el otro ocurre siempre después de la aparición del elemento problemático y, por lo tanto, se trata del turno siguiente. En ambos casos se puede tener como resultado una auto-reparación, o bien una reparación realizada por el otro.

Existen cuatro patrones de reparación relacionados entre sí (Schegloff et al., 1977):

1. Auto-reparación auto-iniciada, es decir, el hablante es responsable del enunciado reparable y es él/ella quien inicia y termina la reparación.

Ejemplo 48 de los resultados (*vid.*, capítulo 5, para una mayor descripción): el participante de la entrevista 11 habla sobre su primer trabajo. El asterisco marca el

enunciado fuente, que luego del marcador *o sea*, es reformulado. El enunciado reformulador está marcado con doble asterisco.

P: e::h | \*era un taller eléctrico íbamos hacer trabajo a los buques\|o sea \*\*cuando un buque | tenía algún problema/ | Nosotros íbamos al buque | hacíamos la reparación

2. Auto-reparación iniciada por otro: el hablante es responsable del enunciado reparable, y es la intervención de otros participantes lo que provoca que el hablante realice la reparación.

Ejemplo: En la entrevista 1, La entrevistadora E interrumpe lo que está diciendo el participante P para pedir una aclaración de lo dicho. Esta petición explícita funciona como indicador de la necesidad de reformulación por parte del participante quien continua con la reformulación.

P: pasaba parado toda la semana | y \*yo cuando me iba al club de toby de repente iba en el  
E: *al club de ¿Dónde?*  
P: \*\*de toby es que nos juntamos un grupo de amigos que nos conocemos | de cabros chicos  
E: ya:

3. Reparación por parte de otro: derivada del auto-inicio, aquí el hablante responsable del elemento reparable inicia la auto-reparación, pero es el otro participante quien la termina. En el ejemplo teórico (no aparece en el corpus de esta investigación) puede apreciarse que la hablante tiene problemas para recordar un nombre, luego repara con el nombre y la interlocutora completa esa reparación con el nombre y apellido.

P: \*No puedo recordar cómo se llama esa cantante:: | era:: | \*\*su nombre era Gloriaaa  
E: \*\*\*Gloria Simoneti  
P: Si::: esa

4. Reparación por parte de otro: derivada del inicio del otro, en este caso un hablante es responsable de un elemento reparable y es el otro participante en el siguiente turno quien inicia y termina la reparación.

Ejemplo 10 de los resultados: El participante de la entrevista 4 está hablando de donde vivía cuando era más joven, cuando debe mencionar el nombre de la ciudad, se equivoca y su interlocutor reformula lo dicho.

P: \*en Condell que estaba en ese tiempo  
E: \*\*en Valparaíso  
P: Si eso es | Después vivíamos ahí en Valparaíso

Como se puede apreciar, la reparación puede iniciarse y realizarse por cualquiera de los participantes, aunque se admite que, de estos cuatro patrones, los más frecuentes son los dos primeros, observándose una preferencia mayor por la auto-reparación auto-iniciada (Schegloff et al., 1977).

Desde un punto de vista de oportunidades de corrección y turnos de habla (Fernández, 1992), las reparaciones pueden darse en el mismo turno mediante una auto-reparación auto-iniciada inmediatamente después del error o enunciado fuente. Pueden aparecer también al final del turno en el espacio de transición en donde potencialmente termine el primer turno para dar espacio al segundo turno; en este caso también se trata de una auto-

reparación auto-iniciada. Y, puede darse en el segundo turno para dar curso a una reparación iniciada por el interlocutor.

Para analizar, describir y clasificar la actividad de formulación, los autores Gülich y Kotschi (1987 y 1997; como se cita en: Berkenbusch, 1995, Ciapuscio, 2003 y Silva 2010) elaboraron la teoría de la producción de texto oral en la cual distinguen tres procedimientos: la verbalización, los procedimientos de evaluación y los de tratamiento. El primero se refiere a la transformación de los contenidos cognitivos en palabras y que puede expresarse en distintos niveles lingüísticos, ya sea fonético-fonológico, morfológico, léxico semántico, sintáctico o discursivo textual (Silva 2010). Las huellas de este procedimiento son fundamentalmente, de acuerdo con la clasificación de Berkenbusch (1995:79), paramorfemáticas o suprasegmentales, tales como alargamiento de vocales, pausas vacías o silencios, pausas llenas o titubeos, como *ummm*, *bueeno*, etc., arranques falsos, autocorrección, búsqueda de palabras adecuadas, entre otras.

Los segundos, los procedimientos de evaluación, se refieren a una evaluación meta discursiva y de comentario que el hablante realiza sobre lo dicho, y refiere y caracteriza los problemas que aparecen en la producción de discurso. Estos procedimientos, a diferencia de los de tratamiento que típicamente resuelven la perturbación, al designar ciertos problemas de comunicación, representan la manifestación explícita del constante monitoreo cognitivo de los hablantes (Gülich y Kotschi, 1987, 1997; como se cita en Ciapuscio, 1997 y Silva, 2010).

Los terceros, los procedimientos de tratamiento, se refieren a la huella de la producción discursiva, cuando el hablante hace referencia a lo dicho anteriormente para trabajar o tratar ese segmento reformulándolo. Lo que aparece primero y está tratado, seguidamente se denomina “enunciado fuente”, mientras que el que hace referencia a este primero se denomina “enunciado reformulador” (Berkenbusch, 1995). Un enunciado reformulador aparece en el discurso señalado con un marcador o indicador (por ejemplo: *o sea, es decir, más bien, digo*, etc.), lo que permite establecer una relación semántica con el enunciado fuente, y que puede ser de equivalencia o de diferencia. La relación de equivalencia se expresa por la repetición y por la reformulación parafrástica, mientras que la de diferencia implica variación, y puede tomar forma de paráfrasis, corrección, ejemplificación y generalización (Berkenbusch, 1995). A partir de esta distinción, los autores de esta teoría distinguen dos procedimientos: los reformuladores y los no reformuladores. Los procedimientos reformuladores aparecen luego de que el hablante ha evaluado la expresión previa como insuficiente, inapropiada o insatisfactoria, lo que en terminología etnometodológica se identifica como fuente de disturbio (*troublesource*) y que exige ser reparada o eliminada (Berkenbusch, 1995). En cambio, los procedimientos no reformuladores, aunque parecidos a los anteriores, no hacen referencia a una fuente de disturbio, sino que se refieren a los objetivos comunicativos o argumentativos de los hablantes implicados. Entonces, existirá un enunciado fuente que será tratado, y será utilizado como un enunciado en el que se generaliza o ejemplifica algo, pero no se encontrará reformulado. En la tabla 2.2. se muestra un resumen de estos procedimientos.

**Tabla 2.2** Resumen de clasificación de Gülich y Kotschi (1987 y 1997; citados por Berkenbusch, 1995; Ciapuscio, 2003 y Silva 2010)

Clasificación de Gülich y Kotschi (1987 y 1997)	
Procedimientos de Verbalización	Transformación de los contenidos cognitivos en palabras
Procedimientos de Evaluación	Evaluación meta discursiva y de comentario que el hablante realiza sobre lo dicho
Procedimientos de Tratamiento	Procedimientos reformuladores:
	1. Enunciado fuente
	2. Marcador de reformulación
	3. Enunciado reformulador
	Procedimientos no reformuladores:
	1. Enunciado fuente
2. Marcador de reformulación	
	3. Enunciado no reformulador

En el transcurso de la conversación, entonces, el desarrollo de un enunciado se ve constantemente interrumpido con la finalidad de hacer que la organización secuencial del discurso sea coherente, y que lo dicho sea correcto y aceptado por ambos interlocutores. Entendiendo que la interrupción es el fenómeno que marca la reformulación, frente a una interrupción el hablante tendrá las siguientes alternativas (Fernández, 1992):

- 1) Tras una interrupción, el hablante puede retomar el enunciado interrumpido repitiendo la unidad o unidades que preceden inmediatamente a la ruptura.
- 2) El hablante tras una interrupción retoma el enunciado con otro elemento haciendo una modificación.
- 3) El hablante después de interrumpirlo hace un inciso introduciendo otro elemento para después retomar el primero con algunas modificaciones.
- 4) El hablante deja el enunciado sin acabar.

Los procedimientos reformuladores son correcciones (o reparaciones) que permiten reelaborar el discurso para adecuarlo y favorecer la intercomprensión. Esta definición aparentemente clara, encierra ciertos problemas, pues no siempre es posible distinguir en una conversación otros fenómenos de reelaboración relacionados con la paráfrasis o parafraseo (cf. *infra*) (Fernández, 1992).

Según Gülich y Kotschi (1987, como se cita en Fernández, 1992), existen tres subcategorías del acto de reformulación que tienen la misma estructura en común  $xRy$ , es decir, enunciado fuente ( $x$ ), marcador de reformulación ( $R$ ) y enunciado reformulador ( $y$ ). La primera subcategoría es la de refraseo, es decir, es un acto de reformulación que se caracteriza por la repetición léxico-gramatical o de relación de sinonimia con el

enunciado fuente. La segunda es la paráfrasis, que hace referencia a la equivalencia semántica entre los enunciados  $x$  e  $y$ . Y la tercera, la corrección (o reparación) que es la relación semántica de contraste entre  $x$  e  $y$ , que puede ser la anulación total o parcial.

En el caso de la paráfrasis  $x$  no es considerado defectuoso sino simplemente incompleto, de manera que el enunciado reformulador sirve para explicar, ejemplificar o resumir algo que no estaba suficientemente claro. Mientras que en el de corrección, el hablante sí considera que  $x$  es defectuoso o por lo menos susceptible de ser corregido o reparado.

Charolles, (1987, como se cita en Fernández, 1992) propone distinguir en la corrección dos procedimientos distintos, el de invalidación y el de rectificación, en donde el primero sería más bien una anulación total del enunciado fuente, mientras que en el segundo la anulación sería solo parcial.

Los procedimientos de reformulación son fenómenos difíciles de definir y son en sí mismos complejos pues intervienen en ellos una multiplicidad de medios lingüísticos (Domagała-Bielaszka, 2011). Por una parte, es necesario considerar que esta actividad se produce en el contexto de la co-construcción del discurso conversacional en la cual surge como parte del mecanismo que favorece la comprensión mutua, siendo imposible negar su carácter dinámico. Por esta razón, varios análisis científicos (Gülich y Kotschi, 1983, Rossari, 1993; Garcés, 2006) muestran una diversidad terminológica y de definición; sin embargo, la caracterización de los procedimientos de reformulación gira en torno a dos tipos de relaciones fundamentales: parafrástica y no parafrástica.

### **2.2.1 Reformulación parafrástica**

La reformulación parafrástica hace referencia a la relación de equivalencia que se produce entre el enunciado fuente y el enunciado reformulador. Aquí el enunciado reformulador carga con una similitud semántica en relación con el enunciado fuente, pues intenta expresar de manera equivalente al segmento reformulado. Por lo tanto, la reformulación parafrástica es una duplicación discursiva en la que debe existir una predicación de identidad en la que dos enunciados deben entenderse como idénticos (Gülich y Kotchi, 1986, como se cita en Flores, 2003). El sentido pragmático de esta duplicación, o paráfrasis, es ayudar a facilitar la comprensión del mensaje por el otro y contribuir al funcionamiento de la comunicación (Bouamor, 2012). Existen tres criterios que permiten detectar la reformulación parafrástica (Gülich y Kotchi, 1983; Rossari, 1993 como se cita en Eshkol-Taravella y Grabar, 2016):

1. Criterios fonéticos: repetición de curvas de entonación de la frase, reducción de la velocidad del habla y clara articulación de las sílabas que terminan el enunciado duplicado.
2. Paralelismo sintáctico entre el enunciado fuente y el enunciado reformulador.
3. Presencia de un marcador de reformulación parafrástica (MRP), aunque es posible tener una relación parafrástica entre dos enunciados sin marcador.

La relación de similitud entre ambas formulaciones es gradual y puede ser más fuerte o más débil dependiendo de los constituyentes enlazados y los marcadores de

reformulación utilizados (Garcés, 2006, 2008). En este sentido, es posible entender esta equivalencia como un proceso flexible y dinámico sobre todo considerando que se construye en el momento del habla en consideración del contexto y del propósito comunicativo del hablante (Robles, 2012).

Las relaciones semánticas establecidas pueden ser de tres tipos (Garcés, 2006, 2008):

1. Expansión: aquí el enunciado reformulador es más amplio semánticamente que el enunciado fuente. Este tipo se subdivide en dos, de explicación y de precisión.
2. Reducción: en este tipo de reformulación, el enunciado reformulador condensa el significado semántico expresado en el enunciado fuente; la reducción se subdivide en dos tipos, de denominación y de resumen.
3. Variación: los enunciados fuente y reformulador presentan rasgos semánticos equiparables.

Si bien la reformulación parafrástica puede producirse en ausencia de un MRP, su presencia marca el inicio de la reformulación constituyendo un recurso a través del cual el hablante dirige la atención del interlocutor sobre la formulación que debe ser tomada en cuenta para el entendimiento mutuo. Un MRP, entonces, es aquel que permite presentar la nueva formulación sobre lo que se pretendió decir en un enunciado anterior. No solo esto, sino que además señalan que la formulación anterior debe ser desestimada y que el nuevo enunciado es el que cuenta en el discurso. Cada MRP encierra en sí mismo toda una serie de instrucciones sobre sus modos de condicionar el discurso en el que se integra, de forma que el vínculo existente entre un enunciado fuente y su reformulador dependerá siempre del funcionamiento semántico-pragmático del MRP que los une (Robles, 2012).

Los MRP pueden clasificarse en explicativos y rectificativos (Robles, 2012). De acuerdo con Portolés (2001), estos marcadores pueden definirse de la siguiente manera:

- a) Reformuladores explicativos: son aquellos que introducen un enunciado reformulador que aclara o explica lo que se quiso decir en el enunciado fuente y que puede ser poco comprensible. Los más frecuentes son: *o sea, es decir, esto es y a saber*. También se pueden incluir otros marcadores que son menos frecuentes tales como: *en otras palabras, en otros términos, dicho con/en otros términos, con otras palabras, dicho con/en otras palabras, dicho de otra manera, dicho de otra forma, dicho de otro modo*, etc.
- b) Reformuladores rectificativos: son aquellos que presentan a un elemento reformulador que sustituye al enunciado fuente, por ser este incorrecto, entonces la reformulación corrige o mejora lo dicho. Los reformuladores rectificativos son los adverbios *mejor dicho y más bien*.

Garcés (2008) explica que los marcadores del primer grupo establecen relaciones semánticas de equivalencia o identificación significativa o relaciones de tipo inferencial. De esta forma, lo que se pretende es explicar, aclarar, definir o especificar. En el segundo grupo, los marcadores señalan una precisión o corrección de lo anterior, es decir, orientan la forma en que se debe interpretar el enunciado en relación con los tópicos creados por

el hablante o por los conocimientos compartidos por los interlocutores. Se muestra un resumen en la tabla 2.3 a continuación.

**Tabla 2.3** *Resumen reformulación parafrástica*

Reformulación parafrástica		
Duplicación discursiva en la que debe existir una predicación de identidad en la que dos enunciados deben entenderse como idénticos		
Tipos		MRP
Expansión	Explicativos	<i>en otras palabras, en otros términos, dicho con/en otros términos, con otras palabras, dicho con/en otras palabras, dicho de otra manera, dicho de otra forma, dicho de otro modo, etc.</i>
Reducción	Rectificativos	<i>mejor dicho y más bien</i>

### 2.2.2. *Reformulación no parafrástica*

En contraste con la reformulación parafrástica, es posible distinguir la reformulación no parafrástica, propuesta original realizada por Roulet derivada de las orientaciones teóricas de la escuela de Ginebra para el análisis del discurso en 1987 (Garcés, 2006). En este tipo de reformulación no se establece una relación de identidad como en la parafrástica, sino que la nueva formulación representa un cambio de perspectiva enunciativa siempre señaladas por un marcador textual que las introduce (Roulet, 1987 y Rossari, 1990; como se citan en García-Negróni, 2009). Esto implica que se genera una distancia de significado entre el enunciado fuente o movimiento discursivo explícito o implícito y el reformulador, siendo el marcador el que indica si se recapitula, reconsidera o se distancia para invalidar al enunciado fuente (García-Negróni, 2009). La relación establecida, entonces, se caracteriza por ser interactiva, no argumentativa y jerárquica, ya que, el enunciado fuente se subordina al enunciado reformulador. De acuerdo con el grado de distanciamiento entre ambas formulaciones, se distinguen tres tipos de reformulación no parafrástica (Garcés, 2008):

1. Recapitulación (grado mínimo): en este tipo el reformulador trata de englobar lo expresado en el enunciado fuente.
2. Reconsideración (grado medio): cuando se plantea un nuevo punto de vista que puede ir en una misma dirección o en una diferente discordante o contrario al enunciado fuente.
3. Separación (grado máximo).



Como ya se ha establecido, en la reformulación no parafrástica el rol del marcador es fundamental y su uso es obligatorio. Este es el que permite reinterpretar el segmento que se reformula de acuerdo con las instrucciones semántico-pragmáticas contenidas en él, es decir, establece el grado de distanciamiento entre la primera formulación y la segunda. Existen varias propuestas de agrupamiento de los marcadores, Cortés y Camacho (2005, como se cita en Garcés, 2008), por ejemplo, subdividen los marcadores no parafrásticos en los siguientes: concreción propia, resumen, generalización, relieve, restricción y rectificación. Por otra parte, Portolés (2001), agrupa los marcadores no parafrásticos en reformuladores recapitulativos y de distanciamiento, a lo que Garcés (2008) agrega los de reconsideración, explicados a continuación:

1. Reformuladores recapitulativos: son aquellos que presentan a un miembro del discurso como una conclusión o recapitulación de algo dicho anteriormente, es decir, se pretende extraer lo esencial de la primera formulación. En este sentido los que mantienen la misma línea argumentativa son los que se detallan a continuación: *en suma, en conclusión, en resumen y en síntesis*; y los que siguen una orientación opuesta son: *en resumidas cuentas, en definitiva, a fin de cuentas, en fin, total, vamos, al fin y al cabo, y después de todo*.
2. Reformuladores de reconsideración: estos marcadores indican que la vuelta al segmento anterior no es para extraer lo esencial, sino para presentarlo desde otra perspectiva, suponiendo a partir de esto una consideración de otros puntos de vista por parte del hablante. En esta dinámica, el enunciado reformulador es el que debe ser tomado en cuenta como el último o el definitivo. Los marcadores que pueden ser incluidos en este grupo son los siguientes: *en definitiva, en resumidas cuentas, al fin y al cabo, a fin de cuentas, después de todo, total*.
3. Reformuladores de distanciamiento: son los que presentan una nueva formulación que expresamente desestima una anterior. De esta manera, el nuevo enunciado no reformula algo ya dicho, sino que aporta nueva información al discurso. Estos reformuladores son los que se mencionan a continuación: *en cualquier caso, en todo caso, de todos modos, de todas formas, de todas maneras, de cualquier modo, de cualquier forma y de cualquier manera*.

Nuevamente, la tabla 2.4 muestra un resumen de los reformuladores no-parafrásticos.

**Tabla 2.4** *Resumen reformulación no parafrástica*

---

Reformulación no parafrástica

---

Distanciamiento de significado entre enunciado fuente y enunciado reformulador

---

Tipos	Marcadores
Recapitulativos	<i>en suma, en conclusión, en resumen y en síntesis; en resumidas cuentas, en definitiva, a fin de cuentas, en fin, total, vamos, al fin y al cabo, y después de todo.</i>
De Reconsideración	<i>en definitiva, en resumidas cuentas, al fin y al cabo, a fin de cuentas, después de todo, total</i>
De Distanciamiento	<i>en cualquier caso, en todo caso, de todos modos, de todas formas, de todas maneras, de cualquier modo, de cualquier forma y de cualquier manera.</i>

---

La generación de un texto oral por parte del hablante requiere de él resolver las dificultades comunicativas que surgen en el proceso y las distancias que se generan entre lo que se quiere decir, lo que se dice efectivamente y lo que entiende el interlocutor. En esta línea las actividades de reformulación son un recurso discursivo que está al servicio no solo de la co-construcción textual del discurso, sino también de la comprensión mutua. Desde un punto de vista logopédico surge la pregunta fundamental de si estas operaciones funcionan de igual manera en conversaciones con sujetos control en comparación con sujetos con DTA y este aspecto es sobre el que se volverá en el próximo capítulo.

## CAPITULO 3

### DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

En la era actual los avances tecnológicos y la investigación en salud ha traído consigo el aumento de la esperanza de vida de la población mundial. La principal consecuencia es el cambio demográfico en el cual se evidencia un aumento de la población de AAMM. Actualmente, tenemos en el mundo cerca de 900 millones de personas de 60 años y más. Se proyecta que entre el 2015 y el 2050 el número de AAMM aumentará a un ritmo diferente según el país de procedencia; el incremento para los países de altos y medianos recursos será menor (56%) en comparación al gran aumento que tendrán los países de medianos y bajos recursos (185%) y al de los países de bajos recursos (239%) (Alzheimer's Disease International, 2015).

En el informe de la ONU publicado en el año 2019 se proyecta que para el año 2050 una de cada seis personas en el mundo (16% de la población) tendrá más de 65 años, es decir, doblará la cifra del año 2019 (9%). También se proyecta que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará entre 2019 y 2050 en África septentrional y Asia occidental, Asia central y meridional, Asia oriental y sudoriental, y América Latina y el Caribe. Se afirma además que para 2050, una de cada cuatro personas que está viviendo en Europa y América del Norte podría tener 65 años y más. En este informe se menciona que, en el año 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años y más a nivel mundial superaron en número a los niños menores de cinco años. Finalmente, se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. Es necesario considerar que estos datos son previos al inicio de la pandemia declarada por la OMS en marzo del año 2020 por COVID-19 (síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 o SARS-CoV-2). Datos epidemiológicos indican que los AAMM representaban un número desproporcionado de casos graves y muertes por esta enfermedad (Pence, 2020). A 26 de Junio del 2020 se han reportado 489.922 muertes a nivel mundial (Hosoki et al., 2020) de las cuales la mayoría corresponde a personas mayores de 60. Y la OMS (<https://covid19.who.int/>) informa que ya para el 06 de Julio del 2022 ha registrado un total de 551.226.298 casos y un total de 6.345.595 fallecidos. En épocas normales, las personas con DTA y demencias relacionadas se encuentran entre las personas más vulnerables de la sociedad, dependiendo de sus familiares o cuidadores profesionales para su supervivencia diaria. Esta pandemia agrava aún más su vulnerabilidad, debido tanto a la morbilidad y mortalidad por COVID-19 como a los efectos indirectos de la pandemia en los apoyos sociales y el sistema de salud del que dependen (Brown et al., 2020).

En Chile existe una creciente preocupación por mejorar la calidad de vida de los AAMM, cuya población va progresivamente en aumento siguiendo el patrón mundial. Se registra que una de cada diez personas pertenece al grupo de AAMM y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco (Acuña et al. 2005). Esta preocupación existe porque el AM presenta condiciones sociales, emocionales y de salud que le son particulares.

Los cambios más frecuentes de este grupo etario son diversos, incluyendo ámbitos sociales, culturales, físicos, emocionales y psicológicos; sin embargo, quizás los que más afectan a la calidad de vida son aquellos vinculados a las capacidades cognitivas, pues se

reduce la velocidad de respuesta y se limita el procesamiento de la información, la capacidad adaptativa y la resolución de problemas, repercutiendo además en las relaciones sociales por un déficit comunicativo lingüístico.

El desafío es distinguir si los cambios que se observan a nivel cognitivo de comunicación y lenguaje pueden ser asociados a la edad como cambios “normales” o bien asociados a procesos patológicos. Por esa razón es útil revisar las conceptualizaciones relacionadas con el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y la demencia, en particular la Demencia Tipo Alzheimer (DTA), y revisar los criterios diagnósticos, las condiciones clínicas que separan a ambas patologías y en qué circunstancias puede afirmarse que una progresa hacia la otra.

### **3.1. Deterioro Cognitivo Leve**

El DCL es actualmente conocido como una entidad intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia muy temprana, cuya relevancia recae en que numerosos estudios epidemiológicos indican una acelerada tasa de progresión a la demencia.

La prevalencia de DCL en AAMM de 60 años es de aproximadamente 6,7% a 25,2%, aumenta con la edad y a menor nivel educativo, y es más frecuente en los hombres (Jongsiriyanyong y Limpawattana, 2018). En la revisión realizada por Custodio y colaboradores (2012) se afirma que la prevalencia de DCL se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años, mencionan además que en un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DCL de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años.

Los estudios de DCL en América Latina son escasos, pero es posible encontrar que en la ciudad argentina de Córdoba se ha encontrado una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años, en la ciudad colombiana de Medellín se halló una prevalencia de DCL tipo amnésico de 9,7%; y en Chile se comunica el seguimiento de 36 pacientes con DCL, observando la evolución a demencia en 15 de ellos en un periodo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50%(10 casos) de los pacientes que permanecían como DCL estables en el tiempo progresaron a EA (Custodio et al, 2012).

Los primeros trabajos que permiten aseverar una progresión de DCL a demencia se realizaron en Europa en la década de los años 60 con el fin de investigar la epidemiología de la demencia. Fue entonces cuando se identificó a un grupo de individuos que no encajaba claramente en el grupo cognitivamente normal o en el grupo de demencia. Durante el estudio de seguimiento de estas personas, más de un tercio progresó a demencia tras varios años, mientras que los demás continuaron mostrando algún déficit en la memoria, pero sin alcanzar niveles de deterioro cognitivo mayor (Kay et al. 1964). Esta observación, confirmada posteriormente en otros estudios, condujo a esfuerzos para comprender mejor a este grupo cuyo funcionamiento cognitivo se encuentra entre "normal para la edad y la educación" y la demencia (Roseberg et al. 2006).

Respecto a la intervención del DCL, no existe evidencia de algún tratamiento farmacológico exitoso (Cheng et al., 2017; Petersen et al., 2018; Anderson, 2019). Langa y Levine (2014) afirman que, por otra parte, sí existe evidencia de que diversas

intervenciones conductuales, en particular el ejercicio aeróbico (funciones ejecutivas) y la actividad mental, pueden tener efectos pequeños pero beneficiosos sobre la función cognitiva en AAMM con DCL. Los autores mencionan que existen estudios clínicos que demuestran mejoras moderadas en la función cognitiva durante 6 a 12 meses en personas con DCL y demencia. Otro factor para tomar en cuenta, desde el punto de vista preventivo, es el impacto de la participación social y el manejo de otros factores de riesgo vascular (Langa y Levine, 2014). El primero reduce el riesgo de deterioro cognitivo y preserva la memoria, particularmente en personas mayores de 12 años y el segundo, evita la ocurrencia de accidentes cerebro vasculares que cuando están presentes aceleran el deterioro cognitivo y precipitan la demencia en pacientes con DCL.

### **3.1.1. Antecedentes históricos: hacia un diagnóstico**

La conceptualización del DCL ha sido variada a lo largo de los años y diversos autores han propuesto distintas terminologías. En 1962, Kral usó el término ‘amnesia senil benigna’ con el objetivo de diferenciar los ancianos con defectos de memoria benigno de aquellos que llegaban a desarrollar la enfermedad de Alzheimer<sup>3</sup>. En esta misma línea, en 1986, Crook y colaboradores, para el *National Institute of Mental Health* (NIMH) propusieron el término de “deterioro mnésico asociado a la edad” para definir a los pacientes mayores de 50 años, con una alteración subjetiva y objetiva de la memoria sin afectación de otras funciones cognitivas, y sin necesidad de poseer demencia. Por otra parte, el DSM-IV define el deterioro cognitivo relacionado con la edad resaltando que pueden comprometer otras funciones además de la memoria (Donoso et al., 2001; Roselli y Ardila, 2012). Los criterios del *International Working Group* (IWG) utilizan los términos "EA prodrómica" o "EA de predemencia" para referirse a personas con deterioro cognitivo que no es lo suficientemente grave como para afectar significativamente las actividades de la vida diaria, mientras que el nuevo DSM-V se refiere a esta etapa como "trastorno neurocognitivo leve" (Langa y Levin, 2014).

Hughes, y colaboradores (1982) presentaron la *Escala de Clasificación de la Demencia Clínica* (CDR, en su sigla en inglés - *Clinical Dementia Rating*) [Anexo 1] que es un sistema de estadios clínicos del daño cognitivo en el envejecimiento, a través de la evaluación de seis áreas cognitivas: memoria, orientación, juicio y habilidad de resolver problemas, eventos de la comunidad, Actividades de la Vida Diaria (AVD, que pueden ser instrumentales, básicas y volitivas) y cuidado personal. Una persona podrá clasificarse con CDR 0 cuando no presenta demencia ni quejas subjetivas de memoria y es autovalente, mientras que un CDR 0,5 incluirá a aquellos que son autovalentes pero que presentan problemas leves de memoria, orientación, razonamiento o resolución de problemas, es decir, quienes presentan un deterioro cognitivo ligero y el término que hace referencia a esta etapa es el de “demencia cuestionable o dudosa”. CDR 1, 2 y 3 correspondería a la demencia leve, moderada y severa, respectivamente.

---

<sup>3</sup> EA = patología de Alzheimer, es decir, placas y ovillos de amiloide que se forman en el tejido cortical, es una entidad etiológica.

DTA = se refiere a su manifestación clínica más típica -la demencia tipo Alzheimer- pero no única, ya que por ejemplo la EA también está presente en otras entidades clínicas como la afasia progresiva primaria de tipo logopénico (al menos en un 70% de los casos, según la mayoría de estimaciones). (cfr. apartado 2 de este mismo capítulo).

Reisberg y colaboradores, por su parte, en 1982 presentaron la escala global de deterioro (GDS, en su sigla en inglés - *Global Deterioration Scale*) [Anexo 2] a través de la cual etapificaron la progresión del deterioro cognitivo considerando medidas conductuales, neuroanatómicas y neurofisiológicas de la demencia primaria. En esta escala, compuesta por 7 niveles, los primeros 3 corresponden al descenso cognitivo sin demencia, mientras que los siguientes se refieren a los distintos estadios demenciales. El nivel 1 se refiere a la ausencia de declinación cognitiva, el nivel 2 corresponde a quienes presentan queja subjetiva de memoria la que se entiende como asociada a la edad, mientras que el nivel 3 corresponde a lo que los autores llaman discapacidad o declinación cognitiva leve. En el GDS 3, entonces, se incluyen por una parte quejas subjetivas relacionadas con la memoria, la orientación, el acceso a las palabras y la concentración y, por otra, la evidencia objetiva del déficit reportado en memoria que además deben afectar los entornos laborales y sociales exigentes. Los GDS 4, 5, 6 y 7 se vinculan con las etapas de la demencia tipo Alzheimer (DTA) que se detallarán en el apartado siguiente.

En 1989 Blackford y La Rue definieron la ‘pérdida de memoria consistente con la edad’, estableciendo una comparación de las puntuaciones con la población de referencia –es decir, los resultados obtenidos a partir de la media de las pruebas por personas sanas de la misma edad en ausencia de demencia y sin alteraciones– con la finalidad de establecer una comparación con las personas que sufren de olvidos o quejas subjetivas de la memoria en personas mayores.

Más adelante, ya en la década de los 90, Flicker y colaboradores (1991), en el estudio con AAMM, intentaron encontrar predictores para la demencia en sujetos con DCL, el que entienden como una condición que requiere la presencia de quejas subjetivas de memoria y de dificultades objetivas en pruebas de valoración neuropsicológica, pero con conservación del funcionamiento cognitivo general y con independencia para realizar las AVD. En este trabajo, el 72% de los sujetos manifestaron una progresión de los síntomas con características de demencia.

Los mismos autores, en 1993, realizaron un estudio longitudinal con personas mayores que presentaron pérdida de memoria subjetiva asociada a la edad por un tiempo de 3 años y concluyen que este tipo de sujetos no tienen un alto riesgo de progresar a demencia, como aquellos que presentaron DCL con quejas tanto subjetivas como objetivas, de acuerdo a lo reportado en el trabajo anterior. Por lo mismo resaltan que la valoración psicométrica puede usarse en sujetos ancianos como predictor para distinguir entre trastornos subyacentes benignos y los más significativos como el DCL.

Por otra parte, en Canadá, Ebly y colaboradores (1995) evaluaron a una gran cantidad de sujetos mayores de 65 años con la finalidad de examinar algunos criterios relacionados con el término ‘deterioro cognitivo sin demencia’ que ellos mismos propusieron; sin embargo, los resultados no fueron lo suficientemente concluyentes para describir a este grupo de sujetos que claramente parecían estar en un estadio intermedio entre los sujetos normales y aquellos con demencia inicial.

Linn y colaboradores (1995) realizaron un trabajo longitudinal, con un seguimiento de hasta 13 años de personas mayores que no presentaban demencia, para evaluar el intervalo entre el inicio del deterioro cognitivo detectable y el diagnóstico clínico en individuos con probable DTA e identificar el patrón de los primeros cambios en la cognición en DTA probable. Concluyen que existe una ‘fase preclínica’ de déficits cognitivos detectables

que puede durar muchos años y que los primeros signos de DTA se relacionan con los defectos de la memoria verbal. La fase preclínica sería el término para el DCL.

Estos hallazgos respaldan afirmaciones previas de que un deterioro cognitivo puede preceder muchos años al diagnóstico clínico de DTA probable, y también respaldan la hipótesis de que los problemas con la memoria verbal secundaria se encuentran entre los primeros signos de DTA.

En 1993, el *National Institute of Mental Health* (NIMH) propone ciertos criterios diagnósticos para precisar el diagnóstico del deterioro cognitivo (Casanova-Sotolongo et al., 2004; Custodio et al., 2012), entre los que se encuentran los siguientes:

1. Edad mayor de 50 años,
2. Existencia de quejas subjetivas de pérdida de memoria, descrita como gradual, sin empeoramiento brusco ni ocurrida en meses recientes, reflejadas en la vida cotidiana, como dificultad para recordar nombres de personas conocidas.
3. Rendimiento en las pruebas de memoria de por lo menos una desviación estándar por debajo del promedio establecido para adultos jóvenes en la prueba estandarizada de memoria secundaria (memoria reciente).
4. Conservación de las otras funciones intelectuales.
5. No cumple con los criterios para demencia o cualquier otra condición médica que pueda causar déficits cognitivos.

Sin embargo, estos criterios presentados por el NIMH distinguen el DCL como un cuadro en el cual solo se afecta la memoria; sin embargo, otras investigaciones han dado cuenta que en el DCL puede afectar otras dimensiones cognitivas (Petersen, 2004, Petersen et al., 2005, 2009, 2014).

Más adelante, Petersen y colaboradores (1999) usan el término ‘Deterioro Cognitivo Leve’ y realizan una caracterización clínica que permite distinguir a los sujetos con DCL de los sanos y de los que sufren demencia inicial. Se realizó el diagnóstico de DCL si el paciente cumplía los siguientes criterios:

1. Queja de memoria.
2. Actividades normales de la vida diaria.
3. Función cognitiva general normal.
4. Memoria anormal para la edad.
5. Ausencia de demencia.

Los criterios descritos por los autores son el producto de la revisión de varias investigaciones en torno al DCL. Los mismos pacientes fueron finalmente clasificados según las escalas CDR y GDS. En este trabajo se concluye que el DCL es una entidad claramente distinguible que muestra un mayor riesgo de progresar a DTA que los sujetos

sanos, y que los criterios son útiles para caracterizar a los sujetos para fines prácticos y teóricos.

### ***3.1.2. Características del Deterioro Cognitivo Leve y tipología***

Petersen y colaboradores (2001) discutieron la heterogeneidad del DCL dando cuenta de que existen pacientes que presentan síntomas diferentes al descenso de la memoria y que algunos evolucionan a DTA y otros a otro tipo de demencias. Afirmaron que el deterioro cognitivo que se ha investigado y que progresa a DTA es solo un subtipo, al que llaman de tipo amnésico. Afirman que es posible hipotetizar otras presentaciones del DCL y sugieren la existencia de un segundo tipo de presentación, un deterioro cognitivo de múltiples dominios que no se acompaña de un déficit de memoria que sea suficientemente grave como para constituir demencia. Los sujetos con DCL con estas características también pueden progresar a DTA, pero también podrían progresar a otros trastornos. Por último, sugieren la presentación de un DCL de un único dominio distinto de la memoria, como lo sería, por ejemplo, un defecto en el lenguaje que luego progresa a una afasia progresiva primaria.

En el año 2004, Petersen describió los tipos de DCL descritos en el párrafo anterior precisando que el DCL de múltiples dominios puede darse con o sin alteración de la memoria. La nomenclatura que sugiere es la siguiente: DCL-a (siendo la “a” el indicador de “amnésico”) para el déficit sólo de la memoria; DCL-md para el deterioro de múltiples dominios; DCL- md +a para el deterioro cognitivo de múltiples dominios incluido el de la memoria y DCL monodominio no amnésico. Esta propuesta ha sido tomada por muchos otros autores para hacer distinción entre los distintos tipos de DCL y su potencial progresión a distintas demencias (Petersen et al, 2009; Custodio et al., 2012; Petersen et al., 2014; Knopman y Petersen, 2014, Ding et al., 2016; Tangalos y Petersen, 2018).

De los cuatro tipos de DCL indicados por Petersen el amnésico es más común que el no amnésico en una proporción de aproximadamente 2: 1, y este último puede ser el resultado del envejecimiento normal y tener causas reversibles, o puede ser el resultado de una etapa de predemencia de la enfermedad que no es de Alzheimer, como degeneración lobar frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson con demencia, demencia vascular o afasia progresiva primaria (Jongsiriyanyong y Limpawattana, 2018).

En la revisión realizada a los criterios de DCL se agregan “leves dificultades en la funcionalidad” como parte de los criterios diagnósticos, generando dificultades en las fronteras con la demencia (Morris, 2012). Históricamente se ha concebido que el límite entre DCL y demencia (por cualquier causa) está en el desempeño funcional en las AVD, en donde para los primeros debían estar conservadas mientras que, para los segundos, alterado. Sin embargo, actualmente se admite que el paciente puede ser ineficaz para realizar determinadas tareas y le puede llevar más tiempo, pero en última instancia puede realizarlas sin ayuda, es decir, las funciones diarias están conservadas en gran medida comparadas con el deterioro que sufren en quien padece algún tipo de demencia (Petersen, 2016). Esto significa que es importante centrar los esfuerzos en una adecuada evaluación que permita sustentar el diagnóstico y esclarecer el límite entre ambas patologías.



El DCL, especialmente el debido a la fisiopatología de la EA, no se puede diagnosticar actualmente mediante una prueba de laboratorio, pero requiere el juicio de un médico, por lo que, el DCL es un síndrome definido por criterios clínicos, cognitivos y funcionales (Morris, 2012). En este contexto las evaluaciones cognitivas breves pueden detectar con éxito la demencia en la atención primaria, pero la sensibilidad de esos instrumentos para detectar DCL es generalmente menor y aún no está claro si el diagnóstico temprano de deterioro cognitivo mejora los resultados importantes del paciente o del cuidador (Langa y Levine, 2014). Un aspecto sí relevante es hacer evaluaciones seriadas en el tiempo, es decir, hacer seguimiento longitudinal, lo que permitiría acreditar el deterioro intraindividual (la pérdida temporal de las capacidades cognitivas) u obtener un historial de cambio de los niveles alcanzados previamente según lo informado por un informante observador (Morris, 2012). Esto porque el diagnóstico convencional de DCL puede ser muy susceptible a errores de diagnóstico de falsos positivos, lo que es consistente con informes previos de altas tasas de reversión o falta de progresión en aquellos con DCL (Edmonds et al, 2015). Entonces, las evaluaciones seriadas podrían permitir acertar un poco más en el diagnóstico. Breton y colaboradores (2019) agregan que las pruebas integrales breves tienen una alta sensibilidad y especificidad para detectar DCL, especialmente con pruebas como el *Adembrook Cognitive Assessment (ACE-R)* y *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, siendo este último el más recomendado (Jongsiriyanyong y Limpawattana, 2018; Anderson, 2019). En el metaanálisis que hace Breton y colaboradores (2019) sobre la detección temprana del DCL, encontraron que la prueba *Mini Mental State Examination (MMSE)* de Folstein y colaboradores (1975), ampliamente utilizada tanto en la clínica como en investigación para detectar la demencia, es menos sensible para el diagnóstico de DCL, por lo que sugieren evitar su uso si se pretende identificar cambios cognitivos menores.

Se admite que en investigación los criterios clínicos del DCL varían entre el 11 hasta el 74%, sin embargo, cuando los criterios neuropsicológicos se equilibran en términos de sensibilidad (definiendo el deterioro por debajo de -1 DE en lugar de -1,5 o -2 DE) y de confiabilidad (usar dos puntajes de deterioro dentro de un dominio en lugar de un solo puntaje de deterioro), y se incorporan las mediciones del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), tales como el manejo del dinero, realización de trámites y otras actividades complejas; se producen diagnósticos más estables a lo largo del tiempo. Bondi y colaboradores (2014) afirman que el enfoque de evaluación con “una prueba” genera muchos falsos positivos y que múltiples medidas proporcionan una estimación más fiable de una habilidad cognitiva que cualquier medida única, por lo que sugieren que las evaluaciones sean siempre más completas.

Anderson (2019), en su revisión sobre la fenomenología del DCL encuentra que varias investigaciones reportan una reducción de la calidad de vida de las personas especialmente cuando conocen su diagnóstico. Junto con ello, también encontró que los síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y baja moral están elevados en las personas con DCL en comparación con los AAMM con envejecimiento fisiológico. Afirma que las personas con DCL experimentan síntomas depresivos aproximadamente el doble que los AAMM, especialmente en el DCL amnésico, lo que podría explicarse debido a que la depresión puede ser el resultado de la interferencia de las dificultades de memoria sobre la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, pero debe tenerse en cuenta que tales actividades también dependen de las funciones ejecutivas

### ***3.1.3. Del Deterioro Cognitivo Leve a la Demencia Tipo Alzheimer***

El DCL a menudo se ha estudiado en su asociación con la demencia; sin embargo, las tasas altas de reversión a la cognición normal sugieren que el DCL no necesariamente conduce a la demencia (Pandya et al., 2016). Desde un punto de vista neuropatológico, todas las evidencias identificadas en las cohortes de DCL también se pueden encontrar en AAMM con cognición intacta y en AAMM con demencia, y por lo general el DCL sería la etapa intermedia en términos de gravedad (Anderson, 2019). Estos incluyen atrofia de las regiones del lóbulo temporal medial, particularmente el hipocampo y las regiones entorrinales, y la corteza cingulada posterior, hipometabolismo en las cortezas temporoparietal y cingulada posterior, según lo evaluado por tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET); e hipoperfusión de las cortezas parietales y el hipocampo medido por tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT)

También se ha realizado una fuerte asociación entre el DCL amnésico la DTA, y si bien el 30% de los pacientes con DCL amnésico que desarrollan demencia tienen una patología cerebral primaria que no es DTA (Langa y Levine, 2014), es cierto que un gran porcentaje puede avanzar a DTA. El concepto de DTA prodrómica surgió a partir de la literatura acumulada que se había desarrollado con respecto a la observación de que el DCL amnésico, cuando se combinaba con ciertos biomarcadores, se aproximaba a la condición de la DTA. De hecho, los proponentes creían que un cierto tipo de DCL amnésico junto con biomarcadores para la presencia de amiloide o beta amiloide ( $A\beta$ ) y tau constituían las primeras etapas sintomáticas del proceso de DTA (Petersen, 2016).

Durante las últimas décadas, se han utilizado dos enfoques para identificar sujetos con EA temprana. Un enfoque es buscar cambios cognitivos sutiles antes de la demencia manifiesta, y el otro enfoque es buscar biomarcadores sustitutos de la patología de Alzheimer (Cheng et al., 2017). Respecto al uso de biomarcadores la NIA-AA recomendó un esquema de estadificación para la DTA preclínica basado en el estado de los biomarcadores (Sperling et al., 2011). En el estadio I se incorporan a los sujetos sin deterioro cognitivo y con presencia de cierto grado de amiloidosis (acumulación de  $A\beta$ ); en el estadio II se incluyen a sujetos sin deterioro cognitivo con biomarcadores presentes de amiloidosis, evidencia de disfunción psináptica y/o degeneración temprana; en el estadio III están los sujetos con biomarcadores de amiloidosis, evidencia de neurodegeneración y deterioro cognitivo sutil, que no alcanza a configurarse como un DCL, pero que están cerca de sus fronteras. Esta tercera etapa sería la última fase de la DTA preclínica.

Un último biomarcador neurobiológico que no forma parte de las prácticas diagnósticas estándar, pero que promete ser útil para el futuro, es la integridad estructural y funcional de la corteza perirrinal que es donde inicia la patología de la DTA. Se ha observado que una característica distintiva del DCL amnésico es la atrofia y el adelgazamiento de las cortezas rinales (Zhou et al, 2016; como se cita en Anderson 2019), combinado con atrofia del hipocampo que excede la observada en el envejecimiento saludable (Leal y Yassa, 2013; como se cita en Anderson 2019). Recientemente se ha informado que el volumen de la corteza entorrinal anterolateral se correlaciona con el rendimiento en el test MoCA, sensible al DCL (Nasreddine et al, 2005; como se cita en Anderson 2019), en un grupo de AAMM control, algunos de los cuales no aprobaron el MoCA.

No está claro si las quejas de la disminución de la memoria u otros cambios neuroconductuales sutiles serán un predictor útil de la progresión hacia la DTA. Por otra parte, existe evidencia emergente de que las medidas cognitivas más sensibles, particularmente con las medidas de la memoria episódica desafiantes, pueden detectar un deterioro cognitivo muy sutil en individuos con amiloide positivo (Sperling et al., 2011). Langa y Levine (2014) afirman que las pruebas de memoria episódica identifican a los pacientes con DCL con una alta probabilidad de progresar a la DTA en unos pocos años.

Como se ha expuesto, las personas que presentan un DCL tendrían un riesgo importante para desarrollar demencia especialmente Alzheimer, y particularmente los DCL amnésicos de dominio único y DCL amnésico de múltiples dominios (Oltra-Cucarella et al., 2018). De acuerdo con Atri (2019) el DCL amnésico está asociado en más del 90% con la patología subyacente de la EA. En la revisión realizada por Petersen y colaboradores (2018) encontraron que la prevalencia de DCL fue de 6,7% para las edades de 60 a 64, 8,4% para las de 65 a 69, 10,1% para las de 70 a 74, 14,8% para las de 75 a 79 y 25,2% para las de 80 a 84. La incidencia acumulada de demencia en esta revisión fue del 14,9% en individuos con DCL mayores de 65 años seguidos durante 2 años. Se estima que la tasa de transición del DCL a la demencia va de un 10% a un 15% anual, alcanzando al menos 50% en 5 años (Petersen, 2003). Cheng y colaboradores (2017) afirman que estudios transversales y longitudinales ha demostrado que el DCL que presenta biomarcadores positivos de DTA tienen un mayor riesgo y una mayor tasa de conversión anual que puede ir del 5% al 17% a DTA. Morris y Price (2001) insisten que el DCL podría ser una DTA prodrómica y no una entidad independiente, ya que además se han encontrado hallazgos neuropatológicos característicos de la DTA en la mayoría de las autopsias realizadas a pacientes que han presentado DCL persistente en el tiempo o que ha progresado a demencia.

Si bien el DCL puede progresar a demencia, también se han observado que en un 20 a un 25% de los casos aparece una reversión significativa de los síntomas, es decir, sujetos que pueden llegar hasta la cognición y funcionamiento normal (Panza et al., 2005). Por lo anterior, Roseberg y colaboradores (2006) sugieren que es necesario entender al DCL no como una condición definitiva de enfermedad degenerativa, sino más bien como un síndrome que representa un riesgo mayor de padecerla. Sin embargo, Petersen y colaboradores (2014) en su revisión sobre la evolución del concepto de DCL, insisten en que el diagnóstico de DCL pueden considerarse como un marcador clínico predictor fiable de demencia. Por lo tanto, al hacer el diagnóstico de DCL es imprescindible su seguimiento permanente de manera que se pueda confirmar en el tiempo la condición como tal o bien su evolución si ese fuese el caso.

### **3.2. Demencia Tipo Alzheimer**

La DTA es un trastorno neurodegenerativo de inicio gradual y curso progresivo que presenta deterioro cognitivo global y pérdida progresiva de memoria, de orientación, de funciones ejecutivas y de lenguaje (Herrera, et al., 2010); es de carácter orgánico y genera desadaptación social (Brañas y Serra, 2002). Su etiología es desconocida, aunque se considera una enfermedad de causa multifactorial y compleja, siendo la edad el principal factor de riesgo no modificable (Valls-Pedret et al., 2010). Se puede presentar en el 1-2% de los sujetos de 60 años, en el 3-5% de los sujetos de 70, en el 15-20% de los sujetos de

80 años y en un tercio o la mitad de los mayores de 85, siendo excepcional los casos en personas antes de los 50 años (Kukull y Ganguli, 2000).

Para la OMS (2017) la demencia es un síndrome de naturaleza crónica y progresiva caracterizada por un deterioro cognitivo acompañado de deterioro emocional, así como deterioro en el comportamiento social o la motivación. Las formas o la causa más común es la Enfermedad de Alzheimer (EA), entonces la ‘Demencia tipo Alzheimer’ constituye de un 60 a un 70 % de los casos (OPS-OMS, 2013; OMS, 2017). La *Organización Panamericana de la Salud* (OPS) junto con la OMS (2013) informaron que, a nivel mundial, 35,6 millones de personas vivían con demencia en el año 2010, y se prevé que esta cifra se duplique cada 20 años: 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050; el número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi 7,7 millones, lo cual implica un nuevo caso cada cuatro segundos.

La prevalencia varía en las distintas regiones del mundo (Cisneros et al., 2017). En el África subsahariana alcanza a un 2,07%, la más baja en todo el planeta, mientras que en otras regios se observa entre un 5 y un 7%. Esta diferencia puede deberse principalmente a un sesgo relacionado con la esperanza de vida que en África subsahariana alcanza recién a los 60 años. En cuanto a América Latina, la prevalencia es de 8,48%, la más alta en comparación a otras regiones, la cual puede explicarse por el marcado proceso de envejecimiento poblacional y por la tendencia a una prevalencia mayor en mujeres sobre 70 años en comparación con la prevalencia de las otras regiones. Un estudio anterior (Nitrini et al., 2009) menciona que la alta prevalencia en personas entre 65 y 69 está asociada al alto índice de analfabetismo, pues la demencia es dos veces más frecuente en esta población en comparación con la población alfabetizada.

En Chile, se estima que alrededor el 1,06% de la población sufre algún tipo de demencia, lo que la posiciona en el número 18 de las causantes de pérdida de años de vida saludables en la población en general y la tercera en mayores de 65 años; se estima además una incidencia anual de 1,7%; sin embargo, se reconoce que las cifras pueden estar subestimadas debido a la escasa sospecha clínica o por dificultades de acceso a la salud en cierta área de la población (Klaassen et al., 2021)

Dado el contexto actual de pandemia por Covid -19, estos datos podrían variar, de acuerdo con Xia y colaboradores (2021) la morbilidad y mortalidad de COVID-19 están elevadas en la DTA debido a múltiples cambios patológicos en pacientes con DTA, como la expresión excesiva de la enzima convertidora de angiotensina 2 del receptor viral y moléculas proinflamatorias, diversas complicaciones de la DTA, incluida la diabetes, alteraciones del estilo de vida en la DTA e interacciones fármaco-fármaco. Los mismos autores afirman que también se ha informado que COVID-19 causa varios síntomas neurológicos, incluido el deterioro cognitivo que finalmente puede resultar en DTA, probablemente a través de la invasión de SARS-CoV-2 en el sistema nervioso central, inflamación inducida por COVID-19, a largo plazo hospitalización y delirio, y síndrome post-COVID-19. Además, la crisis del COVID-19 también empeora los síntomas conductuales en pacientes con DTA no infectados y plantea nuevos desafíos para la prevención de la DTA.

### **3.2.1. Antecedentes históricos**

El término demencia proviene del latín *dementatus* que significa ‘fuera de la propia mente’ y desde la antigüedad era aplicable a personas que eran interpretadas como locas, que presentaban cualquier comportamiento anormal, incomprensible y aberrante independiente de su edad; igualmente se aplicaba también al deterioro cognitivo y a la pérdida de memoria asociada a la ancianidad. Luego, gracias a eruditos como Cicerón (106-43 a.C.), Celsius (30-50 a.C.) o Arateus (siglo II d.C.), el término original evolucionó al concepto de demencia senil que se entiende como una enfermedad cerebral cuyo principal factor es la edad. Pese a esta evolución, la demencia entendida como un trastorno irreversible de las funciones intelectuales, solo se logró conceptualizar a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX (Slachevsky, 2016).

Los primeros trabajos que se pueden mencionar son los de Arnold Pick en 1892, Kraepelin en 1894 y Biswanger en 1898, entre otros (Robles, 2010). El primero describe la demencia asociada a la afasia; el segundo distingue la demencia senil de la demencia arteriosclerótica; y el último sugiere el adjetivo “presenil” para aquellos pacientes que presentan deterioro cognitivo en edades más tempranas.

En 1906, Alois Alzheimer reporta por primera vez su estudio de caso en una ponencia llamada "Una enfermedad característica del córtex cerebral", en el 37° *Encuentro de Psiquiatras del Sureste de Alemania* que tuvo lugar en Tübingen. En este encuentro se describieron las anormalidades histopatológicas (Fuentes, 2003) que acompañaban la desorientación, paranoia, alucinaciones y otros trastornos comportamentales, que luego dieron origen al concepto demencia degenerativa idiopática que hoy lleva su nombre. Todo comenzó en 1901 cuando en el Asilo de Frankfurt fue admitida Auguste Deter (1850-1906) por presentar debilidad de la memoria a largo plazo, manía de persecución, insomnio e inquietud (Todayan, 2016). En dicha ocasión, el doctor Alzheimer realiza una cuidadosa evaluación del estado mental y registró meticulosamente las visitas y documentó las conversaciones que tenía con ella que lo llevaron a proponer un diagnóstico preliminar de “atrofia cerebral arterioesclerótica”.

Luego de la presentación de Alois Alzheimer, en 1909 Gaetano Perusini publica un artículo llamado “Sobre enfermedades mentales clínica e histológicamente peculiares en la edad avanzada” en donde incorpora el seguimiento de otros pacientes y reconsidera el caso de Auguste, poniendo énfasis en los cambios neurofibrilares. Más tarde, en 1910 aparece la nueva edición del *Handbook of Psychiatry* de Emil Kraepelin, en donde se inaugura por primera vez el término ‘enfermedad de Alzheimer’ que con la continua investigación “sobre ciertas enfermedades de la vejez”, llegó a ser uno de los nombres de enfermedades más famosos en toda la medicina.

### **3.2.2. Criterios diagnósticos de la Demencia Tipo de Alzheimer**

Desde el punto de vista anatómico, la DTA se caracteriza por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar (Boller y Duyckaerts, 1997, como se cita en Donoso, 2003) que en su forma clínica se va a manifestar como alteraciones cognitivas. Los procesos de cambios neuropatológicos, asociados a la producción anormal de las proteínas tau y  $\beta$ -amiloide, puede empezar incluso una década antes de las manifestaciones clínicas (Valls et al, 2010; Yilmaz, 2015). Se dice incluso que el 30% de las personas cognitivamente normales tienen patología tipo

Alzheimer y una parte de ellos llegan a cumplir criterios neuropatológicos de EA sin haber mostrado síntomas clínicos de esta (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). Por lo tanto, el proceso fisiopatológico que abarcan los cambios biológicos *ante mortem* que preceden al diagnóstico neuropatológico *post mortem*, así como el sustrato neuropatológico, es lo que hoy se conoce como EA, mientras que la demencia se refiere al síndrome clínico que surge como consecuencia del proceso fisiopatológico de la EA (McKhann et al., 2011). Entonces, la demencia no es una "enfermedad", sino un multisíndrome compuesto de signos y síntomas que pueden ser causados por múltiples enfermedades, una de las cuales es el Alzheimer (Jack et al., 2018).

Para el diagnóstico de la EA, el empleo de biomarcadores posibilita la detección de la enfermedad y señalan distintos momentos de su progresión. En una etapa temprana pueden encontrarse solo biomarcadores de acúmulo de amiloide en el cerebro, y sucesivamente aparecer biomarcadores de disfunción sináptica que señalan daño funcional, mientras que más adelante se pueden presentar biomarcadores de pérdida neuronal que manifiestan un daño estructural (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). Si bien la confirmación de la EA puede hacerse sólo a través de la evidencia neuropatológica, la correlación clínico-patológica ha sido bastante exacta cuando se aplican los criterios estándares publicados (Petersen, 2004), debido a esto, en esta investigación se usará EA y DTA como sinónimos.

En la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su undécima versión (CIE-11) (OMS, 2018), los criterios diagnósticos se basaron en el deterioro de uno o más dominios cognitivos suficientes como para interferir en la vida cotidiana, como indicador primordial de demencia. En esta clasificación se entiende que este síndrome cerebral crónico y progresivo cursa con múltiples déficits de las funciones corticales superiores, lo que incluye memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y funciones ejecutivas, mientras que la conciencia no se encuentra obnubilada. Estos déficits frecuentemente se acompañan por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación.

Para el *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM) de la *Asociación Americana de Psiquiatría* (APA), en su quinta versión (2014), DSM-V, la demencia, como trastorno mental orgánico, se presenta como "trastorno neurocognitivo", el cual puede ser menor o mayor en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). De esta manera queda establecido un estado de predemencia homologable al concepto de DCL mencionado en el apartado anterior. Los criterios clínicos del DSM-V (2014) para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a EA, son los que se describen en la tabla 3.1.

Para el *National Institute of Neurological and Communicative Disorders* y la *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA), la EA era una entidad clínico-patológica que requería confirmación histopatológica, y cuyo diagnóstico era posible lograrlo a través de criterios que nacen de la historia clínica, neurológica y psiquiátrica, así como de la examinación clínica, la aplicación de test neuropsicológicos y estudios de laboratorio (McKhann et al., 1984).

**Tabla 3.1** *Criterios diagnósticos DSM-V*

---

A.	Cumplen con los criterios de deterioro cognitivo mayor o leve.
----	--

---

B.	Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (para el trastorno neurocognitivo mayor debe tener por lo menos dos dominios alterados).
----	---

---

C.	<p>Se cumplen los criterios de enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue para el trastorno neurocognitivo mayor:</p> <p>- Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.</li></ol> <p>Aparecen los tres siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2.<ol style="list-style-type: none"><li>a. Evidencias claras de un declive de la memoria y el aprendizaje y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).</li><li>b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.</li><li>c. Sin evidencia de etiología mixta (ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o vascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo)</li></ol></li></ol> <p>-Para un trastorno neurocognitivo leve:</p> <p>Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si hay evidencia de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas; en caso contrario debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible si aparecen los tres siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evidencias claras de un declive de la memoria y el aprendizaje y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).</li><li>2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.</li><li>3. Sin evidencia de etiología mixta (ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o vascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo)</li></ol>
----	--

---

D.	La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebro vascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico
----	---

---

Las investigaciones actuales han permitido ampliar el conocimiento sobre la forma de presentación de la EA, permitiendo establecer de una manera mejorada los criterios diagnósticos de NINCDS-ADRDA. Entonces, se toma en cuenta que existen pacientes que presentan las placas amiloides difusas típicas de la EA y no padecen demencia; también, que la patología característica de esta enfermedad puede acompañarse de manifestaciones clínicas atípicas y que la neuropatología se genera años antes de los primeros síntomas clínicos, constituyendo la demencia el estadio final de la enfermedad (López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015). Con esto se pueden diferenciar dos estadios en la EA: un primer estadio preclínico asintomático, y un segundo estadio sintomático, que abarca desde que aparecen las primeras quejas cognitivas hasta las fases más avanzadas de la demencia.

En 2011, los criterios de NINCDS-ADRDA fueron revisados dando origen a los nuevos criterios NIA-AA (*National Institute on Aging* y la *Alzheimer's Association*). Se establecen criterios para la demencia general o de cualquier causa, se establecen criterios nucleares de EA y se clasifica la EA en “Posible”, “Posible con evidencia de proceso fisiopatológico de EA, probable”, “Probable con un nivel de certeza incrementado”, “Probable con evidencia de proceso fisiopatológico de EA”, y “Fisiopatológicamente probada” (McKhann et al. 2011).

Los criterios de la NIA-AA para el diagnóstico de la demencia por cualquier causa pueden revisarse en la Tabla 3.2.

McKhann y colaboradores (2011), además, proponen clasificar a los sujetos con EA y usar la siguiente terminología: “Probable demencia por EA”, “Posible demencia por EA” y “Posible demencia por EA con evidencia del proceso fisiopatológico de la EA”.

Entonces, cuando una persona cumple con los criterios nucleares, se puede determinar el tipo de EA que padece. Si se trata de una EA posible, el paciente cumple con parte de los criterios nucleares, pero presenta un curso atípico, el inicio ha sido súbito o el deterioro cognitivo no está debidamente documentado, o bien presenta evidencia de etiología mixta, es decir, presenta historias de accidente cerebro vascular, demencia por cuerpos de Lewy o cualquier otra enfermedad neurológica, o uso de medicamentos que afectan la cognición. De lo contrario será demencia por EA probable

En un paciente con demencia debida a EA probable, se ha observado un deterioro progresivo avalado por evaluaciones sucesivas que constituyen un grado de evidencia mayor en su diagnóstico. Cuando a la condición de posible o probable se le puedan agregar biomarcadores podrá hablarse de EA posible o probable con evidencia de procesos fisiopatológicos de EA. Por último, la demencia debido a EA fisiopatológicamente probada hace referencia a que se cumplen los criterios clínicos y anatomopatológicos de EA.



**Tabla 3.2** *Criterios diagnósticos NIA-AA*

1. Interfieren con la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades habituales
2. Suponen un deterioro con respecto a los niveles de rendimiento y funcionamiento previos
3. No se explican por la presencia de un <i>delirium</i> o de un trastorno psiquiátrico mayor
4. Se detectan y diagnostican por la combinación de la historia clínica obtenida en la entrevista con el paciente y un informador que lo conoce, y la valoración objetiva del estado mental, bien sea una evaluación neuropsicológica formal o una evaluación cognitiva en la cabecera del paciente
5. La alteración cognitiva o conductual involucra al menos dos de los cinco siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"><li>a. Capacidad alterada de adquirir y recordar nueva información</li><li>b. Alteración o cambios en el razonamiento, manejo de tareas complejas o capacidad de juicio</li><li>c. Alteración de las capacidades perceptivas y visuoespaciales</li><li>d. Alteración de las funciones del lenguaje</li><li>e. Cambio de personalidad o en el comportamiento</li></ul>
6. Los criterios nucleares para la EA consideran que se deben cumplir los anteriores más los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>a. El cuadro presenta un inicio insidioso, gradual de meses o años.</li><li>b. Hay historia clara de un empeoramiento cognitivo progresivo referido u observado</li><li>c. El déficit inicial y más prominente puede seguir un patrón de presentación amnésico (acompañado de afectación en al menos otro dominio cognitivo) o no amnésico (trastorno del lenguaje, trastorno visuoperceptivo o disfunción ejecutiva)</li></ul>

El diagnóstico confiable de la DTA, es decir, la manifestación clínica de la EA, se realiza a través de los criterios clínicos de probable demencia de Alzheimer y la garantía histopatológica después de la autopsia (Yilmaz, 2015). Establecer biomarcadores como reflejos confiables de la progresión de la enfermedad ha permitido usar esta herramienta para diagnosticar la EA de manera definitiva y ha reducido la dependencia de biopsias o autopsias de pacientes para obtener un diagnóstico definitivo (Lee et al., 2019). Sin embargo, los criterios clínicos centrales siguen siendo la piedra angular del diagnóstico en la práctica clínica, tanto de la DTA como del DCL (McKhann et al., 2011; Jack et al., 2018), pero se espera que la evidencia de biomarcadores mejore la especificidad fisiopatológica del diagnóstico de DTA. MacKann y colaboradores (2011) afirman que para ello es necesario validar su uso, lo cual aún está pendiente. Y a la fecha, el grupo de investigación de la NIA-AA considera que el uso de los biomarcadores debe hacerse en un "marco de investigación" porque necesita ser examinado y modificado exhaustivamente antes de ser adoptado en la práctica clínica general (Jack et al., 2018).

El diagnóstico *antemortem* de la DTA se puede clasificar típicamente en dos categorías: imágenes cerebrales y biopsia líquida (Lee et al., 2019). Los biomarcadores

de imágenes utilizan imágenes por resonancia magnética (MRI, por su sigla en inglés) y tomografía por emisión de positrones (PET) para analizar cerebros afectados por la DTA, mientras que los biomarcadores de fluidos se pueden obtener de fluidos biológicos, como líquido céfalo raquídeo (LCR), sangre, lágrimas, saliva y otros. Las imágenes cerebrales juegan un papel fundamental en el diagnóstico porque la neurodegeneración a menudo es paralela y precede al deterioro cognitivo que es sintomático de la DTA. Los cuatro tipos de modalidades de imagen son MRI estructural, MRI funcional, PET con F-2-fluoro-2-desoxi-D-glucosa (FDG) y PET-amiloide.

Algunos investigadores destacados proponen que los biomarcadores pueden agruparse en 3 categorías en función de su fisiopatología: el llamado sistema A / T / N (Turner et al., 2020). En donde "A" se refiere a marcadores basados en A $\beta$  y amiloide; "T" a tau y patología neurofibrilar; y "N" a marcadores de lesión neurodegenerativa o neuronal. Este sistema utiliza las tres categorías y califica cada categoría como positiva o negativa. Por ejemplo, una puntuación podría ser A + / T + / N-, lo que indicaría que la persona es positiva para la patología A $\beta$  y tau, pero negativa para los marcadores de lesión neuronal o neurodegeneración. Los primeros resultados del uso de la clasificación A/T/N en bases de datos de investigación de observación, como la Iniciativa de neuroimagen de la enfermedad de Alzheimer (ADNI), demuestran que la positividad de A/T/N predice una progresión clínica más rápida de la etapa cognitivamente normal a la etapa prodrómica incidente de la DTA, y de DCL a demencia (Gauthier et al., 2020).

De acuerdo con Gauthier y colaboradores (2020), otro hallazgo del uso de biomarcadores principalmente in vivo para diagnosticar la DTA es el número de personas con demencia que son amiloide y tau negativas, lo que indica que su deterioro cognitivo se debe a otra etiología. Además, un pequeño porcentaje de personas con demencia son amiloide negativos pero tau positivos. Esto puede aumentar el interés en la tauopatía primaria relacionada con la edad para las demencias A - T +, y en la encefalopatía TDP-43 relacionada con la edad con predominio límbico para el grupo A - T-. Los mismos autores, quienes revisan los criterios de diagnóstico para la DTA propuestos por la NIA - AA, respaldan su uso en la investigación, pero no en la práctica clínica; y además entregan las siguientes recomendaciones.

1. Se recomienda la adopción de los criterios para la definición biológica de la enfermedad de Alzheimer propuestos por el grupo de trabajo NIA-AA en 2018 solo para la investigación observacional e intervencionista.
2. Se recomienda la adición a esta definición biológica de otros factores patológicos como vascular, inflamatorio, sinucleína y TDP-43 tan pronto como existan instrumentos validados para medir sus niveles de manera confiable.
3. Dado que la presencia de amiloide cerebral y/o tau en personas cognitivamente normales es de importancia incierta, desaconsejamos el uso de imágenes de amiloide y tau sin deterioro de la memoria, fuera del ámbito de la investigación. La comunidad médica debe ser clara en su discusión con los pacientes, los medios de comunicación y la población en general que la presencia de amiloide cerebral y/o tau en personas normales no tiene una importancia clara en este momento.

### 3.2.3. Evolución de la Demencia Tipo Alzheimer

Dejando un poco atrás la revisión de biomarcadores fisiopatológicos, la evolución de los síntomas cognitivos puede estadificarse y la NIA-AA propone dos formas. La primera es la estadificación cognitiva categórica sindrómica que usa categorías de síndromes tradicionales y es aplicable a todos los perfiles de biomarcadores. La segunda es un esquema de estadificación clínica numérica que se aplica solo a aquellos en el continuo de la DTA, es decir, que presenten biomarcadores claros y alteraciones cognitivas típicas asociadas a la DTA.

El esquema de estadificación cognitiva sindrómica divide el continuo cognitivo en tres categorías tradicionales: “Cognición Intacta” (CI), “DCL” y “Demencia”, con la demencia subdividida en etapas leve, moderada y grave. Estas tres categorías son las codificadas en el DSM-V ya descritas más arriba. Numerosos investigadores consideran que esta forma de estadificación ha sido y continúa siendo eficaz para la investigación clínica y que su abandono perturbaría innecesariamente los estudios en curso (Jack et al. 2018).

Aquí es importante precisar que el grupo de investigación de la NIA-AA (Jack et al. 2018) afirma que las etiquetas CI, DCL y demencia denotan solo la gravedad del deterioro cognitivo y no se utilizan para inferir su etiología. De esta forma, cada persona tiene un perfil biomarcador y una etapa cognitiva.

La evolución de la DTA puede objetivarse a través de aplicación de escalas, como, por ejemplo la CDR (Hughes et al., 1982) (*vid.* apartado 2 de este capítulo) que establece estadios que van desde la ausencia de deterioro cognitivo a la demencia grave. La GDS (Reisembeg, et. al, 1982), junto con *Funcional Assessment Staging* (FAST) (Reisembeg, 1988) establecen 7 etapas diferentes, de las cuales las tres primeras ya se han comentado respecto al DCL (*cfr. supra*). El resto de las etapas, de 4 a 7, son las de demencia propiamente tal, que clasifican la sintomatología en leve, moderada, moderada a severa y severa. En el GDS 4, las quejas de memoria se relacionan con hechos recientes y comienzan a afectarse las AVDI, presentando dificultades para planificar viajes y manejar finanzas. En un estadio de GDS 5, la persona requiere de una asistencia mayor para realizar gran parte de AVD, pudiendo ser independiente para comer y asearse, pero presenta grandes dificultades para recordar aspectos relevantes de su vida y muestra desorientación en tiempo y lugar. En un GDS 6 se presentan grandes dificultades para recordar su historia personal, la ayuda para las AVD es esencial pudiendo presentar incontinencia, delirio, agitación, etc. Por último, en el GDS 7 puede observarse una pérdida progresiva de las habilidades de las capacidades verbales, pérdida de funciones psicomotoras, necesidad de asistencia permanente para el aseo personal y alimentación.

En la actualidad, la intervención en pacientes con DTA incluye terapias farmacológicas y no farmacológicas. Dentro de las primera existen dos clases fármacos disponibles: los inhibidores de la colinesterasa donepezil, rivastigmina y galantamina se recomiendan como terapia para pacientes con DTA leve, moderada o severa, Estos fármacos – que tienen por objetivo principal reducir las características patológicas asociadas con la DTA, A $\beta$  y p-tau – mejoran la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador cuando se prescriben en el momento adecuado durante el curso de la enfermedad, pero no cambian el curso de la enfermedad ni la tasa de declive

Las terapias no farmacológicas, por otra parte, incluyen el manejo del riesgo cardiovascular, manejo de la dieta, realización de ejercicio físico regular, realización de

actividades sociales y de estimulación cognitiva. Weller y Budson (2018) mencionan que el manejo de factores de riesgo vascular mejora la salud del cerebro en general, que mantener una dieta mediterránea se asocia a riesgo reducido de desarrollar deterioro cognitivo y DTA y que la actividad física aumenta la función cognitiva independiente de la edad de inicio del ejercicio.

Los mismos autores afirman que pese a que no es posible detener la enfermedad, la identificación temprana de una población en riesgo y el tratamiento posterior en la etapa preclínica es el enfoque con más probabilidades de ralentizar o detener la progresión de la DTA, aunque, de todas maneras, falta mayor evidencia.

Por último, es importante señalar que estando aún en situación de pandemia por COVID-19, la gestión de esta garantiza el aislamiento y la cuarentena, y la gestión de DTA no se ajusta a las de COVID-19, por lo tanto, COVID-19 agrega una carga adicional a los pacientes, cuidadores y familiares con DTA y a la economía nacional y mundial (Rahman et al., 2021).

### **3.3. Conversación y deterioro cognitivo**

La gran mayoría de los estudios del lenguaje y la comunicación está focalizada en la producción y recepción del lenguaje procesados de una manera más descontextualizada que contextualizada (trabajo de laboratorio). Ese lenguaje descontextualizado es muy distinto del lenguaje utilizado de manera natural por las personas en la vida cotidiana y la investigación en la producción del lenguaje en situaciones contextualizadas ofrece nuevas visiones y cuestionamientos sobre los procesos subyacentes a la comunicación humana que no se revelan de otra manera (Tucker y Ernestus, 2016).

Una propuesta metodológica distinta ha sido el AC que incluye tanto aspectos de contenido (sentidos, narrativa, temas, discurso, etc.), como aspectos estructurales (alternancia de turnos, inicio y término de la interacción, etc.), y puede estar centrado tanto en el sujeto de interés como en su interlocutor, por lo que puede aportar información de diversa índole en la evaluación fonoaudiológica<sup>4</sup>. Los requerimientos para llevarla a cabo exigen por parte del terapeuta mayor tiempo al tener que valorar no solo la conducta lingüística del adulto con DTA sino además la de sus interlocutores, como por ejemplo la de sus familiares y cuidadores (Valles, 2011).

La relevancia del AC reside en que varias operaciones cognitivas importantes influyen en el rendimiento conversacional y tienen importancia directa para la discusión de las características conversacionales de los individuos con DTA. Estas operaciones incluyen la atención y los sistemas de memoria y manipulación del conocimiento: juicio, razonamiento, planificación, resolución de problemas, establecer cambios y abstracción (Orange, 1996).

A continuación, se presentarán algunas características lingüísticas y comunicativas conocidas de los AAMM con envejecimiento típico y con deterioro cognitivo, y se

---

<sup>4</sup> Fonoaudiología es el nombre que se utiliza en Chile y en otros países de Latinoamérica para referirse a la Logopedia

presentarán con mayor énfasis los principales aportes del análisis conversacional en el contexto de la DTA.

### **3.3.1. Adulto Mayor y conversación**

El AM es una persona que a lo largo de toda su vida ha construido una serie de conocimientos y ha desarrollado habilidades que le han permitido desenvolverse en los roles sociales adecuadamente, en cada uno de los contextos que la sociedad le ha dado. Esta construcción es la que le otorga la cualidad positiva de experiencia y sabiduría, más allá de los estereotipos negativos siempre presentes en la sociedad actual.

Sin embargo, el paso del tiempo también genera consecuencias específicas sobre los procesos lingüísticos. Existen numerosos estudios que proporcionan evidencias parciales sobre el deterioro lingüístico asociado a la edad (Juncos-Rabadán y Pereiro, 2002). Los problemas en el lenguaje asociados a la edad pueden ser considerados como un subproducto de alteraciones del ejecutivo central o “sistema atencional supervisor” (término utilizado por Baddley, 1990 y 1992; como se cita en Juncos-Rabadán y Pereiro, 2002) y no a una alteración propia del lenguaje (Juncos-Rabadán et al., 2005; Juncos-Rabadán y Pereiro, 2002). Esto significa que el deterioro se localiza principalmente en procesos generales vinculados a la atención, a la memoria y a la rapidez del procesamiento de la información. De estos, la memoria operativa es la que afecta, principalmente, a todos los procesos del lenguaje. Entre las dificultades más típicas en las que interfiere se encuentra, por ejemplo, dificultades para acceder al léxico, en la comprensión y producción de oraciones complejas, y en la comprensión y producción del discurso (Juncos-Rabadán y Pereiro, 2002).

Entendiendo que el lenguaje no está afectado, el anciano mantendrá o aumentará su vocabulario pasivo, pues son capaces de reconocer tantas o más palabras que los jóvenes, en función de su nivel cultural (Schaie, 1980 y Wingfield et al., 1991; como se cita en Labos et al., 2009). De la misma manera se conservará su capacidad de activación léxica; no obstante, y desde un punto de vista de errores en la formulación, se observarán imprecisiones para definir conceptos y palabras, menor disponibilidad de sinónimos, mayor producción de perífrasis verbales, dificultades y lentitud de acceso al léxico, dificultades en el recuerdo de palabras y en la evocación de verbos y nombres propios (Labos et al., 2009).

En lo que se refiere al procesamiento sintáctico, este se ve interferido básicamente por aspectos relacionados con la complejidad sintáctica y la necesidad de utilizar la memoria operativa para manipular los diferentes tipos de información.

Los déficits atencionales, de memoria y de los procesos inhibitorios afectan el discurso, especialmente el conversacional. La conversación es un proceso de co-construcción discursiva, ya que se hace en conjunto con el interlocutor, lo que demanda esfuerzos cognitivos para mantener la atención, los turnos, los tópicos conversacionales, y requiere, además, utilizar las estrategias adecuadas para hacer del intercambio comunicativo un proceso eficaz. Si el AM presenta déficit de atención, memoria y de la capacidad inhibitoria asociadas a la edad, todas estas tareas se ven afectadas.

Las investigaciones sobre el desempeño conversacional del AM son escasas y los tópicos variados: por ejemplo, Hupet y colaboradores (1993) analizaron actividades

conversacionales de adultos jóvenes y AAMM, y compararon la forma en que ambos cooperan para lograr una referencia mutuamente aceptable. Observaron que la repetición de la tarea ayudaba tanto a los jóvenes como a los AAMM por lo que necesitaban menos palabras y turnos para encontrar las referencias. Sin embargo, los AAMM se beneficiaron más lentamente de la repetición y requirieron más trabajo de colaboración para llegar a un acuerdo.

Stover y Haynes (1989) analizaron conversaciones de 40 sujetos de lenguaje normal entre las edades de 30 y 90 años. Investigaron las habilidades de manipulación de temas (introducción, reintroducción, mantenimiento, sombreado) y adecuación cohesiva (vínculos completos, vínculos erróneos, vínculos incompletos). Los autores encontraron diferencias significativas entre las díadas mayores y menores en el tema y las variables de cohesión.

Mac-Kay y colaboradores (2017) realizaron un estudio de caso sobre el discurso oral en 2 sujetos con envejecimiento típico, analizando la tarea de descripción de la lámina “El robo de galletas” del test de Boston (Goodglas et al., 2005) y aplicando un protocolo de funcionalidad discursiva. Encontraron que los sujetos fueron capaces de mencionar el 80% de las unidades informativas de la lámina y realizaban estrategias de usos del lenguaje en el discurso oral, de tipo retomada y reformulación, a través de la expansión, vacilación, sustitución, repetición, inserción y modificación del discurso. Estos movimientos favorecieron el desarrollo y mantenimiento natural de la interacción. En general en este trabajo se observaron algunos errores que se relacionan con el enlentecimiento del proceso de organizar de forma adecuada y cohesiva la información, y con una mayor dificultad en la selección de información pertinente de la no pertinente, ambos aspectos que afectan la fluidez del discurso oral y que se relacionan con descenso de la producción narrativa después de los 70 años (Pereiro y Juncos-Rabadán, 2003).

Tapia-Ladino (2005) comparó la producción oral de adultos jóvenes con AAMM, analizando el habla y los fenómenos de vacilación en la conversación. La autora reporta que los AAMM producen más unidades lingüísticas, más palabras inconclusas y más reformulaciones que los jóvenes y, como realizan más circunloquios, aportan menos información nueva a la conversación. Afirma que las reformulaciones, o cambio de tópico que no interrumpen los enunciados, parecen demandar más carga cognitiva que otros recursos de vacilación dado que son actividades que requieren de un mayor control sobre la producción del habla. Finalmente, menciona que, al parecer, con la edad se pierde la capacidad de realizar precisiones o cambios de tópico no previstos durante la locución.

Mac-Kay y colaboradores (2018) compararon la funcionalidad discursivo-pragmática de AAMM control y AAMM con demencia leve y concluyen que, si bien en aquellos senescentes sin demencia existe un enlentecimiento de los procesos de comprensión y producción del lenguaje producto del envejecimiento natural, la comunicación para ellos es totalmente funcional, es decir, la comunicación interpersonal a través de la conversación cumple con su objetivo de reciprocidad comprensiva.

En definitiva, durante el envejecimiento se produce un declive en la producción léxica, en el procesamiento sintáctico y en la organización del discurso que afectan la conversación, aunque la funcionalidad discursiva global se mantiene.

### 3.3.2. Deterioro Cognitivo Leve y conversación

En el caso de personas con DCL, las capacidades del lenguaje y el discurso conversacional están menos estudiadas en comparación con los sujetos con DTA (Mueller et al., 2018). Sin embargo, existen variadas investigaciones que reportan la existencia de alteraciones específicas para este grupo y que los distingue tanto de los AAMM control como de aquellos con DTA. El declive en procesos léxicos, por ejemplo, sería mayor en personas con DCL que en aquellas con envejecimiento normal (Rodríguez et al., 2008).

Otros estudios informan que habilidades como la fluidez verbal, la densidad proposicional o la complejidad gramatical se encuentran más deterioradas en aquellas personas mayores con DCL que finalmente desarrollan demencia (Flicker et al., 1991; Kemper et al., 2001; Taler y Phillips, 2008). Cardoso y colaboradores (2014), en su estudio sobre el lenguaje no literal en personas mayores con DCL, concluyeron que estos pacientes tienen dificultades para comprender el lenguaje complejo, tanto literal como no literal, y que estos déficits lingüísticos complejos podrían comprometer las interacciones verbales efectivas con otros. En el estudio de la relación entre la comunicación y la capacidad funcional de AAMM con DCL, Sobral y colaboradores (2018) concluyeron que los cambios en la comunicación derivados del DCL interfieren en la capacidad de realizar actividades instrumentales de manera autónoma e independiente.

Dodge y colaboradores (2015) postulan que la proporción de palabras habladas producidas durante las conversaciones espontáneas puede ser sensible a las transiciones de la cognición normal a DCL, por lo que el conteo de palabras en este contexto puede ser visto como un marcador ecológico válido. En este mismo sentido en un trabajo posterior, Asgari y colaboradores (2017) demostraron, a través del análisis lingüístico estandarizado de conversaciones espontáneas, que las personas con DCL pueden distinguirse de los AAMM cognitivamente intactos con una precisión del 84% utilizando las características impulsadas por el procedimiento de consulta lingüística y conteo de palabras (*Linguistic Inquiry and Word Count LIWC*, 2001). Los autores transcribieron las conversaciones espontáneas grabadas, y mediante el uso de LIWC clasificaron 2500 palabras en 68 categorías. El número de palabras en cada subcategoría de palabras de la LIWC construyó un vector de 68 dimensiones que representan las características lingüísticas de cada tema. Con un algoritmo de clasificación el programa LIWC clasificó a los participantes como normales o con DCL, con la precisión antes mencionada.

Mueller y colaboradores (2018) realizaron una revisión bibliográfica sobre el análisis del lenguaje a partir de tareas de descripción de láminas para comprender la amplitud de la evidencia en relación con la utilidad del método como herramienta para detectar los cambios tanto cognitivos como de la funcionalidad comunicativa. En esta revisión los autores encontraron que la validez discriminante es amplia entre sujetos control y sujetos con DTA, y que un menor número de estudios logra hacer la distinción entre DCL y controles. Los autores cierran su estudio concluyendo que es importante ampliar el conocimiento sobre los cambios sutiles en el lenguaje en la DTA preclínica y el DCL, lo que puede mejorar la utilidad de este método como una herramienta de detección clínicamente significativa.

En otro trabajo realizado con personas que viven en hogares de larga estada se investigó la viabilidad de evaluar la función cognitiva a través de la conversación (Oba et al., 2018). Los autores solicitaron que el personal de atención de la institución aplicara el *Conversational Assessment of Neurocognitive Dysfunction* (CANDY, 2017), una prueba

de detección de demencia que utiliza la conversación. Cuando el CANDy involucró una evaluación basada en la comunicación cara a cara, demostró correlaciones significativas con el *Mini-Mental State Examination* (MMSE, Folstein, 1975), *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease* (BEHAVE-AD, Reisberg et al., 1987) y varios índices del *Quality-Of-Life questionnaire* (QOL-D, Terada et al., 2002): por ejemplo, afecto negativo y acciones, capacidad de comunicación, inquietud y espontaneidad y actividad. En contraste, cuando el CANDy involucró una evaluación basada en la impresión de una conversación típica, solo demostró relaciones significativas con el MMSE y el índice de espontaneidad y actividad de la QOL-D. Al margen de esta pequeña diferencia, los autores concluyen que la evaluación conversacional es un medio útil para evaluar el funcionamiento cognitivo y promover las interacciones entre los residentes y el personal de atención en centros de atención a largo plazo.

Kim y colaboradores (2019), por otra parte, realizaron un estudio para comparar el discurso de AM con DCL de tipo amnésico y personas AM sanas, a través del análisis de muestras de habla. Los autores aplican la *Subjective Rating of Discourse* (SR-D, adaptación propia de una subprueba del *Protocole Montreal d'Evaluation de la Communication* (MEC), 2004) y seleccionaron 10 ítems con los que se registran, por ejemplo, repeticiones, autocorrecciones, pérdida del tópico, etc. Los resultados que obtuvieron indican que, si bien ambos grupos producen discursos similares en cuanto a cantidad física, hay diferencias en cuanto a la cantidad de información relevante al contexto y a la cantidad de temas comunicados, pues disminuyeron en los sujetos con DCL. Los autores resaltan la importancia de observar las diferencias en la calidad, además de la cantidad, en el análisis del discurso y concluyen que las medidas subjetivas son suficientes para verificar la disminución de la capacidad del discurso en el grupo DCL.

Como puede apreciarse, la mayoría de los estudios refiere la necesidad de seguir investigando sobre las capacidades conversacionales, ya que, con su análisis es posible encontrar marcas lingüísticas que permitan distinguir a los sujetos con envejecimiento saludable de aquellos que cursan algún tipo de deterioro cognitivo.

### ***3.3.3. Alteraciones lingüísticas y de la conversación en personas con Demencia Tipo Alzheimer***

En relación con las personas con DTA, las alteraciones lingüísticas varían de acuerdo a su progresión y de acuerdo a las características individuales de cada sujeto (Valles, 2008; 2013) y pueden darse en los niveles semántico, fonológico, sintáctico y pragmático. Algunos autores afirman que los trastornos lingüísticos constituyen una de las primeras manifestaciones de la DTA, permitiendo distinguirla del DCL (Subirana et al., 2009).

A pesar de la variabilidad sintomatológica del lenguaje, se describen una serie de alteraciones comunes como déficits expresivos y receptivos, dificultad del individuo para acceder al léxico, falta de iniciativa al hablar, lentitud en las respuestas, muletillas, lenguaje sin sentido, incoherencias, empobrecimiento del vocabulario por uso de palabras ómnibus, alteraciones en la longitud de las emisiones verbales y severas dificultades para seguir el tema de una conversación, dando como resultado que en las últimas fases de la enfermedad se llegue a la abolición casi absoluta del lenguaje (Valles, 2013; Rodríguez, 2013).



De acuerdo con Rodríguez y colaboradores (2015) las características más resaltantes son la anomia, la parafasia, el uso de neologismos y de muletillas o palabras carentes de sentido y severas dificultades para seguir el tema de una conversación. Afirman también que la mayoría de las personas con DTA muestran falta de iniciativa al hablar, lentitud en las respuestas, fluencia interrumpida y coherencia casi inexistente, además de una corrección y repetición de palabras, y periodos de mutismo absoluto combinados en ocasiones con logorrea.

Otras alteraciones que se describen en personas con DTA incluyen una reducción progresiva del contenido o del número de proposiciones de su discurso, reducción de la denominación y capacidad de repetición, parafasias (especialmente verbales o léxicas), alteraciones de la escritura caracterizada por producciones cortas y descripciones simples que evolucionan a paragrafías y dificultades de organización espacial (Malagón et al., 2005).

Los múltiples déficits a nivel anatomofisiológico y cognitivo generan una reducción de la competencia comunicativa de la persona con DTA que progresa en razón de la degeneración en la estructura cerebral. Esta reducción se manifiesta en numerosos problemas lingüísticos relacionados con las fallas en el uso del lenguaje tanto en forma oral como escrita, las cuales pueden ser resumidas en limitaciones para recordar o seleccionar la palabra correcta, deletrear o utilizar la gramática apropiada (McKhann et al., 2011).

Pérez-Mantero (2017) hace una revisión extensa de las afecciones del lenguaje y la pragmática en personas con DTA y en ella describe las principales características de las alteraciones en relación con 3 fases de la DTA, inicial, intermedia y avanzada. En la primera (GDS-4) menciona que el primer síntoma sería la dificultad de acceder a determinadas palabras (anomia) la que es causada por el deterioro de la memoria semántica. El lenguaje se vuelve impreciso y puede aparecer logorrea. En esta fase la comprensión está bastante preservada al igual que la sintaxis, y desde el punto de vista pragmático hay una disminución en la iniciativa del habla y una dificultad creciente para detectar recursos humorísticos e irónicos.

En la segunda fase (GDS-5) los déficits comunicativos se agravan de forma progresiva. La anomia provoca una abundancia de proformas, circunloquios y parafasias semánticas que dan lugar a un discurso pobre en contenido y poco cohesionado, por lo que también presentan incapacidad para organizar el discurso de manera coherente. En esta fase aumentan las dificultades de comprensión que se hacen más evidentes. En la lectoescritura aparecen errores como la adición, sustitución y omisión de letras; y si bien, la capacidad para leer en voz alta no se encuentra muy alterada, esto no implica que comprendan todo lo que leen.

En la tercera fase (GDS-6) se produce un notable decrecimiento del lenguaje espontáneo debido a una situación de apatía marcada. Aumenta la frecuencia de errores en la expresión: la anomia está generalizada y pueden aparecer parafasias fonológicas, así como multitud de ecolalias (repetición involuntaria del discurso ajeno) y perseveraciones favorecidas por el hecho de volver continuamente a los mismos temas de conversación. Las dificultades de comprensión son más profundas pudiendo manifestar dificultad ante ordenes simples. Finalmente, se llega a una situación de progresiva incomunicación que desemboca en un estado de mutismo.

A continuación, se realiza un breve recorrido de las alteraciones lingüísticas, dando énfasis a las alteraciones conversacionales.

### *Alteraciones léxico-semánticas*

Los primeros signos en hacerse evidente se relacionan con la anomia y con las alteraciones semánticas (Cuetos et al., 2003). La primera se caracteriza por las dificultades que tiene el sujeto en la búsqueda de la palabra que quiere decir; por ejemplo, en tareas de denominación por confrontación visual se observa demora en el tiempo de respuesta y/o errores en la selección. La segunda se refiere a las alteraciones que se evidencian para reconocer atributos de un objeto y clasificarlo, a la pérdida de conceptos y asociaciones, y a una reducción de la fluidez verbal en la que nombran un menor número de ejemplares de una categoría (Malagon et al., 2005).

Las alteraciones que ocurren en el nivel léxico-semántico son fuertemente dependientes del estado de la memoria del hablante, especialmente de la memoria semántica (Ivanova et al., 2020). La memoria semántica consiste en la capacidad del hablante de acceder y recuperar diferentes signos lingüísticos, como unidades léxicas (palabras), símbolos verbales, significados y referentes (Palacio y Toro, 2018), y, básicamente, constituye el diccionario mental compuesto por información léxica, conceptual, de hechos y conocimientos del mundo, necesaria para la producción del lenguaje (Becker y Overman, 2002). En el estado inicial de la DTA, los hablantes empiezan a presentar dificultades para recuperar y transmitir su información personal, describir escenas y nombrar objetos e imágenes (Jódar et al., 2005). Cuetos (2003) sugiere que el déficit anómico es de tipo semántico, dado que hay una clara dependencia de variables como la familiaridad de la unidad conceptual y la edad de adquisición de la unidad léxica, junto con el aumento de la dificultad de producción verbal con la mayor implicación de la activación semántica.

Cuando la DTA avanza, en los casos más severos de alteración lingüística, la anomia se presenta asociada a sustituciones fonológicas, parafasias semánticas, repetición anormal de palabras sueltas (Leyton et al., 2017) y la aparición de circunloquios, o frases sustitutorias para expresar el significado de la palabra que no se consigue recuperar (Cuetos, 2012).

En esta línea Malagón y colaboradores (2005) mostraron, en pacientes con DTA, una alteración ligera en numerosas tareas verbales, siendo más relevante la alteración en tareas de fluidez verbal. Este aspecto se ha interpretado como una prueba significativa para discriminar sujetos con DTA de sujetos control –en especial la fluidez verbal semántica– (Horcajuelo et al., 2014) e, incluso de sujetos con DCL (Ivanova et al., 2020). Esta interpretación proviene de la hipótesis que existe una correlación entre el estado cognitivo y la habilidad léxico-semántica o acceso al léxico (Ivanova et al., 2020), por lo que una alteración en la tarea de fluidez verbal<sup>5</sup> semántica y no en la fonémica podría ser discriminante entre sujetos con envejecimiento saludable, sujetos con DCL y pacientes con DTA.

---

<sup>5</sup> Las tareas de fluidez verbal consisten en evocar palabras en un tiempo dado (generalmente en 1 minuto) de una determinada categoría (semántica) o que empiecen con una determinada letra (fonémica).

### *Alteraciones morfosintácticas*

El habla de las personas con DTA suele ser fluida y bien articulada en etapas iniciales preservando en la mayoría de los casos los aspectos de la fonología y morfosintaxis (Pérez Mantero, 2012; Bayles, 2003; Hernández, 2010; Meilán et al., 2012). La producción de oraciones en DTA se caracteriza por una estructura morfosintáctica intacta – es decir, concordancia sujeto-verbo, plurales bien formados y marcas de tiempo – (Kavé y Levi, 2003; Kavé et al., 2007; Kemper et al., 1993; Kempler et al., 1987). Aunque la producción de oraciones no está libre de errores, Altmann y colaboradores (2001) demostraron que los errores gramaticales cometidos por pacientes con DTA son similares en tipo y proporción a los cometidos por ancianos control, lo que sugiere que procesos similares están operando en el gramática de ambos grupos; de todas maneras, la información de contenido o número de proposiciones disminuye con la progresión de la demencia (Kemper, et al., 1993).

La comprensión de oraciones puede verse afectada en tareas *offline* que implican escuchar y recordar instrucciones mientras se selecciona una de varias opciones en una matriz de respuestas o se responde a preguntas de información sobre el material presentado (Kempler et al., 1998 ; Rochon et al., 2000). El hecho de que los pacientes con DTA no muestren efectos de complejidad sintáctica y que su desempeño se correlacione con medidas de memoria de trabajo ha llevado a los autores a concluir que las deficiencias en la comprensión de oraciones pueden atribuirse a déficits extralingüísticos en la función ejecutiva (por ejemplo, memoria de trabajo) (Kempler y Goral, 2008).

A grandes rasgos, de acuerdo con Hernández (2010) las alteraciones en la morfosintaxis varían según la etapa de progresión de la DTA. En la etapa inicial, a nivel comprensivo puede observarse dificultad leve para comprender oraciones de organización extensa y/o compleja; y a nivel expresivo se aprecia la estructura sintáctica conservada y fallos al repetir oraciones largas. En la etapa moderada la comprensión es buena para oraciones sintácticamente simples y hay una disminución de la comprensión de secuencias y series, mientras que expresivamente hay una producción verbal con formas sintácticas reconocibles pero cortas, mantienen morfemas sintácticos, repetición afectada para oraciones simples, omisión de conectores y palabras gramaticales de la oración (artículos, conjunciones, adverbios, etc.) y conservación de estereotipos verbales (saludo, por ejemplo). En la etapa severa de la progresión de la DTA, lo que se observa es una comprensión severamente alterada para frases o limitada a palabras cortas y familiares; a nivel expresivo, hay limitación en el uso del lenguaje automático, repetición casi extinta incluso para palabras monosilábicas y omisión frecuente de palabras gramaticales.

### *Alteraciones fonético-fonológicas*

Como ya se ha dicho antes, en el DTA desde etapas iniciales existe una preservación de la fonología y la sintaxis (Pérez-Mantero, 2012; Bayles, 2003; Hernández, 2010; Meilán et al., 2012, Pérez-Mantero, 2017) en contraposición a las alteraciones léxico-semánticas.

En la revisión de Pérez-Mantero (2012) se afirma que ni la articulación ni la discriminación de fonemas son un problema que debamos adscribir a las alteraciones lingüísticas que surgen en una DTA. Además, menciona que Price y colaboradores (1993), utilizando baterías de test estandarizadas para casos de afasia, encontraron que

los sujetos con DTA no se ajustaban a los perfiles de actuación de los afásicos en cuanto a las alteraciones articulatorias. Es más, el autor menciona que Murdoch y colaboradores (1987) consideran que existe una disociación en los sujetos con DTA entre los componentes fonológico y sintáctico, por un lado, y los componentes semántico y pragmático, por otro, ya que las personas con DTA eran capaces de corregir errores de fonología y de sintaxis incluso en un estadio avanzado del deterioro cognitivo, algo que no conseguían hacer cuando se trataba de un error de tipo semántico. También afirma que únicamente se han encontrado casos de alteraciones fonológicas en tareas que piden repetir frases o pseudopalabras en contextos experimentales (Glosser et al., 1997), pruebas que cuyo contenido no se asemeja a la comunicación coloquial y que, además, requieren de una buena memoria a corto plazo; sin embargo, los estudios que incorporan tareas de fluidez han demostrado una pérdida de información fonológica y un déficit en la recuperación de la misma, especialmente para palabras de baja frecuencia (Grossman et al., 1996).

Por otra parte, Hernández (2010) afirma que los pacientes con DTA en etapa inicial demuestran una recuperación conservada de la forma léxica fonológica, y un sistema fonológico general conservado. Afirma también que, en la etapa moderada, a nivel de comprensión, hay una escasa recuperación de la representación auditiva de la palabra con dificultades en el procesamiento del lenguaje oral; y a nivel expresivo, hay confusión ocasional de patrones de pronunciación y presencia de parafasias fonológicas. En la etapa severa, se presentarían imprecisiones en la conversación de naturaleza fonológica y, a nivel expresivo, destacaría la presencia de parafasias fonológicas, ecolalia, palilalia (repetición de una palabra de manera incontrolable) y logoclonías (repetición de sílabas de manera incontrolada).

#### *Alteraciones pragmáticas y conversacionales*

La pragmática es un dominio dentro del cual se ubica la conversación (Gallardo Pauls, 1991), es decir, la conversación es un fenómeno pragmático. Las habilidades pragmáticas habitualmente deben ser evaluadas a través de entrevistas terapéuticas las que requieren de un análisis cualitativo de la conversación, pero el uso de esta metodología es bastante escaso (Pérez-Mantero, 2012). Para describir mejor las evidencias se dividirá la pragmática en tres partes de acuerdo a la propuesta de Gallardo-Páuls (1996) creadora del modelo del corpus *PerLA* (*Percepción, Lenguaje y Afasia*): pragmática enunciativa, pragmática textual y pragmática interactiva.

La pragmática enunciativa incluye análisis de aspectos tales como actos de habla locutivos proposicionales y enunciativos, uso de pausas, actos no verbales, actos de habla ilocutivos, autorrectificaciones conversacionales, inferencias trópicas (implícitos conversacionales) o modismos, implicaturas conversacionales (uso de máximas de Grice comentadas en el capítulo 2) e implicaturas anómalas (Gallardo-Páuls, 2009). Uno de los trabajos realizados en este ámbito es el de Hutchinson y Jensen (1980), quienes descubrieron que los sujetos con demencia usaban más actos de habla directivos (peticiones y preguntas) que los individuos con edad avanzada. En este trabajo se propuso que quizás los actos directivos surgen como una manera de compensar la dificultad de realizar actos asertivos. Por otra parte, Bayles (1984) observa un deterioro de la capacidad de hacer preguntas en la etapa moderada de la DTA.

El estudio de Appell y colaboradores (1982) informa que sujetos con DTA tienen dificultades para establecer inferencias del significado literal al significado figurado o

implícito, por lo que tendrían dificultades desde un principio para los actos de habla indirectos. Hamilton (1994) hipotetiza sobre la causa de estas dificultades y menciona que la persona con DTA tendría dificultades para ponerse en el lugar de su interlocutor por lo que no entiende el porqué del uso de ese recurso indirecto.

La DTA representa una pérdida de competencia pragmática, especialmente en las funciones ilocucionarias (acto relacionado en decir algo, es decir, la intención) y perlocucionarias (acto o efecto de decir algo) asociadas con los dominios lingüísticos interactivos y expresivos (Gutiérrez-Rexach y Schatz, 2016). El aplanamiento del afecto (incapacidad para expresar emociones), el retraimiento social y la falta de palabras representa un colapso perlocutivo e ilocutivo. Así lo afirman Schatz y González-Rivera (2016) quienes explican que los pacientes son incapaces de expresar la fuerza ilocucionaria, lo que lleva al retraimiento y la frustración por la falta del resultado deseado (efecto perlocutivo).

Berrewaerts y colaboradores (2003) afirman que las personas con DTA presentan muchas dificultades en relación con las máximas conversacionales, por lo que el lenguaje de estos sujetos es interpretado como irrelevante y falto de información, especialmente en etapas intermedias. Hays y colaboradores (2004) observan similares dificultades con las máximas, en donde se trasgrede por ejemplo la máxima de relevancia cuando aparecen en sus producciones informaciones irrelevantes o cuando en la progresión de la DTA los hablantes tienden a hablar menos, violando la máxima de cantidad. El número de trasgresiones a las máximas de Grice aumentan en la medida en que aumenta el deterioro cognitivo en la DTA, de hecho, en la etapa avanzada se producen cuatro veces más violaciones de las máximas que en la fase inicial (Pérez-Mantero, 2015). No solo esto, sino que las máximas trasgredidas varían dependiendo de la etapa de la DTA en que el sujeto se encuentre. Cuando se está en la etapa inicial (GDS-4), las máximas más trasgredidas son las de cantidad y la de manera, en la etapa intermedia (GDS-5) la de cantidad y la de relación, y en la etapa avanzada (GDS-6) la de relación primero y la de cantidad en segundo lugar (Pérez-Mantero, 2015).

De acuerdo con Pérez-Mantero (2015) la máxima de cantidad se trasgrede principalmente cuando el sujeto usa un lenguaje poco informativo –es decir, en algunos casos aparece cierta logorrea para encubrir las dificultades de acceso al léxico o cierta pobreza informativa por la misma causa–. Las trasgresiones a la máxima de cualidad (que las contribuciones de los interlocutores sean verdaderas) se produciría principalmente por los problemas de memoria que genera confusiones en el sujeto sobre el pasado y su presente, en donde la persona usa invenciones como recurso para no reconocer un fallo de memoria. Las trasgresiones a la máxima de relación se relacionan con los cambios bruscos del tema de la conversación que se producen por la dificultad de la persona con DTA con los procesos atencionales, la memoria y la presencia en ocasiones de perseveración. Por último, la trasgresión a la máxima de manera (sea claro) se produce debido a la presencia de parafasias semánticas, uso de términos ambiguos y al uso de circunloquios que afectan la submáxima de ‘sea breve’. De esta manera las alteraciones comunicativas afectan al seguimiento del principio de cooperación por parte de las personas con DTA.

Siguiendo con la pragmática enunciativa, el análisis de pausas también entrega datos interesantes. Rodríguez y colaboradores (2015) afirman que la pausa en el discurso del paciente de la persona con DTA es un revelador de déficits de carácter lingüístico y cognitivo, ya que, existe un uso considerable de pausas y períodos más largos de tiempo

en la duración de las mismas. Los autores afirman que las pausas evidencian que estos individuos experimentan un mayor esfuerzo cognitivo a la hora de planificar su producción lingüística, y pueden señalar que tienen dificultades para acceder al léxico almacenado en sus memorias.

En relación con la pragmática textual, y de acuerdo con la propuesta de Gallardo Paúls (2009) se relaciona con la cohesión morfológica, la cohesión sintáctica, la cohesión léxico-semántica y la coherencia textual (gestión temática y superestructuras). En este ámbito, las principales dificultades se encuentran en la coherencia y cohesión, y en la gestión temática como lo demuestran estudios como el de Müller y Guendouzi (2005), en donde se analiza el orden y el desorden de la conversación. Según estos autores las dificultades para organizar el discurso, situadas dentro de la presencia de deficiencias cognitivas y lingüísticas, hace que la coherencia global se altere afectando la superestructura textual de manera más significativa que la coherencia local. Ripich y Terrell (1988) también encontraron que la cohesión estaba más afectada en el grupo control que en personas con DTA. March y colaboradores (2006) explican que esto se evidencia con el constante uso de pronombres que las personas con DTA hacen, sin mencionar antes a qué se refieren. Cabe hacer notar que estos trabajos estudian el desempeño en el idioma inglés en donde el uso del pronombre es obligatorio.

Por último, la pragmática interactiva se basa en la naturaleza conversacional del lenguaje, en considerar que todo acto de habla es la respuesta a otro anterior (Pérez-Mantero, 2012). Se incluyen aspectos como los siguientes: fluidez y agilidad del turno, índice de participación conversacional, predictibilidad, gestualidad, mirada y la prioridad a la adecuación sociolingüística (Gallardo Paúls, 2009). Desde este punto de vista, Müller y Guendouzi (2005) afirman que la capacidad para tomar el turno está conservada en etapas iniciales y moderadas de la DTA. En otros trabajos (Hutchinson y Jensen, 1980; Ripich y Terrell, 1988), se analizan esta capacidad y los autores observaron que los participantes con DTA reducen la cantidad de enunciados, pero realizan más turnos que los participantes del grupo control. Por otro lado la capacidad de autorrectificación y la de pedir aclaraciones es una habilidad que se mantiene por más tiempo (Watson, 1999). La autorrectificación y la capacidad de tomar turnos confirmaría que los sujetos con demencia son capaces de participar en interacciones conversacionales a pesar de otros déficits que les dificultan tener una buena comunicación (Pérez-Mantero, 2017). De todas maneras, faltan trabajos que permitan tener evidencias concluyentes en este ámbito.

Desde la pragmática interactiva se ha podido identificar que en las personas con DTA –en el contexto de interacciones naturales (o lo más naturales posibles) con sus interlocutores clave (IC)– las respuestas adecuadas aumentan cuando se hacen preguntas menos abiertas, de característica polar (de sí o no, por ejemplo), que la inadecuación se hace mayor a medida que avanza la enfermedad y que las preguntas, mientras más abiertas sean, generarán mayores respuestas inadecuadas. Estas conclusiones permiten orientar las recomendaciones al IC para guiar la forma más sencilla de interactuar favoreciendo la comprensión mutua (Pérez-Mantero, 2014).

En relación con el discurso, las personas con DTA tienden a usar una menor cantidad de palabras en comparación con los grupos control (Pistono et al., 2015), se observan descripciones con menos unidades de información (Lai, 2014, de Lira et al., 2014), una sintaxis reducida (de Lira et al., 2011; Boyé et al., 2014; Fraser et al., 2016), y reducida cohesión y coherencia local y global (Lai, 2014; Machado et al., 2014). Las dificultades de búsqueda y acceso léxico, que aparecen en las fases más tempranas de la DTA,

provocan frecuentes interrupciones en la fluidez verbal de los hablantes; es decir, en su capacidad de producir un lenguaje espontáneo fluido sin pausas excesivas ni errores en la búsqueda y el uso de palabras (Butman et al., 2000). Mueller y colaboradores (2018) en su revisión bibliográfica encuentran que algunas tareas de descripción de imágenes pueden distinguir a personas con DCL y demencia de controles y que las medidas de contenido semántico y léxico y complejidad sintáctica capturan la progresión del deterioro a través de etapas de la enfermedad desde DCL hasta DTA moderada. También encontraron que, en uno de los trabajos, los grupos de DTA y demencia semántica eran similares en la velocidad del habla, las proporciones de palabras de clase cerrada y el número de palabras y frases redundantes, y ambos produjeron menos temas pictóricos respecto a los controles. El grupo con demencia semántica difirió del grupo con DTA en una tarea separada de habla espontánea (una entrevista semiestructurada), en la que el primer grupo produjo significativamente más errores semánticos y morfosintácticos que los grupos DTA y control.

Desde una perspectiva más pragmática Paulino y colaboradores (2020) analizaron las relaciones retóricas más características en el discurso conversacional de la población con DTA y la población control y con ello, sopesaron el grado de afectación que sufren tales relaciones en pacientes con esta demencia. Los autores encontraron que un hablante control formulaba más relaciones retóricas y de más tipos que un paciente con demencia tipo Alzheimer y que ciertas relaciones retóricas pueden funcionar como determinados recursos pragmáticos durante la conversación. Esto significa que distinguir las relaciones retóricas del discurso en un contexto dialógico podría constituir una herramienta de entrenamiento para el IC que debe apoyar al hablante con DTA a comunicarse mejor.

Por otra parte, existen muy pocos estudios empíricos sobre la dificultad en las conversaciones con personas con DTA u otros tipos de diagnósticos de demencia, y la mayoría de ellos se centran en el comportamiento y la experiencia de los participantes familiares o cuidadores, pero raramente en la interacción y las contribuciones colaborativas hechas por la persona con demencia (Hydén y Samuelsson, 2018).

Orange (1996) afirma que los primeros relatos sobre el rendimiento conversacional de las personas con DTA se derivaron principalmente de observaciones anecdóticas. Estas reportan que sus expresiones son egocéntricas y que muestran menos adherencia a las máximas de conversación que rigen las conversaciones normales (Bayles, 1984). También se observó que las personas con DTA no hacen preguntas a sus interlocutores ni comentan sobre sus propios enunciados, y exhiben un vocabulario disminuido, digresiones, empobrecimiento ideacional y respuestas demasiado largas y vagas (Alpert et al., 1990; Bayles y Kaszniak, 1987; Lebrun et al., 1987; y Stevens, 1985, como se citan en Orange, 1996)). Bayles y Kaszniak (1987, como se cita en Orange, 1996)) afirmaron además que los participantes con DTA presentan dificultad para mantener el tema y tomar turnos, y se muestran insensibles a los demás en la conversación: los hablantes con DTA pueden llegar a decir demasiado o muy poco y no reparar los malentendidos.

De acuerdo a la revisión de Orange (1996), otros investigadores informaron que la capacidad de las personas con DTA para participar en un discurso extenso se ve afectada, y que los interlocutores a menudo no pueden seguir el resultado verbal incoherente debido al uso frecuente de términos deícticos indefinidos, discontinuidad en el uso de referencias, digresiones temáticas con cambios de tema abruptos e intrusión inapropiada de palabras y temas de conversaciones previas (Fuld et al., 1982 ; García y Joannette, 1994; Mentis et

al., 1995; Nicholas et al., 1985; Ripich y Terreh, 1988; Sandman et al., 1988; como se citan en Orange, 1996).

En esta misma revisión, la evidencia también mostró que las personas con DTA retienen varios aspectos importantes del funcionamiento de la conversación, incluso con una progresión avanzada de la enfermedad. Respecto a la toma de turnos parecen emplear estrategias similares que los sujetos control y cambiar de turno con más frecuencia (Hutchinson y Jensen, 1980; Ripich y Terrel, 1988; Ripich et al., 1991; como se citan en Orange, 1996)). También utilizan, apropiadamente y con frecuencia, solicitudes de aclaración, especificación y confirmación, y son capaces de participar en la reparación de malentendidos y malas interpretaciones (Hamilton, 1994a, 1994b; Goldfein, 1990, Ripich et al., 1991; Orange et al., 1996; Orange y Mathew, 1994; Sabat, 1991, como se citan en Orange, 1996). En las etapas tardías pueden incluso mantener un cierto control del tema, tomar turnos, hacer y comprender presuposiciones, saludar y proporcionar su propio nombre y usar gestos elementales (Bayles y Tomoeda, 1994; Causino et al., 1994; como se citan en Orange, 1996)). Sabat y Harré (1992, como se cita en Orange, 1996) a través de este tipo de análisis notaron el mantenimiento de una identidad personal, manifestada por el uso correcto y relativamente frecuente en inglés de los pronombres *I*, *me* y *myself*.

De acuerdo con otras investigaciones posteriores (Rumbos y Valles, 2010; Valles, 2013), se sigue afirmando que los déficits a nivel cognitivo y lingüístico en personas con DTA pueden afectar la interacción conversacional. En este sentido, pueden observarse dificultades para seguir eficientemente la conversación, derivadas de las alteraciones para evocar información. Las dificultades de memoria provocan la pérdida de la idea principal con la consecuente digresión de los temas conversacionales.

Además, la afectación de las redes semánticas trae consigo la aparición de la anomia desde las fases iniciales (Willers et al., 2008, como se cita en Ivanova et al., 2020), lo que se manifiesta en alteraciones en la producción espontánea y pausas para buscar palabras tanto en la descripción de imágenes como en la confrontación visual. Estas características se contraponen con la preservación del significado léxico (Montagut et al., 2010). En entrevistas clínicas, los hablantes con DTA refieren que saben las respuestas a las preguntas que se le hacen, pero no las pueden formular (Edwards, 1993), mostrando afectación tanto del nivel propiamente léxico como del nivel conceptual (Ivanova et al., 2020).

Respecto a la dinámica conversacional, esta también se ve afectada. La participación de la persona con DTA se reduce y en las interacciones los interlocutores tienden a dominar la conversación (Wynn y Carpenter, 2017). Las personas con DTA presentan lo siguiente: mayor número de turnos para hablar; hablan con menor velocidad; tienen un mayor número de disfluencias, autocorrecciones y oraciones incompletas, producen oraciones más cortas; tienen un número importante de “sí” y “no” en sus oraciones, presentan un mayor número de pausas vacías y un menor número de pausas no vacías, rara vez usan el habla informada y las cláusulas incrustadas lo que pone en evidencia el desapego que tiene el hablante con lo que está diciendo (Boyé et al, 2014). Por último, además de utilizar un léxico más pobre, muestran un porcentaje muy alto de pronombres personales (obligatorios en inglés), especialmente de pronombres como el inglés *Me* (Boyé et al, 2014).

No solo la participación del sujeto con DTA se reduce, sino que también, cuando en efecto lo hace, muestra una tendencia a hablar sobre eventos pasados de su historia



personal-resultando, para su interlocutor, egocéntricos y desatentos a lo que otras personas dicen (Boyé et. al, 2014).

En su estudio Valles (2013) observó que las personas con DTA tenían turnos más cortos acompañados de la conducta de buscar apoyo en el interlocutor para responder las preguntas formuladas. También observó el uso de marcadores, principalmente *y*, que apareció como organizador y conector de secuencias, develando el esfuerzo de la persona con DTA por conectar fragmentos de habla. Valles también menciona que la gestualidad aparece para señalar un lugar, un objeto o para afirmar, es decir, como una vía para responder.

Las personas con DTA leve, además muestran dificultades en las representaciones mentales del contexto que no le permiten mantener un modelo dinámico y flexible que le facilite entender y adaptar su discurso a la situación comunicativa (Mac-kay et al. 2018). Además, la toma de turnos se encuentra alterada, realizan pausas extensas, interrumpen o superponen sus turnos, o bien, no toman el turno cuando se produce la pausa del cambio, por lo que el participante investigador debe guiar el intercambio comunicativo constantemente.

Otro ámbito de interés en relación con aspectos cognitivos y comunicativos es el que guarda relación con la Teoría de la Mente (ToM; en inglés, *Theory of Mind*). La ToM está incluida en nuestro funcionamiento metacognitivo y se define como una habilidad cognitiva específica: la capacidad de comprender que los demás tienen creencias, deseos e intenciones diferentes o similares a las nuestras, lo que nos permite explicar y predecir las intenciones y comportamientos de los demás reduciendo los niveles de incertidumbre (Rosell-Clari y Valles, 2016). En personas con demencia se generan limitaciones en la aplicación de ToM generando trastornos sociales y comunicativos. Reconociendo estos efectos Rosell-Clari y Valles (2016) realizaron un estudio experimental en el que aplicaron un programa de estimulación metalingüística y encontraron que la mayoría de los pacientes tratados mejoraron sus medidas de evaluación en comparación con las mediciones iniciales. Esto implica, primero que los pacientes con demencia tienen afectación de capacidades relacionadas con la ToM y que la logopedia, al tratarlas, genera efectos positivos en su desempeño. Los autores mencionan que esto es importante debido a que la ToM es la base del uso del lenguaje natural en situaciones cara a cara, que es la forma más común de comunicarnos en nuestros contextos sociales.

La ToM también colabora en la capacidad de toda persona para interpretar metáforas y sarcasmos. Al respecto Maki y colaboradores (2013) afirman que la interpretación literal del lenguaje pragmático es una característica típica de personas con DTA leve, lo que trae como consecuencia una falta de comunicación social aun a pesar de conservar capacidades léxico-semánticas. Los autores explican que el comprender metáforas es una habilidad de ToM de primer orden (capacidad de captar las intenciones del hablante) y la comprensión de sarcasmo una habilidad ToM de segundo orden (capacidad de inferir la evaluación de los hablantes de un pensamiento atribuido). Ambas etapas de ToM se deterioran marcadamente en DTA, pero las de primer orden (metáforas) se deterioran en la fase de DCL y las de segundo orden (sarcasmo) comienzan a deteriorarse como parte del envejecimiento normal.

Siguiendo a los autores Pérez y Fernández (2003), cabe precisar que en la mayoría de los trabajos en los que se pretende describir las dificultades de lenguaje en la DTA, hay algunas dificultades metodológicas que se deben tener en cuenta. La primera es que hay

diferencias en la gradación de los estadios de la DTA, pues unos investigadores utilizan las tres fases (leve, moderado y severo) consideradas en el DSM-V y CIE-11, mientras que otros usan las escalas GDS y CDR que, además, presentan diferencias en relación con las descripciones de las alteraciones del lenguaje. Esto trae como consecuencia dificultades en la comparación de resultados. La segunda es que existe una gran gama de estudios que se dedican a investigar aspectos del lenguaje como la fluidez verbal y denominación, siendo estos solo aspectos parciales relacionados con la capacidad del lenguaje. Esto hace necesario realizar más investigaciones de otras habilidades vinculadas con la comprensión y expresión lingüísticas y, en especial, realizar más estudios que profundicen aspectos del uso del lenguaje en contexto, tema en el que está presente investigación pretende ahondar.

### **3.4. Reformulación conversacional en personas con Demencia Tipo Alzheimer**

En el ámbito fonoaudiológico existen pocos estudios sobre procedimientos de reformulación en el contexto de la patología. Puede citarse el estudio de Barbosa (2009) sobre actividades de reformulación en pacientes afásicos brasileños, para analizar procesos de reorganización discursiva en las interacciones entre afásicos y no afásicos, y evaluar la posibilidad de una intervención lingüística socio-cognitiva. La autora observó que los procedimientos de reformulación que realizaron los hablantes seleccionados constitúan un proceso de reconstrucción del sentido en la presencia de déficit lingüísticos (parafasias, dificultades de acceso al léxico, etc.).

En pacientes con DTA, puede mencionarse el trabajo de Orange y colaboradores (1996) quienes analizaron la reparación conversacional en tres grupos de AAMM: el primero, o grupo control, estaba conformado por seis sujetos; el segundo estaba compuesto por cinco sujetos con DTA leve; y el último con cinco sujetos con DTA en estadio moderado. Los resultados mostraron que había diferencias en el comportamiento de reparación entre los grupos, siendo el porcentaje de reparación significativamente mayor en DTA moderado. Observaron también que, a pesar del aumento de problemas de inicio y progresión de las dificultades en el grupo DTA moderado, en este grupo la mayoría de las veces la reparación fue exitosa. Las personas que padecían DTA inicial producían más solicitudes de reparación que sus interlocutores; sin embargo, era el interlocutor quien más reparaciones realizaba. Por último, en la comparación entre las personas con DTA y su interlocutor, observaron que las personas con DTA producían significativamente más posibilidades de reparación de la comprensión, mientras que los interlocutores realizaban más reparaciones en la elaboración del discurso.

En otra investigación, Watson (1999) investigó la frecuencia y naturaleza de los problemas y reparaciones en las conversaciones entre personas con DTA y sus interlocutores. Las conversaciones fueron analizadas de acuerdo con el tipo de comportamiento de indicación de problemas, el patrón de trayectoria de reparación, los tipos de reparación específicos y si la reparación fue exitosa o no. Los resultados del estudio revelaron que los interlocutores “normales” indicaban comportamientos para señalar un colapso en la conversación en una alta proporción y, aunque indicar problemas en una conversación era más una empresa interactiva entre los dos interlocutores, el socio normal asumió una mayor carga al negociar la secuencia de reparación. Observó además que el parafraseado constituyó una estrategia efectiva de reparación utilizada por los interlocutores. Los sujetos con DTA, sin embargo, presentaron más problemas no

interactivos que indicaban conductas que se relacionan con el mantenimiento del tema principal y con la dificultad de elaboración resultante de la falta de fluidez y la discontinuidad en la conversación. Hubo más casos de reparación inadecuada por parte de los sujetos con DTA que a veces fueron aceptados por el interlocutor en un intento de preservar la autoestima del paciente con DTA y/o para mantener el flujo de conversación. Watson finalmente plantea que recomendar estrategias de comunicación a los interlocutores control ayuda a evitar el colapso de la conversación.

En el año 2006, Valles realizó un estudio de las reparaciones conversacionales en personas con DTA y su relación con la coherencia y cohesión discursivas. Los resultados mostraron que los pacientes usan distintos tipos de reparaciones conversacionales, siendo más frecuentes por parte del interlocutor. Afirma la autora que las reparaciones se realizan para mantener la cohesión discursiva y que las hetero-reparaciones cumplen la función de facilitar la coherencia global del discurso.

La misma autora realiza un estudio comparativo del uso de las reparaciones conversacionales entre pacientes con afasia de Broca y pacientes con DTA (Valles, 2009). En este trabajo, se observó que las actividades de reparación son distintas en conversaciones entre personas con afasia y demencia. Con los primeros aparecen gran cantidad de reparaciones en las que se evidencia que el interlocutor normal es consciente de las posibilidades lingüísticas del hablante y, por lo tanto, trata de colaborar en la construcción del discurso, mientras que con los segundos las actividades se reducen pues la interacción tiende a disminuir sensiblemente cuanto mayor es el deterioro cognitivo. Por otra parte, el paciente con afasia es más activo en la construcción del discurso, buscando encontrar mayor coherencia y expresar sus necesidades en contraposición al paciente con demencia quien es menos activo. Finalmente, se explica que el rol del interlocutor sin patología en ambos tipos de pacientes también difiere. El interlocutor del hablante con afasia busca reparar más la forma para lograr una adecuada cohesión, mientras que con el del hablante con demencia utiliza reparaciones indirectas que buscan reparar la coherencia global.

Savundranayagam y Orange (2013) investigaron la relación entre las evaluaciones de las estrategias de comunicación y la efectividad en la comunicación a través del análisis de interacción dentro del paradigma de reparación de fuentes problemáticas. Para ello utilizaron 28 conversaciones de 15 personas con DTA y su cuidador. Se llegó a la conclusión de que el número de evaluaciones de estrategias de comunicación y la efectividad comunicativa variaba según las etapas de la demencia, de modo que el emparejamiento de las evaluaciones y la efectividad era más preciso para las personas con DTA en etapas tempranas que para las personas con DTA en etapas intermedias y tardías. Los autores plantean que es necesario educar y capacitar en estrategias de comunicación basadas en la evidencia derivadas empíricamente sobre el curso clínico de la DTA.

Puede citarse también, el trabajo de investigación de actividades de reformulación conversacional en AAMM con distintos desempeños cognitivos de Martínez y Noemi (2016). En este trabajo se analizaron las actividades de reformulación conversacional en tres grupos de participantes, los que se identificaron como controles, con DCL y con DTA, y en una actividad de elicitación conversacional a partir de una historieta en imágenes, cada participante desarrollo una conversación con el interlocutor sin demencia. En este trabajo se observó que los hablantes identificados como normales realizaban actividades de reformulación conversacional que adecuaban el curso de la conversación

cuando se presentaron errores a nivel de producción que se evidenciaron a través de las correcciones sintácticas o léxicas, siendo las dificultades de acceso al léxico una de las características que propiciaba la necesidad de reformular. Por otra parte, los hablantes con DCL realizaron actividades de reformulación debido a los errores en el reconocimiento de personajes, acciones o motivaciones, inatenciones (intervención que aporta información ajena o contradictoria al tema), incoherencias y por la marcada dificultad para mantenerse en el tópico. Lo que se destacó en este grupo es que no todas las actividades de reformulación cumplían con el objetivo de reparar lo dicho previamente para adecuar el discurso o de favorecer la comprensión mutua, aspectos esenciales en el desarrollo de una conversación, por lo que se puede evidenciar el efecto de la patología de base en la comunicación. En este mismo trabajo, en los hablantes diagnosticados con demencia se observaron actividades de reformulación menos frecuentes que en los hablantes con mejor desempeño cognitivo. No solo eran poco frecuentes, sino que también ninguno de los enunciados reformuladores completó el objetivo de adecuar el discurso para la comprensión mutua. Los autores del trabajo sugieren que la falta de actividades de reformulación en los hablantes con DTA puede deberse al descenso o ausencia de procedimientos de evaluación metadiscursiva. Estos procedimientos son los que permiten al hablante juzgar si los enunciados son adecuados o inadecuados, para proceder a partir de esa valoración a ejecutar un determinado procedimiento reformulador. Otra conclusión pertinente de mencionar, de este trabajo, es que la capacidad de realizar auto-reformulaciones auto-iniciadas (realizadas por el mismo hablante) desciende en la medida en que desciende el desempeño cognitivo. Los hablantes normales eran más capaces de detectar errores y corregirlos a través de estos procedimientos; sin embargo, los hablantes con DCL mostraron menos capacidad, mientras que aquellos identificados con demencia no mostraron ninguna. Este hecho evidencia que la capacidad metadiscursiva de automonitoreo desciende junto con las capacidades cognitivas. En cuanto a la hetero-reformulación, es decir, la reformulación realizada y terminada por el interlocutor, sobre todo aquella vinculada a corregir el desvío del tópico conversacional, es una actividad dominante en los hablantes con DCL y DTA. Esta observación es relevante, ya que evidencia el hecho de que la adecuación del discurso conversacional es de responsabilidad del interlocutor.

Samuelsson y Hydén (2017) compararon las reparaciones realizadas por cinco sujetos con afasia y cinco con demencia con sus interlocutores sin demencia en conversaciones en pareja centrándose, principalmente, en aspectos interactivos y comunicativos más que en el contenido tópico. Los resultados mostraron que las secuencias de reparación eran frecuentes en ambos grupos, siendo mayores en aquellos con demencia. En ambos grupos se observó preferencia por la reparación auto-iniciada en comparación con la reparación iniciada por otros. El rol de los interlocutores en la resolución de problemas fue activo demostrando que el estilo de interacción del compañero de conversación es importante, y poniendo en evidencia que los programas de capacitación de socios de conversación serían útiles tanto en personas con afasia como en personas con demencia.

Por su parte, Taylor-Rubin y colaboradores (2017) estudiaron conversaciones entre siete personas con demencia semántica y sus interlocutores (familiares o cuidadores más jóvenes), y un grupo de AAMM control. Midieron el número de palabras, los turnos, duración de los turnos, conductas problemáticas y reparaciones. Los autores encontraron que la cantidad de turnos eran similares en las conversaciones entre la persona con demencia y su interlocutor, pero se manifestaban varios problemas en la conversación. Estas dificultades eran no interactivas, es decir, cuando no se continuaba con el tema o no se daba una respuesta mínima; y a su vez, interactiva, cuando se pedía confirmación

con una repetición más corta del enunciado original o una repetición que incluía una solicitud de información específica. Frente a las dificultades en el proceso de conversación, las conductas de los interlocutores fueron esenciales para el éxito comunicativo, conductas que son principalmente reparativas.

Los autores Hall y colaboradores (2018) estudiaron los patrones secuenciales de comportamiento relacionados con la manifestación de las deficiencias en la gestión de temas y las conductas de facilitación en las interacciones cotidianas entre individuos con demencia y sus familiares. Observaron que las dificultades para contribuir al tema de conversación eran dominantes en las personas con DTA y que los familiares ante estos problemas aplicaban dos tipos de estrategias de reparación. El primero se trata del inicio explícito de una reparación, mientras que el segundo consistía en la ausencia del inicio explícito de la reparación, en donde los familiares mediaban con conductas de facilitación que trataban cambios de tema que funcionaban como puente hacia la vuelta al tópico del turno anterior. Los autores concluyen que existe necesidad de capacitación a los interlocutores clave.

En resumen, a través del AC, descrito en el capítulo anterior, es posible observar una multiplicidad de elementos en distintos planos. Se trata de observar el funcionamiento de la comunicación en un contexto real, de manera no idealizada y basada en los datos, lo que permite una mayor plasticidad con la información, analizando el discurso conversacional por lo que contiene y no exclusivamente por lo que no contiene (Juncos-Rabadán y Facal, 2005).

A través del sistema de alternancia de turnos, se puede evidenciar el grado de éxito comunicativo, en la medida en que fluyen los cambios, se respetan las secuencias con mínimos espacios de silencios y superposiciones. En la medida en que el sistema funciona ordenadamente, permite el desarrollo del tópico, a través del cual puede observarse la capacidad de establecer un discurso coherente en el proceso de interacción conversacional. La coherencia, como reflejo de la capacidad del hablante para derivar el significado del discurso, es otro elemento importante en el proceso de valoración en el AC.

El sistema de aclaraciones y correcciones está estrechamente ligado con las capacidades de acceso al léxico, la capacidad de comprensión sintáctica y el manejo de la coherencia discursiva. Por lo que la posibilidad de observación de estos aspectos reporta información valiosa del impacto de las alteraciones en el contexto de patologías como la DTA.

El AC realizado a través de muestras de conversación en contextos naturales permitiría analizar las condiciones de las que depende el éxito comunicativo frente a patologías DTA y permitiría también analizar las estrategias compensatorias que se producen en AAMM con o sin patologías y sus interlocutores, dando la posibilidad de generar posibles estrategias que faciliten el desarrollo de intervenciones fonoaudiológicas.

## CAPITULO 4

### METODOLOGÍA

En el presente capítulo se pretende exponer sobre la metodología seleccionada para la realización de esta investigación. Aquí se pretende profundizar desde el enfoque epistemológico hasta los procedimientos llevados a cabo para aplicar el AC en las muestras de conversaciones con AAMM con y sin DTA. El elemento central de esta investigación versa sobre las actividades de reformulación y cómo estas podrían estar relacionadas con el diagnóstico del AM.

#### 4.1. Preguntas de investigación

- 1.1. ¿Cuáles son las actividades de reformulación conversacional que el AM con y sin DTA realizan en tareas conversacionales?
- 1.2. ¿Qué características tienen las actividades de reformulación conversacional en ambos grupos?
- 1.3. ¿Qué características tienen los contextos cognitivos-comunicativos de la reformulación conversacional en ambos grupos?
- 1.4. ¿Existirán diferencias entre las actividades de reformulación que realizan las personas con y sin DTA?

#### 4.2. Objetivos generales y específicos

##### 4.2.1. *Objetivo General*

Describir y analizar las actividades de reformulación conversacional en personas mayores con y sin demencia tipo Alzheimer (DTA).

##### 4.2.2. *Objetivos Específicos*

1. Identificar los tipos de actividades de reformulación conversacional en personas mayores con y sin DTA.
2. Caracterizar las actividades de reformulación conversacional de cada participante.
3. Caracterizar los contextos comunicativos del uso actividades de reformulación conversacional que realiza cada grupo de sujetos.
4. Comparar las actividades de reformulación entre los dos grupos de participantes en relación con su diagnóstico.

#### 4.3. Hipótesis

En los estudios cualitativos, según la revisión de Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), muy pocas veces las hipótesis se establecen al inicio de una investigación, sino que surgen durante el proceso mientras el investigador recaba más datos y va afinando

sus conclusiones, pudiendo ser incluso el resultado de la investigación. Las hipótesis, entonces, se van modificando de acuerdo con el razonamiento del investigador, las experiencias y las circunstancias, siendo principalmente emergente en el desarrollo de la indagación, cuyo fin no es probarla estadísticamente, sino inducirla de los resultados mismos (Williams et al., 2005; Henderson, 2009; Bogdan y Biklen, 2014; Staller, 2010; y Berg, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone para la presente investigación bajo el paradigma cualitativo las siguientes hipótesis.

#### **4.3.1. Hipótesis de Investigación**

Las actividades de reformulación conversacional como parte de las estrategias naturales de comunicación pueden reflejar las condiciones neuropsicológicas de los sujetos mayores, pudiendo a través de su análisis constituirse como marca lingüística del deterioro cognitivo en personas con DTA.

#### **4.3.2. Hipótesis Nula**

Las actividades de reformulación conversacional funcionan de manera independiente de las capacidades neurpsicológicas de los sujetos mayores control y con deterioro cognitivo. Pudiendo explicarse esto por el hecho que el lenguaje en el contexto conversacional es una actividad natural que se apoya en otros elementos contextuales que facilitan su baja sensibilidad a los cambios cognitivos. Pudiendo explicarse, también, por las diferencias encontradas entre los sujetos en relación con el género, la edad y el nivel de instrucción (años de estudio), lo que no permite hacer comparaciones reales.

### **4.4. Enfoque epistemológico**

La metodología de la investigación cualitativa nace en Estados Unidos en el contexto de la preocupación por problemas de sanidad, asistencia social, salud y educación. Un primer acercamiento a la bibliografía sitúa bajo el mismo nombre a todas aquellas perspectivas de investigación que emergen como alternativa al enfoque positivista (cuantitativo) dominante en el campo de las ciencias sociales desde el siglo XIX y principios del XX (Taylor y Bogdan, 1987). En definitiva, bajo el concepto de investigación cualitativa englobamos a toda una serie de tendencias en la investigación, cada una de ellas con sus características diferenciales. En la investigación cualitativa se sitúa toda esta gran diversidad de enfoques y corrientes de investigación: estudios observacionales (que también pueden desarrollarse en metodologías cuantitativas), investigación naturalista, etnografía, etc.

Desde este paradigma se asume que la realidad es dinámica y subjetiva, por lo que se pretende explorar, expandir, describir e inducir aquello que la realidad misma informa. De esta manera, se busca analizar los datos desde dentro, centrándose en el proceso más que en la obtención de resultados y, por lo tanto, las conclusiones no son generalizables, sino más bien orientadas al fenómeno particular sobre el cual se hace la observación (Cook y Reichardt, 1982).

Aplicando la metodología cualitativa, el investigador revisa los hechos en sí, y los combina de manera simultánea con estudios previos con el objetivo de generar una teoría que sea consistente con lo que está observando (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Las preguntas surgen antes, durante o después de la recolección y análisis de datos, por lo que se dice que el proceso es más bien “circular” en el que la secuencia de desarrollo no siempre es la misma y suele variar en cada estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Por ejemplo, la revisión de la bibliografía inicial puede complementarse en cualquier etapa del estudio y apoyar desde el planteamiento del problema hasta el reporte de resultados.

Como ya se dijo antes, en metodología cualitativa existen diversos enfoques y para el presente trabajo se utiliza el Análisis Conversacional (AC) el cual se considera como una de las principales corrientes de la investigación etnometodológica (Flick, 2007). El AC es un enfoque a través del cual se analizan datos empíricos de textos naturales con la finalidad de descubrir los mecanismos por medio de los cuales los actores otorgan significado a lo que les sucede, a lo que expresan y hacen ellos mismos (Bergmann, 2004, citado por Flick, 2007).

Los supuestos centrales del AC nos hablan de lo siguiente: que, primero, la interacción se desarrolla de manera ordenada y nada en ella se debe atribuir al azar; segundo, el contexto de la interacción no sólo influye en esta, sino que se produce y reproduce en ella; y, tercero, que la decisión sobre lo que es relevante en la interacción social y, por consiguiente, para la interpretación se puede hacer solo mediante la interpretación y no por entornos preparados de antemano (Flick, 2007).

El AC es una forma de investigación social cualitativa ya que la conversación produce y reproduce fenómenos que son parte del sentido de la estructura social, esto es, personas, interacción, grupos, categoría de miembros (clase/genero/etnia) (Ashmore y Reed, 2000). Desde el AC las identidades se movilizan activamente dentro de los detalles continuos de la conversación y la comunicación, se organizan secuencialmente y, por lo tanto, son producto de la acción social conjunta (Korobov, 2001). Entonces, el AC permite estudiar las orientaciones de los participantes desde los participantes mismos, es decir, en sus propios términos (Korobov, 2001).

Si bien el AC nace para analizar conversaciones cotidianas, también se utiliza en otros contextos, como, por ejemplo, para analizar conversaciones que se suceden en contextos institucionales específicos, como en el caso del análisis de roles y asimetrías propias de las conversaciones de orientación, conversaciones médico-paciente y juicios (Flick, 2007). Entonces, el AC se ocupa exclusivamente del análisis de "conversación en interacción"; generalmente, pero no siempre, de conversación casual o mundana (Ashmore y Reed, 2000).

El AC pretende dar cuenta de un proceso secuencial e interrelacionado de condiciones comunicativas, secuencias temáticas, intercambios verbales, intervenciones y actos de habla, que enmarcan y constituyen las posibilidades de significado y sentido de los interlocutores en un contexto específico (Villalta, 2009). En el AC, los enunciados y las acciones tienen forma de contexto en el sentido de que sus significados y la posterior relación con la secuencia de acciones en curso depende de lo que haya sucedido antes; y, además, los enunciados son renovadores de contexto porque cada enunciado actual formará el contexto inmediato para la próxima acción (Korobov, 2001). El análisis debe



centrarse en los recursos lingüísticos utilizados en la producción del conocimiento local, prestando atención a cuándo y cómo se destaca (Korobov, 2001).

La utilidad de la metodología cualitativa, y en especial del AC, en el marco del presente trabajo radica en la posibilidad de encontrar a través de ella conceptualizaciones que permitan comprender en profundidad la realidad de las capacidades conversacionales que presentan los AAMM control y con DTA.

#### **4.5. Diseño de investigación**

El presente trabajo pretende ser un estudio de carácter descriptivo que se desarrollará bajo la metodología cualitativa. Esto significa que el diseño de este trabajo se entiende como un proceso emergente que se va desarrollando en función de los hallazgos obtenidos en el curso de su implementación.

##### **4.5.1. Procedimiento de muestreo**

El tipo de muestreo que se utilizará en la investigación es no probabilístico. En este muestreo los elementos de la población no tienen una probabilidad conocida de selección por lo que, por una parte, no se puede generalizar de la muestra a la población y, por otra, no es posible conocer la magnitud del error asociado a la estimación del parámetro poblacional (Vivanco, 2005).

Existen diversos procedimientos de muestreo no probabilístico, y para el presente trabajo se utilizará el diseño por conveniencia. Este se lleva a cabo incluyendo a todos los sujetos que estén voluntariamente disponibles y accesibles y que cumplan los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación.

En relación con el tamaño de la muestra Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) mencionan que los tamaños comunes de muestra para estudios cualitativos de tipo fenomenológico son de 10 casos; para estudios con entrevistas o de personas bajo observación son de 20 a 30; y para estudios de casos, comúnmente, se utilizan tres a cinco casos si se trata de entrevistas en profundidad. Otros autores sugieren tener una muestra de no más de 10 (Potter y Wetherell, 1987), porque además se produce la "saturación teórica" que da cuenta de la redundancia de la información en los datos, situación que no aporta nada relevante a la reflexión teórica que se espera en la etapa final de la investigación (Fontanella et al, 2008). Por otra parte, Flick (2007) menciona que el muestreo parte de la selección de los casos, luego puede haber un muestreo de material y luego un muestreo dentro del material en donde se eligen las entrevistas que van a ser analizadas y que demuestran mejor los hallazgos y las conclusiones.

En esta investigación, a cada grupo, cuyos participantes se seleccionaron por el muestreo por conveniencia, se aplicó un muestreo de material (Flick, 2007), en donde, siguiendo el criterio de conveniencia y pertinencia, se revisa el material obtenido, la calidad e indemnidad de las grabaciones, de las entrevistas y de las condiciones en que se tomaron los datos. Las entrevistas que finalmente se analizaron fueron las más productivas, las que presentaban buenas condiciones de grabación (calidad de audio y video) y las de aquellos participantes que además de cumplir con los criterios de inclusión tenían todos los datos sociodemográficos, todos los datos de las evaluaciones neuropsicológicas y de las tareas evaluativas.

Entonces, en esta investigación, los sujetos se seleccionaron deliberadamente y de manera consecutiva para alcanzar la cantidad de participantes necesaria para conformar los dos grupos propuestos para esta investigación con un mínimo de 10 participantes en cada grupo, luego de haber aplicado el muestreo de material.

#### **4.5.2. Selección de Participantes**

Para el presente trabajo se utilizaron datos recogidos de las entrevistas a AAMM que residen en la quinta región de manera particular o bien en establecimientos de larga estadía para AAMM (ELEAM), de la quinta región de Chile. Cabe señalar que los sujetos se seleccionaron fuera del contexto asistencial debido a que en la región a la fecha no existen instituciones dedicadas al tratamiento de los deterioros cognitivos y a que en el 2015 el programa del estado para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias solo logró una cobertura de un 2% de las personas afectadas (MINSAL, 2017). Si bien el nuevo plan de demencias está vigente desde el 2015, actualmente se encuentra en proceso de integrar programas para la prevención de las demencias con los que existen actualmente para otras patologías crónicas, de acuerdo con su propio cronograma.

Los sujetos seleccionados se dividieron en dos grupos, el primero constituye el grupo control y el segundo, el grupo de participantes con DTA, a este grupo se le denominará 'grupo casos' debido a que el diseño de esta investigación es cualitativo y no experimental. En este tipo de diseño no se pretende manipular deliberadamente una variable, sino analizar fenómenos y variables tal y como se dan en su contexto natural (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). A cada grupo se le aplicaron, como se explicará más adelante, dos tareas conversacionales para generar un corpus que se estimó como suficiente para cada sujeto. Entonces, cada participante tiene un total de 2 entrevistas conformando un corpus total de 40.

##### **4.5.2.1. Grupo control**

###### *Criterios de inclusión*

- a) Ser mayor de 65 años.
- b) Presentar un nivel de escolaridad de más de 4 años (para que esta variable no interfiera en el nivel cognitivo general de los participantes).
- c) En caso de presentar presbiacusia de leve a moderada, el participante debe usar el audífono en el caso de tenerlo indicado por el médico.

###### *Criterios de exclusión*

- a) Presentar enfermedades de tipo psiquiátrico, en distintos grados de severidad, antecedentes de accidente cerebro vascular (ACV) o traumatismo craneoencefálico (TCE).
- b) Presentar evidencia de características propias de cualquier tipo de demencia.
- c) Presentar evidencia de enfermedad neurológica activa o comorbilidad de otra enfermedad no neurológica que pueda afectar la cognición.
- d) Consumir fármacos (psicotrópicos) que puedan influir en el rendimiento en la evaluación cognitiva.
- e) Tener diagnóstico de hipoacusia severa.

#### 4.5.2.2. Grupo de participantes con DTA

##### *Criterios de inclusión*

- a) Ser mayor de 65 años.
- b) Presentar un nivel de escolaridad de más de 4 años, dado que la escolaridad tiene un estrecho vínculo con el rendimiento cognitivo general y respecto al lenguaje, se relaciona con el desempeño en denominación, comprensión gramatical y vocabulario (López-Higes, et al. 2013). En general, diversas investigaciones muestran que quienes tienen más bajo nivel de escolaridad tienen un rendimiento clínico inferior en comparación con quienes tienen un alto nivel de escolaridad (Meng y D'Arcy, 2012). Se considera este criterio para poder obtener de los participantes un nivel cognitivo fácilmente medible.
- c) En caso de presentar presbiacusia de leve a moderada, el participante debe usar el audífono en el caso de tenerlo indicado por el médico.
- d) En el caso de los pacientes con DTA, tener diagnóstico médico neurológico o geriátrico actual de DTA en grado 4 según escala GDS (demencia leve) (Reisberg et al. 1982), que cumpla con los criterios mencionados en el DSM-V (*Asociación Americana de Psiquiatría* (APA, 2014) para el deterioro cognitivo mayor y los criterios clínicos del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) para la DTA (McKhann, et al. 2011). De este último se tendrán en cuenta el apartado A sobre los criterios centrales de demencia y el apartado C sobre los criterios clínicos centrales de DTA probable (Tabla 4.1).
- e) De manera emergente podrán incluirse sujetos con diagnóstico médico neurológico o geriátrico de DTA en grado 5 según escala GDS (Reisberg et al. 1982).

##### *Criterios de exclusión*

- a) Presentar enfermedades de tipo psiquiátrico, en distintos grados de severidad, antecedentes de accidente cerebro vascular (ACV) o traumatismo craneoencefálico (TCE).
- b) Presentar evidencia de características propias de otro tipo de demencias como de Cuerpos de Lewy, frontotemporal variante conductual o semántica, o afasia progresiva primaria o demencias vasculares.
- c) Presentar evidencia de otra enfermedad neurológica activa o comorbilidad de otra enfermedad no neurológica que pueda afectar a la cognición.
- d) Consumir fármacos (psicotrópicos) que puedan influir en el rendimiento de la evaluación cognitiva.
- e) Tener diagnóstico de hipoacusia severa.

**Tabla 4.1.** *Criterios clínicos del National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) (2014, citado por Custodio, 2018) para la DTA, apartados A y C*

A.	Criterios clínicos centrales para la demencia. Los síntomas cognitivos y conductuales
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interfieren en la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades usuales.</li> <li>2. Representan un declive con respecto al funcionamiento y rendimiento previo.</li> <li>3. No se explica por un delirium ni por un trastorno psiquiátrico mayor.</li> <li>4. La detección y diagnóstico se ha realizado a través de una historia clínica del paciente, corroborada por un informador reconocido, y a través de una evaluación cognitiva objetiva.</li> <li>5. El deterioro cognitivo y conductual incluye un mínimo de dos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Deterioro de la capacidad de adquirir información nueva.</li> <li>5.2 Deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas, y juicio empobrecido.</li> <li>5.3 Deterioro de las capacidades visoespaciales.</li> <li>5.4 Deterioro de las funciones del lenguaje.</li> <li>5.5 Cambios en la personalidad, conducta o comportamiento.</li> </ol> </li> </ol>
C	Criterios clínicos centrales para la demencia debida a Enfermedad de Alzheimer probable. Habiendo cumplido con los criterios de más arriba, se agregan los siguientes
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comienzo insidioso, de manera gradual y no abrupta con evolución de meses o años.</li> <li>2. Historia definida de empeoramiento de la cognición obtenida a través de informe u observación.</li> <li>3. Los déficits cognitivos iniciales y más prominentes son evidentes en la historia clínica, y en el examen clínico, al menos una de las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Presentación amnésica: deterioro del aprendizaje y el recuerdo de información aprendida recientemente, y alteración de al menos otro dominio cognitivo.</li> <li>3.2 Presentación no amnésica: <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2.1 Déficit más prominente en el lenguaje, más otros dominios cognitivos.</li> <li>3.2.2 Déficits visoespaciales incluyendo agnosia de objetos, reconocimiento facial deteriorado, simultagnosia, alexia, más déficit en otros dominios cognitivos.</li> <li>3.2.3 Disfunción ejecutiva, alteración del razonamiento, juicio y resolución de problemas, más déficit en otros dominios cognitivos.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

#### **4.5.3. Proceso de inclusión de participantes**

El proceso de inclusión de participantes se realizó tras la aprobación por el comité de ética científico (CEC) Centro Norte UST n°142/2017, el 28 de febrero de 2018, asignando el código 153.17. El trabajo se inició con la invitación a participar a AAMM normales independientes y autovalentes, que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados y que firmaron el consentimiento informado (ver Anexo 3). En esta etapa se entrevistó a un total de 20 personas, de quienes se obtuvieron datos cognitivos y datos conversacionales. Luego se aplicó el muestreo de material (Flick, 2007) se revisó caso a caso evaluando la calidad de las grabaciones, la productividad de las entrevistas y si se obtuvieron para cada caso todos los datos necesarios. En este proceso se detectó que hubo participantes que no completaron su evaluación, ya sea, de las tareas conversacionales o de la evaluación neuropsicológica por no querer continuar como participante; otros seleccionados no tenían sus datos sociodemográficos completos, como por ejemplo su nivel de instrucción que quedaron de revisar pero finalmente nunca corroboraron; otros

presentaban una baja productividad conversacional por lo que no era posible observar el fenómeno de estudio; y por último en algunos casos parte de las grabaciones estaban dañadas por lo que no fue posible su utilización. De esta manera se llegó a conformar un grupo de 10 sujetos que finalmente son parte de la muestra de control para esta investigación. Cabe mencionar que la cantidad de entrevistas se seleccionó cuidando también la saturación de los datos. Las conversaciones en los dos contextos señalados más adelante, finalmente, fueron transcritas una a una y a medida que se completaba una transcripción, se procesaba con el software ATLAS.ti-7. Sobre los procesos de transcripción se hará referencia más adelante.

Una vez terminado el proceso de entrevistas con sujetos control, se invitó a participar a AM con diagnóstico de DTA a través del contacto con el Grupo de Apoyo a Familiares de Personas con Alzheimer (GAFA) y a través de dos ELEAM, mencionados anteriormente. Cabe señalar que todos los participantes o sus representantes legales firmaron el consentimiento informado. Se consiguieron 20 entrevistados. Al igual que con el grupo control, se hizo un muestreo de material, procedimiento con el que se evaluó caso a caso para seleccionar las mejores entrevistas, y los motivos de descarte de material fueron similares al grupo anterior, es decir, hubo participantes que no completaron su evaluación ya sea de las tareas conversacionales o de la evaluación neuropsicológica por no querer continuar como participante; otros presentaban una baja productividad conversacional por lo que no era posible observar el fenómeno de estudio; y por último en algunos casos parte de las grabaciones estaban dañadas por lo que no fue posible su utilización. Los participantes seleccionados fueron 10 y las 20 entrevistas obtenidas se transcribieron y se analizaron caso a caso.

#### **4.5.4. Características de los participantes**

Las características sociodemográficas de los participantes se presentan a continuación por grupo conformado. Cabe señalar que, de acuerdo al procedimiento de muestreo, la selección de usuarios fue intencionada, buscando que ambos grupos fueran lo más similar posible en cuanto a edad, género y nivel de instrucción.

##### **4.5.4.1. Participantes adultos mayores grupo control**

Los antecedentes del grupo control son los presentados en la tabla 4.2.

**Tabla 4.2** *Características de los participantes del grupo control en relación con el género, la edad y la escolaridad*

	<b>Código</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Género</b>	Masculino	3	30
	Femenino	7	70
<b>Escolaridad</b>	<8	2	20
	8- 12	7	70
	>12	1	10
<b>Edad</b>	66-69	1	10
	70-74	5	50
	75-79	2	20
	80 y +	2	20

Los participantes AAMM control de este estudio fueron en total 10. Este grupo está conformado por siete mujeres y tres hombres. En cuanto a las edades, estas fluctuaron entre los 66 y los 90 años; en la tabla 4.2 puede verse la distribución de la frecuencia de sujetos por grupo de edad. El 50% de los participantes se concentra entre los 70 y los 74 años. En relación con la escolaridad, el 70 por ciento del grupo tiene una escolaridad entre 8 y 12 años, mientras que solo un participante tiene escolaridad de más de 12 años y dos menos de 8 años.

#### 4.5.4.2. Participantes adultos mayores con DTA

En cuanto a los antecedentes de los participantes con DTA, según género, escolaridad y edad pueden verse en la tabla 4.3.

**Tabla 4.3** Características de los participantes con DTA en relación con el género, la edad y la escolaridad

	Código	Frecuencia	Porcentaje
<b>Género</b>	Masculino	2	20
	Femenino	8	80
<b>Escolaridad</b>	<8	2	20
	8- 12	6	60
	>12	2	20
<b>Edad</b>	66-69	1	10
	70-74	0	0
	75-79	1	10
	80 y +	8	80

Los participantes con DTA eran en total 10 y como puede verse en la tabla, ocho eran mujeres y dos eran hombres. El 60% de los participantes de este grupo tiene una escolaridad entre 8 y 12 años, 20% tienen menos de 8 años y otro 20% tiene una escolaridad mayor a 12 años. En relación con la edad, y tal como puede apreciarse en la tabla 4.3, el 80% tiene entre 80 y más años. Esta cifra es coherente con el hecho de que el DTA es una demencia principalmente de inicio tardío (Vilalta-Franch, et al., 2007, Fiest, et al., 2016; Niu, et al., 2017).

En relación con las semejanzas y diferencias de ambos grupos presentados más arriba, para la variable género se aplicó el estadístico Chi cuadrado para determinar si hay una relación entre ambos grupos en relación con esta variable. Como se muestra en la tabla 4.4, no hay diferencias significativas según el género entre ambos grupos.

**Tabla 4.4** Prueba estadística Chi cuadrado de Pearson

Grupo	N	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Controles	10	,267	1	,606
Casos	10			

En el caso de la edad y escolaridad se aplicaron pruebas de normalidad que indicaron que ambos grupos se comportan siguiendo la distribución normal (ver tabla 4.5), por lo tanto, para saber si presentan diferencias significativas se consideró el estadístico T de Student (ver tabla 4.6).

**Tabla 4.5 Pruebas de Normalidad**

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	Casos	,168	10	,200	,945	10	,614
	Control	,178	10	,200	,926	10	,413
Escolaridad	Casos	,227	10	,155	,875	10	,113
	Control	,147	10	,200	,980	10	,964

**Tabla 4.6 Prueba T de Student para Edad y Escolaridad**

	Grupo	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	T	Sig. (bilateral)*
Edad	Control	10	75,40	7,152	66	90	3,038	0,007
	Casos	10	85,70	7,987	69	96		
Escolaridad	Control	10	9,70	3,368	4	16	0,695	0,496
	Casos	10	10,80	3,706	4	16		

\*Nivel de significación de 0.05

La prueba estadística aplicada indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en función de la escolaridad. En relación con la edad, no ocurre lo mismo, ya que las diferencias observadas entre las medias sí que son estadísticamente significativas. Al respecto es importante tener presente que la distribución de grupos de edad varía de una investigación a otra y de test en test. Así, por ejemplo, en el estudio sobre el Minimental Chile, las agrupaciones por edad van de 65 a 74, de 75 a 84 y de 85 y más, pero los puntajes no presentan una corrección por edad (Quiroga et al., 2004). La aplicación de la Batería de Evaluación Frontal (FAB en su sigla en inglés) en poblaciones latinoamericanas toma AAMM de 60 a 90 años y sus estadísticos no estratifican por rango de edades (Soto-Añari y Cáceres-Luna, 2012; Aceiro et al., 2017). Algunos trabajos publicados para el Test de Vocabulario de Boston en poblaciones latinoamericanas agrupan a los sujetos en menores de 65 y mayores de 65, siendo los participantes hasta 90 años (Duarte et al., 2016).

Se reconoce que la variable edad en estudios sobre AAMM es muy relevante, por tal razón, se volverá sobre este punto en el análisis de los resultados de las pruebas neuropsicológicas. Cabe señalar que el interés mayor de esta investigación recae en los datos conversacionales sobre los cuales se tienen una mirada cualitativa y fenomenológica acorde al enfoque epistemológico planteado inicialmente.

## 4.6. Técnica e instrumentos

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y antes de aplicar las tareas conversacionales se les aplicaron diversas pruebas neuropsicológicas para evaluar su estado cognitivo para dar cuenta y confirmar su diagnóstico, el que finalmente permite conformar ambos grupos. Adicionalmente se realizó una evaluación del lenguaje en los pacientes con DTA.

### 4.6.1. Instrumentos usados para desarrollar el perfil neuropsicológico de los participantes

Los participantes fueron evaluados con instrumentos neuropsicológicos para obtener un perfil, el cual dará cuenta y confirmará el diagnóstico que cada uno tiene, como parte de su caracterización. El objetivo principal es detectar el deterioro cognitivo en las personas para conformar el grupo casos y descartar el deterioro para quienes conformen el grupo control. Por lo mismo se esperan diferencias significativas en ambos grupos en los resultados de cada prueba neuropsicológica. Los resultados de estas evaluaciones serán analizados con apoyo del software de análisis estadístico SPSS versión 26 a través del cual se describirá la muestra en razón a la edad, nivel educativo, género (análisis de frecuencias) y en razón a los resultados de cada test utilizado. De esta manera cada participante tendrá un perfil de desempeño el cual podrá compararse intrasujeto y a su vez podrá compararse intersujeto, es decir, controles y pacientes con DTA.

Los instrumentos utilizados para obtener este perfil son los siguientes.

- *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia versión abreviada (TBA) (Goodglas, Barresi y Kaplan, 2005)*  
El Test de Boston abreviado es una herramienta habitual que sirve para evaluar una posible afasia y trastornos relacionados. A partir del test se podrá obtener un perfil general del lenguaje en diversas áreas. La aplicación de esta prueba incluye la del Test de Vocabulario de Boston (TVB), que en su versión abreviada mide la capacidad de denominación por confrontación visual.
- *Mini-Mental State Examination (MMSE) modificado (Quiroga, Albala, y Klaasen, 2004)*  
Se trata de la versión chilena adaptada y validada del *Mini-Mental State Examination* de Folstein y colaboradores (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Es una prueba de tamizaje para el deterioro cognitivo. Evalúa las habilidades de orientación temporal y espacial, fijación y memoria diferida, concentración y cálculo, lenguaje y construcción (semejanzas), repetición de frase, lectura, escritura y copia de dibujo. El puntaje total es de 30 puntos, y el punto de corte es de 23/24 para distinguir entre personas con habilidades cognitivas disminuidas y aquellas cognitivamente sanas de acuerdo con la versión chilena (Quiroga et al., 2004) (ver Anexo 4). Se considera el diagnóstico de deterioro cognitivo cuando un sujeto obtiene un puntaje menor a 21. Sin embargo, es necesario hacer notar que en muchos estudios internacionales los criterios de corte varían y van desde 17/18 a 26/27, entre otros, de acuerdo, al estudio de Arevalo-Rodríguez, y colaboradores (2015). Estos mismos autores afirman que no hay evidencia de que el MMSE como prueba única e independiente pueda sustentar un diagnóstico de deterioro



cognitivo y sugieren acompañar la evaluación neuropsicológica con más pruebas y llevar el seguimiento en el tiempo para sustentar el deterioro cognitivo.

Cabe señalar que la muestra utilizada para la validación en Chile incluía a personas mayores de 64 años, si bien no especifica hasta qué edad, los mayores de 84 conformaban un grupo reducido. Esto ejemplifica el hecho de que los estudios en poblaciones muy mayores son poco frecuentes.

Al respecto, algunos autores reconocen que la edad, el género y la educación afectan a las puntuaciones directas obtenidas al administrar la prueba (Contador et al 2016). Nagaratham y colaboradores (2020) hacen una revisión sistemática de estudios longitudinales entre el 2007 y el 2017 y encontraron una disminución significativa de los puntajes del MMSE según avanza la edad, por lo que concluyeron que los puntajes descienden entre las edades de 29 a 105 años, con una mayor disminución entre los 84 y 105.

La posible necesidad de realizar un ajuste por edad no es nueva, Mungas y colaboradores en 1996 presentan su propuesta de ajuste basado en la población estadounidense que incluía a hablantes del inglés, español y bilingües. Estos datos no son fácilmente transferibles debido a las características socioculturales de la población objetivo. Por otra parte, Delgado-Losada y colaboradores (2021) generan datos normativos para pruebas de cribado, en el que se incluye el MMSE, considerando factores sociodemográficos, en población española. En este trabajo analizan la influencia de la edad, el género y nivel educativo, y terminan proponiendo ajustes solo por nivel educativo. Por lo anterior, se propone que para el presente trabajo no se realicen ajustes en las puntuaciones directas según la edad.

- *Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer, modificado (Quiroga et al., 2004)*  
Evalúa la capacidad para desarrollar actividades sociales complejas, las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria. Este cuestionario consta de 11 preguntas, que se valoran de 0 a 3 puntos, siendo el puntaje de corte es 5/6 puntos. El instrumento de tamizaje compuesto por MMSE modificado y el cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer presenta una excelente sensibilidad y adecuada especificidad cuando se aplican en conjunto (Quiroga et al, 2004), y por esta razón se incluyen en este trabajo.
- *Batería de Evaluación Frontal (FAB) (Dubois, et al., 2000)*  
Es una prueba que evalúa funciones frontales a través de seis pruebas: semejanzas, fluidez verbal (flexibilidad mental), series motoras (programación), interferencias, control inhibitorio de respuestas y autonomía. Tiene una puntuación máxima de 18 puntos y cada módulo tiene una puntuación máxima de 3 puntos; el punto de corte para considerar que hay un déficit cognitivo es una puntuación entre 15 y 16 puntos, y una puntuación menor a 12-13 puntos puede indicar un deterioro de la función ejecutiva (Rodríguez-del Álamo et al., 2003). Esta prueba que evalúa funciones ejecutivas ha sido de uso frecuente en Iberoamérica (Cossio-Bolaños, et al. 2021). En relación con la variable edad, se admite que existe una relación entre el puntaje y la edad, es decir a mayor edad hay un descenso en el rendimiento (Appollonio, et al. 2005). Sin embargo, a nivel mundial existen

pocos trabajos que ofrezcan correcciones por edad y que puedan aplicarse a la población chilena. Las recomendaciones sobre el uso de esta prueba sugieren tener en consideración este aspecto en el momento del diagnóstico (Cossio-Bolaños, et al. 2021).

- *Span de Dígitos de Wechsler (2012)*  
Consiste en dos tareas, dígitos directos e inversos: en ambas, el sujeto debe repetir una secuencia de números, primero en el orden en que el evaluador lo hace y luego en orden invertido. Esta prueba evalúa atención, memoria inmediata y memoria de trabajo.
- *Test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey*  
Diseñada por André Rey en 1964 y adaptada por Lezack en 1983 (López de Ibáñez, 1998), consiste en una lista de 15 palabras presentada en 5 ensayos en donde se registra el número de recuerdos que tiene el sujeto. La información que se obtiene se relaciona con lo siguiente: memoria inmediata en condiciones de sobrecarga (ensayo 1), nivel de adquisición final (ensayo 5), curva de aprendizaje de los 5 ensayos, recuerdo demorado (cantidad de información que es capaz de retener el sujeto a largo plazo) y reconocimiento (número de palabras que el sujeto ha aprendido realmente pero que por un problema de evocación no puede emitirlas, aunque las haya retenido).
- *Test de fluencia verbal (Borkowski, et al., 1967) semántica, fonémica y acciones (verbos).*  
Evalúan la capacidad de almacenamiento léxico, recuperación de la información y funciones ejecutivas. Es una prueba sensible a deterioros cognitivos.
- *Escala de Deterioro Global (GDS) (Reisberg, et al., 1982)*  
Es una escala en la cual se etapifican la progresión del deterioro cognitivo considerando medidas conductuales, neuroanatómicas y neurofisiológicas de la demencia primaria. Como se ha comentado en el capítulo precedente, consta de 7 niveles, en donde el 1 corresponde a envejecimiento sano, sin deterioro cognitivo, el 2 hace referencia a personas solo con quejas subjetivas, el 3 indica deterioro cognitivo leve valorado objetivamente, el 4 indica demencia inicial, el 5 demencia moderada, el 6 y 7 se refieren a la demencia severa.

El análisis estadístico propuesto incluirá valores descriptivos de tendencia central, dispersión, medida de posición; y valores inferenciales de comparación, relación y de varianza factorial o multivariado. Cabe señalar que este trabajo es descriptivo y no tienen un rol experimental. El objetivo principal de la aplicación de pruebas neuropsicológicas es conformar el grupo casos, es decir el grupo de personas que padece deterioro cognitivo, y al mismo tiempo conformar el grupo control, es decir, aquellos que no presentan deterioro.

Desde esta perspectiva el diagnóstico clínico de cada participante se hará considerando su historia clínica (especialmente la de declinación de habilidades), su diagnóstico médico, su nivel de escolaridad y el resultado de las otras pruebas que acompañan la evaluación en el contexto de esta investigación.

#### 4.6.2. Técnica cualitativa y procedimiento de elicitación

La técnica elegida para la toma de datos es la elicitación clínica (*clinical elicitation*), concepto introducido por Corder en 1976 (Ellis y Barkhuizen 2006), para hacer referencia a la toma de datos en la cual la situación que da lugar a la conversación no ocurre de forma natural, sino que es provocada por el investigador. La elicitación clínica permite desarrollar una interacción conversacional para los fines que esta investigación tiene, considerando que obtener grabaciones de conversaciones cotidianas son difíciles de conseguir. Cabe señalar que la elicitación clínica solo pretende crear la situación de interacción conversacional, para luego desarrollarla de manera lo más natural posible, alejándose del control exhaustivo como ocurre en otro tipo de investigaciones experimentales.

Para elicitación, es decir, provocar o crear la conversación por parte de los sujetos, se utilizaron dos tareas conversacionales las cuales se pudieron desarrollar entre dos y tres sesiones individuales, con el fin de obtener un corpus suficientemente extenso que permita observar reformulaciones conversacionales. Cada sesión se registró en video con la webcam HD del computador Acer Aspire V5-132-283. Las tareas propuestas fueron las siguientes:

- Tarea conversacional 1

Entrevista semiestructurada de tipo autobiográfica que cuenta con unas preguntas guía para evocar conversaciones, las cuáles se aplicaron a todos los participantes (ver anexo 8). Entonces, se realizaron preguntas abiertas que cada participante respondió desde su perspectiva y sin pistas informativas. Se desarrolló una conversación natural y fluida siguiendo el ritmo de la persona y adaptándose a cada uno de los participantes.

- Tarea conversacional 2

Contexto estructurado. *MetAphAs*. test de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la afasia (Rosell y Hernández, 2014): está dividido en 6 secciones: la primera sección evalúa el lenguaje interior, la capacidad de inhibir y el discurso diferido a través de 6 unidades de trabajo; la segunda evalúa el control de procedimientos semióticos recurrentes con 5 unidades de trabajo; la tercera, habilidades parafrásticas y fenómenos asociados con 5 unidades de trabajo; la cuarta sección evalúa el decir referido y fenómenos asociados a través de 4 unidades de trabajo. La quinta la capacidad de monitorización, marcas de contextualización con 10 unidades; y, finalmente, la sexta, con 10 unidades de trabajo, evalúa los usos desplazados del lenguaje y la teoría de la mente. Este es un instrumento de evaluación metalingüística por lo que se relaciona con la naturaleza de la reformulación conversacional y su aplicación es de carácter ecológico, es decir, se desarrolla en un contexto conversacional natural. Dicho de otro modo, el test *MetAphAs* interesa en la presente investigación, más que como evaluación clínica de las habilidades metalingüísticas, como contexto conversacional en el cual se espera que la interacción sea lo más natural posible mientras se desarrollan los elementos que el protocolo contiene. Entonces, se utilizarán algunos pasajes del protocolo, el cual, en esta

investigación, tendrá valor de entrevista y se encuadrará como segunda tarea conversacional (Ver anexo 9).

Se transcribirán del test *MetAphAs* aquellos ítems que generan mayor productividad discursiva y conversacional, en este caso, los de la sección VI llamada usos desplazados del lenguaje y teoría de la mente. De esta sección se incluirán:

- Ítem 31, Descripción de un objeto o situación no presente: aquí se presenta la lámina “Homenaje al robo de las galletas” con una escena familiar cuyos personajes hacen cosas habituales (lavar los platos, por ejemplo) y tiene detalles que llaman la atención (el agua del fregadero cae al suelo, la niña a punto de caerse y el gato que vierte la leche, etc.). Se presenta por un tiempo y luego de retirarlo, se le pide al sujeto que recuerde lo que vio en la lámina.
- Ítem 32, Desplazamiento temporal I: aquí se le pide al participante que nos converse sobre lo que hizo el fin de semana pasado.
- Ítem 33, Desplazamiento temporal II: el participante debe hablar sobre su primer trabajo, en qué consistía y qué es lo que hacía.
- Ítem 34, Desplazamiento temporal III: en este ítem se le pide al sujeto que cuente qué es lo que hará el próximo fin de semana o en las próximas vacaciones.
- Ítem 35, Interpretar una escena/asumir la perspectiva del interlocutor: se le presenta al evaluado la lámina del Parque, en la cual hay diferentes personajes, se le pide al participante que describa la situación y luego que imagine que le dice un personaje a otro.
- Ítem 39, Capacidad para mentir: se le pide al sujeto que diga una mentira simple, como por ejemplo “la mesa es morada” cuando en realidad es blanca.
- Ítem 40, Capacidad de ironizar: se le pide a los evaluados que ironicen sobre algo a partir de uno o más ejemplo.

Los ítems 36, 37 y 38 se excluyeron dado que, por las características de sus tareas, no generan conversación.

Una vez realizadas las sesiones, se transcribieron las grabaciones hechas con cada participante. La extensión de las entrevistas fue variable, dependiendo de las características de cada sujeto, pero del grupo con DTA se obtuvo en promedio nueve páginas para la primera tarea y seis páginas en la segunda. En el caso de los participantes control, la extensión de la primera tarea fue en promedio de ocho páginas y de la segunda cinco. Las transcripciones se traspasaron al software ATLAS.ti-7, en donde se marcaron la presencia o ausencia de actividades de reformulación, los tipos de fuentes de problemas, tipos de reformulación y resultados de la actividad de reformulación conversacional. Se analizó además la cantidad, la frecuencia y el contexto lingüístico conversacional en que aparecen estas actividades.

#### **4.7. Transcripción de los datos orales**

Existen diversos métodos de transcripción de datos conversacionales que varían dependiendo de la exactitud con la que se pretenda representar lo dicho y la situación comunicativa. El propósito de la investigación debe definir los requerimientos de transcripción, es decir, aquello que debe incorporarse para poder realizar el análisis que se desea realizar (Flick, 2007; Kreuz y Riordan, 2018). Entonces, se debe transcribir solo tanto y solo con tanta exactitud como lo exija la pregunta de investigación (Strauss, 1987; como se cita en Flick, 2007).

Las actividades de reformulación conversacional, como ya se ha dicho antes, son parte del proceso de composición textual. La reformulación es una huella de este proceso que se da principalmente a nivel de enunciados, por lo tanto, el enunciado y sus características son el corazón del análisis. Teniendo en cuenta el párrafo anterior y teniendo en cuenta la esencia de la actividad reformulativa, se determinó que en la transcripción lo más importante es el enunciado y se debía transcribir todo lo que se dijera, lo más literal posible. Para esto se utilizó la lista de convenciones elaborada, a partir de otras, por Tusón (1997) y que, según la autora, se adapta bien a las necesidades de transcripción más comunes. Junto con ello, las convenciones que se muestran en la tabla 4.7 se adaptan fácilmente a los requerimientos técnicos del software de análisis ATLAS.ti-7 que automáticamente enumera las entrevistas y los enunciados que más tarde se pueden codificar y citar en el desarrollo del análisis.

**Tabla 4.7** *Lista de convenciones para la transcripción de datos conversacionales de Tusón (1997)*

- 
1. Numerar las líneas a la izquierda.
  2. Usar las grafías normales, salvo cuando se quiere señalar algún aspecto fonético de interés para el análisis; entonces usar los símbolos del alfabeto fonético.  
Ej.: ð nasalización  
ɛ abertura  
h aspiración etc.
  3. Símbolos prosódicos:
    - ¿? interrogación
    - ¡! entonación exclamativa
    - / tono ascendente
    - \ tono descendente
    - ...- corte abrupto en medio de una palabra
    - | pausa breve
    - || pausa mediana pausa larga, también o, indicando segundos.
    - ac ritmo acelerado
    - le ritmo lento
    - subr énfasis
    - MAYÚS mayor énfasis
    - :: alargamiento de un sonido
    - p piano (dicho en voz baja)
    - pp pianissimo (dicho en voz muy baja)
    - f forte (dicho en voz más alta)
    - ff fortissimo (dicho en voz muy alta)
  4. Símbolos relativos a los turnos de palabra
    - = al principio de un turno para indicar que no habido pausa después del turno anterior.
    - =.....= =.....= solapamiento en dos turnos:

H— Vale =Pero es que me molestarían las piedras =  
M— [mirando a L] =Bueno | oye | y el pan ¿qué? ¿Tengo que = ir yo?

Para señalar que B interviene aprovechando un pequeño silencio en la intervención de A:

A— ¡Ojalá venga pronto! ¡Tengo unas ganas de verla!  
B— ¡Ay, sí!
  5. Otros símbolos:
    - [ ] fenómenos no léxicos, tanto vocales como no vocales, p.e.; [risas], [mirando a B]
    - { } para marcar las fronteras en las que se produce algún fenómeno no léxico que se quiere señalar, por ejemplo:

A —{[riendo] no me lo puedo creer}| pero será eso  
{[pp] pásame el lápiz | por fa}

    - (???) palabra ininteligible o dudosa
    - > a la izquierda de la línea para señalar algo de interés especial para el análisis
-

#### **4.8. Rol del investigador**

La investigación cualitativa se desarrolla básicamente en un contexto de interacción personal, en el cual el investigador puede desempeñar distintos roles. En el desarrollo de la presente investigación, durante las entrevistas, como procedimiento de recolección de datos, el investigador debía cumplir con los siguientes comportamientos enmarcados en el rol de entrevistador y de participante de la conversación-interacción:

- No inducir respuestas ni comportamientos en los participantes.
- Lograr que los participantes narren sus experiencias y puntos de vista con soltura y sin temor a la crítica o a ser juzgado.
- Mostrar empatía y actitud de escucha activa.
- Mostrar respeto ante las historias y realidades particulares de cada participante.
- Generar lazos de simpatía y confianza para desarrollar las conversaciones de manera espontánea y natural, al margen de contar con un guion de preguntas.

#### **4.9. Escenario de investigación**

Como ya se ha dicho antes, en el procedimiento de elicitación clínica, el desarrollo de la conversación tiene que ser lo más natural posible. Para lograr esto, se planteó hacer las entrevistas en un lugar tranquilo, libre de distractores y privado. Luego de las autorizaciones se consiguieron tres tipos de escenarios:

1. Habitación privada dentro del ELEAM: cinco de los participantes vivían en ELEAM, por lo que tras el permiso y consentimiento informado del tutor legal se pudieron realizar las entrevistas en la habitación privada de cada uno contando entonces con las condiciones de tranquilidad, baja distractibilidad ambiental y contexto de seguridad y confianza por parte del participante.
2. Habitación privada dentro de su domicilio: 21 participantes AM fueron entrevistados en sus propios domicilios; todos vivían solos excepto dos que eran pareja. Las entrevistas se realizaron con tranquilidad, sin distractores y en un ambiente seguro y de confianza.
3. Oficina de entrevistas de la Universidad Santo Tomás: cuatro de los sujetos con diagnóstico de DTA vivían en sus propios domicilios con sus familiares y para evitar distractores prefirieron participar en un ambiente neutro. Por esta razón se les recibió en el Laboratorio de Lenguaje de la Unidad de Fonoaudiología de la Universidad Santo Tomás, en donde se desarrollaron las actividades conversacionales de manera fluida.

#### **4.10. Criterios de rigor científico**

Una de las desventajas que se le atribuye a la investigación cualitativa es la aparente falta de validez y confiabilidad que posee, entendida, claro, desde los cánones de la investigación cuantitativa. Además, extrapolar estos criterios a la investigación cualitativa se considera contraproducente, ya que violan sus propósitos, sus objetivos y su naturaleza (Salgado, 2007). Sin embargo, existen una serie de criterios que permiten establecer cierto paralelismo con dichos conceptos propios de la investigación cuantitativa (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), de manera tal de poder tasar la

calidad de la investigación. De esta manera, el rigor científico de la investigación cualitativa se puede garantizar a través de diferentes aspectos que de una u otra forma se complementan y determinan el valor de la información obtenida.

Para la presente investigación, se considerarán los siguientes criterios de rigor científico para la investigación cualitativa.

#### *Auditabilidad*

Este criterio de *auditabilidad* (Guba y Lincoln, 1989, como se cita en Castillo y Vásquez, 2003 y en Salgado 2007) tiene que ver con la posibilidad de que otro investigador al revisar los datos pueda llegar a conclusiones iguales o similares a esta investigación. Para asegurar la auditabilidad las entrevistas fueron grabadas y las transcripciones textuales fueron tratadas con el software ATLAS.ti, versión 7.0 y están disponibles para su revisión en los anexos. Los datos estarán disponibles en el caso de que algún investigador, con la aprobación del comité de ética de su institución quisiera trabajar en ellos y revisar si las conclusiones son similares.

#### *Transferibilidad*

La *transferibilidad* (Guba y Lincoln, 1989, como se cita en Castillo y Vásquez, 2003 y en Salgado 2007) se refiere a la posibilidad de transferir o extender los resultados de la investigación a otros contextos o poblaciones. Para ello, se describen exhaustivamente los sujetos y las situaciones en las que se realiza una investigación y el contexto en el que se lleva a cabo, así como las dificultades de comparación de unas con otras. De esta manera se estima que, al replicar la investigación en un contexto y situación similares, se podrán obtener resultados equivalentes.

La transferibilidad está resguardada, en este estudio, en la elaboración minuciosa y detallada del informe de investigación, principalmente en el aspecto metodológico y procedimental de este trabajo.

#### *Credibilidad*

La *credibilidad* (Guba y Lincoln, 1989, como se cita en Castillo y Vásquez, 2003 y en Salgado 2007) es aquella característica que otorga la cualidad a los datos de la investigación de que sean aceptables, es decir, creíbles. Se refiere al isomorfismo entre los datos recogidos por el investigador y la realidad.

La credibilidad de este estudio está vinculada al contraste entre el modelo explicativo que surge a partir de los datos con el marco teórico que sustenta esta investigación. Junto con ello se resguarda el proceso interpretativo a través de las transcripciones textuales de las entrevistas utilizadas, y la realización de una triangulación con datos cuantitativos.

### **4.11. Plan de análisis**

El análisis del corpus se realizó en dos partes. La primera corresponde a la descripción de los participantes, mediante un análisis cuantitativo con el uso del software de análisis



estadístico SPSS versión 26, con el que se revisaron las variables edad, género y desempeño neuropsicológico dependiendo de los resultados que cada sujeto obtuvo en las pruebas para medir la memoria, la capacidad atencional y el control inhibitorio verbal. Para ello se propuso aplicar un análisis descriptivo de tendencia central (media, moda, mediana), dispersión (desviación estándar y varianza) y medida de posición (cuartiles, deciles y percentiles). Se consideró la aplicación del estadístico Shapiro-Wilk, para analizar la distribución de la muestra y determinar si se realizarán pruebas paramétricas o no paramétricas. Posteriormente, pudo hacerse un análisis inferencial, de comparación con t de Student, y se consideró la prueba ANOVA de un factor, para un análisis de varianza factorial.

En la segunda parte, se realizó un análisis cualitativo bajo los principios de la teoría fundamentada con el apoyo del software ATLAS.ti, versión 7.0.

El análisis de los datos se realizó mediante un proceso de razonamiento inductivo que permitió construir categorías generales a partir de datos particulares. Se partió en primera instancia con un análisis intracaso para luego hacer un análisis intercaso considerando la variable de desempeño neuropsicológico. Posteriormente se procedió a un análisis comparativo, buscando establecer posibles relaciones entre el desempeño en funciones ejecutivas y actividades y tipos de reformulación.

El corpus se obtuvo a partir del registro en video y transcripción del conjunto de entrevistas individuales. Cada entrevista fue fragmentada y examinada enunciado por enunciado. Esto permitió generar etiquetas verbales que conformaron categorías a partir de las cuales se construyó un modelo explicativo.

Cada categoría representa un conjunto de unidades de registro concretas de un tipo determinado que se codificó previamente. Estas unidades incluirán además los datos vinculados al resultado de la evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas, por lo que constituirán una categoría más del procedimiento de codificación abierta y axial. De cada texto, entonces, se podrán abstraer varios esquemas de categorías que pueden ser integrados para permitir la construcción del modelo explicativo más pertinente.

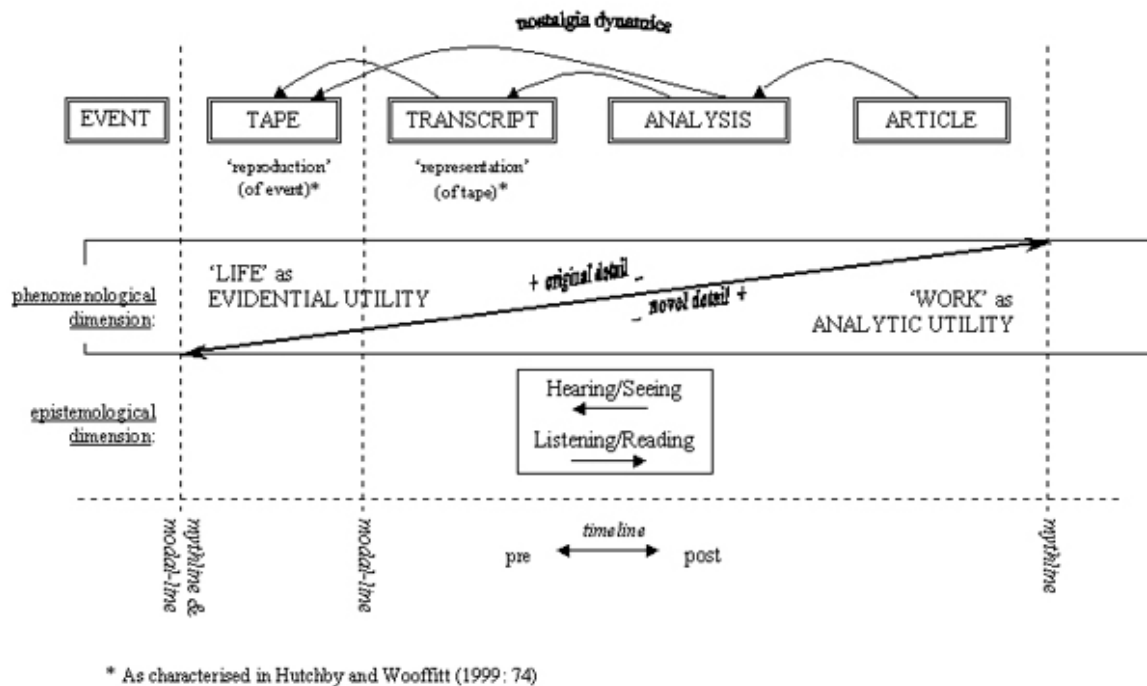
#### **4.12. Paradigma de codificación**

En investigación cualitativa no existe una forma única de realizar procedimientos de análisis de datos. Miles y Huberman (1994, como se cita en Pérez, 1994) proponen tres pasos para el proceso de análisis: la reducción de datos, la organización y presentación, y la interpretación y verificación. En el primer paso, a través de la codificación y categorización se pretende dar cuenta de ciertas relaciones que puedan aparecer en el corpus en distintos niveles. En el segundo paso, se realiza una conceptualización, se establecen relaciones entre conceptos, se comprueban hipótesis y emergen nuevos hallazgos. En el tercero, se realizan representaciones visuales de la información, se contrastan hipótesis, se visualizan las conclusiones, se triangulan datos, se determina el aporte inicial y se levanta el sistema categorial emergente como resultado del proceso.

Wooffitt (1999, como se cita en Ashmore y Reed, 2000) propone un esquema general de desarrollo de AC (figura 4.1). Este parte con la identificación de un evento o fenómeno que se quiere observar, luego se tiene la grabación que permite reproducir el evento las veces que sea necesario. Posterior a esto, aparece la transcripción que es la representación de la grabación y luego viene el proceso de análisis. En este esquema se hace relevante el

hecho de que cada una de las etapas mencionadas implica en algún momento volver a la etapa anterior. Así en la etapa de transcripción se hace una vuelta a la grabación, la cual está disponible para su revisión, esta vuelta se realiza con fines confirmativos y analíticos en donde el investigador cuestiona la transcripción de manera constante. La etapa de análisis implica revisión, cuestionamiento crítico de la transcripción y estando en este punto también podrá ser necesario reescuchar el fenómeno grabado. Esto se puede interpretar como una “dinámica de nostalgia” (Ashmore y Reed, 2000) que representa el regreso de la transcripción a la cinta. En este esquema general, el proceso se termina con la elaboración del artículo que hace referencia a la etapa de análisis.

**Figura 4.1** Esquema general aplicado a AC, en Ashmore y Reed, 2000



El AC, mediante ciertos procedimientos interpretativos y de codificación, pretende establecer inducciones respecto a un determinado fenómeno. A través de este enfoque y de acuerdo con Flick (2007), se identifica primero una declaración o una serie de ellas en las transcripciones como elemento potencial de orden en el tipo respectivo de conversación. Luego se reúne "una colección de casos", en los que este elemento se pueda encontrar. Sigue a esto un análisis de los métodos con los que se afrontan que son, por lo general y, por ejemplo, problemas organizativos. Así, un punto de *partida frecuente* para el análisis de *conversaciones* es investigar cómo comienzan ciertas conversaciones y qué prácticas lingüísticas se aplican para acabarlas de forma ordenada. El proceso de interpretación analítica es 'secuencial', es decir, se analizan declaraciones o interacciones de manera independiente a las declaraciones o interacciones posteriores (Flick, 2007). Cabe mencionar que el significado subjetivo o las intenciones de los participantes no son relevantes para el análisis, ya que lo que se analiza son las prácticas formales de organización de la interacción con énfasis en la reformulación

Como se ha mencionado anteriormente, no existe una forma única de realizar el procedimiento de análisis. Para la presente investigación se proponen los pasos siguientes:

1. **Codificación abierta:** se trata de un proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos, sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2002). En esta fase se lee la transcripción, línea por línea, se marcan citas y se codifica, es decir, se conceptualiza el código encontrado. Por ejemplo, en el texto puede marcarse una pregunta del participante “¿qué?” la cual puede codificarse como “solicitud de aclaración” lo que significa que es una señal de petición de aclaración de lo que se está diciendo, y el investigador seguirá revisando el corpus para encontrar más citas que puedan asociarse al código, podrá observar si el código es recurrente o no, o bien si aporta a caracterizar la reformulación o no. De esta manera el investigador dará nombre a lo que suceda en el corpus y revisará si esos nombres aluden a explicaciones coherentes de lo que está observando y revisará si existen relaciones entre los códigos sobre las cuales dar cuenta. Cabe señalar, que el proceso de codificación abierta es un proceso inductivo en donde los datos dialogan con el investigador y a partir de ello emergen los códigos que van a ir explicando las características del fenómeno en observación.
2. **Codificación Axial:** es un proceso en el que se procede a clasificar los códigos encontrados en el proceso anterior, acomodándolos en categorías. Las categorías representan un nivel más alto de análisis, o de abstracción respecto al fenómeno, y las categorías pueden expresarse como súper códigos (nivel medio de abstracción) o como familias/foco temático (nivel alto de abstracción). Aquí se pretende analizar conexiones de sentido de los elementos verbales, sus consecuencias, derivaciones e interpretaciones. Para ello es necesario identificar la variedad de condiciones, acciones/interacciones, y consecuencias asociadas al fenómeno (Strauss y Corbin, 2002). Cada uno de los componentes del paradigma debe responder a ciertas preguntas tales como ¿qué está sucediendo aquí? ¿qué causas? ¿qué consecuencias? ¿qué contextos? ¿Dónde? ¿por qué? Para responder a dichas preguntas, se utilizarán una serie de categorías (de nivel de familia o focos temático). Una de las primeras se llamará *fenómeno* en donde se incluirían los códigos vinculados a las actividades de reformulación conversacional, objeto de estudio de este trabajo. Las siguientes categorías de este paradigma serán *contexto*, *condiciones antecedentes*, *condiciones intervinientes*, *estrategias de intervención* y *consecuencias*. El objetivo principal será desmenuzar el fenómeno de la reformulación para encontrar características, reglas de uso, propiedades, etc.
3. **Codificación selectiva:** se trata de la última etapa en donde se sistematizan y presentan los conocimientos elaborados (Yuni y Urbano, 2005). Aquí se realiza el proceso de integrar y refinar la teoría, es decir, las categorías principales se integran para formar un esquema teórico superior (Strauss y Corbin, 2002) que dará cuenta de los conocimientos elaborados a partir de la observación de actividades de reformulación y así responder a las preguntas de investigación del presente trabajo.

En esta línea, se obtuvo un corpus a partir de 40 entrevistas, sobre las cuales se realizó la codificación, la generación de conceptos y el desarrollo de explicaciones a partir de los mismos datos, que luego fueron contrastados con el marco teórico previo.

## **CAPITULO 5**

### **RESULTADOS**

El análisis conversacional (AC) es un enfoque a través del cual se analizan datos empíricos de textos naturales con la finalidad de descubrir los mecanismos por medio de los cuales los actores otorgan significado a lo que les sucede, a lo que expresan y hacen ellos mismos (Bergmann, 2004, como se cita en Flick, 2007). El investigador recopila diversos datos que analiza en una primera vista y, luego, vuelve a re-analizar las veces que sea necesario para comprender mejor y poder elaborar los constructos y relaciones que son parte de la complejidad de la realidad observada. Como dicen Miles y Huberman (1984) es “un proceso interactivo y cíclico”.

La metodología cualitativa permite producir datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable (Taylor y Bodgan, 1987; Blasco y Pérez, 2007). El acercamiento a estos se inicia con una etapa de reflexión y dialogo con los datos, y el investigador está atento a cualquier característica o información que pueda emerger de los datos y estar asociada al fenómeno que se intenta explicar. La entrega de resultados es una de las fases finales en donde se intentará exponer el proceso de acuerdo a la metodología planteada.

A continuación, se presentarán los resultados de la presente investigación, la cual estará dividida en dos partes. En primer lugar, se presentarán los datos cuantitativos relacionados con las mediciones de las habilidades cognitivas evaluadas con los instrumentos antes descritos (cfr. capítulo 4). Se presentarán estadísticos descriptivos y pruebas bivariadas. Sobre esto es importante mencionar que el tamaño de la muestra es bajo desde un punto de vista cuantitativo, sin embargo, se ha seleccionado el tamaño de muestral de una forma intencionada y siguiendo en todo momento los criterios metodológicos propios de los análisis cualitativos, enfoque predominante en esta investigación. Desde este punto de vista, los análisis estadísticos que se presentan son descriptivos, preliminares y orientativos. Por lo tanto, otras decisiones metodológicas y otros resultados se podrían obtener si se continua con la línea de investigación aumentando los tamaños muestrales y realizando los análisis de los resultados desde un enfoque más cuantitativo, que actualmente se aleja de la propuesta del diseño propio de esta investigación.

En una segunda parte, se presentan los resultados concernientes al proceso de codificación que permitieron desarrollar el modelo selectivo, en donde se sistematizan y presentan los conocimientos elaborados (Yuni y Urbano, 2006) producto del trabajo de análisis.

#### **5.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS**

##### **5.1.1. Perfil neuropsicológico de los participantes**

Como se dijo anteriormente los participantes fueron divididos en dos grupos según su diagnóstico inicial: grupo control y grupo casos.

**Tabla 5.1** Resultados descriptivos de las pruebas neuropsicológicas de los participantes del grupo control y del grupo casos.

Test	Grupo	N	Media	DE	MÍN	MÁX
MMSE	CONTROL	10	27,30	2,983	21	30
	DTA	10	14,90	6,154	2	21
Pfeffer	CONTROL	10	0	0	0	0
	DTA	10	22,70	7,072	12	33
FAB	CONTROL	10	13,60	2,716	10	17
	DTA	10	8,10	4,149	0	13
FVS Animales	CONTROL	10	11,40	3,658	7	18
	DTA	10	5,60	2,503	2	10
FVS Acciones	CONTROL	10	10,50	5,968	4	21
	DTA	10	5,40	3,534	0	10
FVF-F	CONTROL	10	8,90	3,315	3	14
	DTA	10	2,80	2,486	0	8
FVF-A	CONTROL	10	8,60	4,351	4	17
	DTA	10	3,90	3,957	0	10
FVF-S	CONTROL	10	8,20	2,741	3	12
	DTA	10	4,50	3,240	0	9
RAVLT I	CONTROL	10	4,20	0,789	3	5
	DTA	10	1,80	1,619	0	4
RAVLT V	CONTROL	10	7,10	3,178	0	12
	DTA	10	3,10	1,729	0	5
RAVLT - VI	CONTROL	10	5,00	2,261	3	9
	DTA	10	1,80	1,317	0	3

RAVLT - VII	CONTROL	10	4,60	2,875	0	8
	DTA	10	0,50	0,972	0	3
RAVLT - R	CONTROL	10	7,80	1,476	5	10
	DTA	10	2,10	1,197	0	3
SPAN DD	CONTROL	10	4,40	0,516	4	5
	DTA	10	3,90	1,101	3	6
SPAN DI	CONTROL	10	3,30	0,675	4	5
	DTA	10	2,10	1,370	0	4

Para cada uno de ellos, la evaluación contempló la elaboración de un perfil cognitivo que estuviera en concordancia con los criterios de inclusión para conformar ambos grupos. En la siguiente tabla pueden verse la media de los resultados de cada test por grupo.

## 5.1.2. Comparación de medidas por test aplicado

**5.1.2.1. *Minimal State (MMSE)*:** test de cribado que evalúa habilidades cognitivas y que tiene un puntaje total de 30. El promedio de resultados es de 27,3 para el grupo control lo que quiere decir que el puntaje está por encima del criterio de corte de sospecha de demencia que de acuerdo con la versión chilena es de 21/22 (Quiroga et al., 2004). Por lo tanto, el puntaje indica que los participantes del grupo control tienen un rendimiento cognitivo normal. En cambio, en el grupo casos vemos que la media es de 14,90 lo que indica que el puntaje obtenido está por debajo del criterio de corte para la prueba, lo que quiere decir que el MMSE indica deterioro cognitivo para el grupo casos tal como se esperaba para la muestra de estudio.

**5.1.2.2. *Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer*:** de acuerdo a este cuestionario, aquellos que obtengan un puntaje igual o superior a 6 se considera con algún grado de dependencia. En el caso de los participantes del grupo control, todos obtuvieron un puntaje 0, lo que quiere decir que todos los participantes control son independientes y autovalentes. En el caso de los participantes con DTA, estos tienen un promedio de 22,7, lo que indica que presentan una dependencia moderada. Un MMSE bajo el punto de corte y un cuestionario Pfeffer sobre 6 ratifica la presencia de demencia (Quiroga et al., 2004).

**5.1.2.3. *Prueba de evaluación frontal (FAB)*:** prueba que evalúa funciones frontales a través de seis pruebas (semejanzas, fluidez verbal -flexibilidad mental-, series motoras -programación-, interferencias, control inhibitorio de respuestas y autonomía). Los resultados indican que el puntaje promedio del grupo control es

de 13,6, puntaje que está por debajo del criterio de corte de 16 puntos presentados por Dubois y colaboradores (2000) y por debajo de los puntajes promedios obtenidos en la población argentina (15/16) (González et al., 2017), pero dentro de la desviación estándar presentada en esa investigación, por lo que el rendimiento en esta prueba puede interpretarse como normal bajo. Una explicación posible es la interferencia del nivel de instrucción ya que solo un participante cuenta con más de 12 años de escolaridad, dos presentan menos de 8 años y el resto entre 8 y 12. De acuerdo con el trabajo de análisis sobre las influencias de variables sociodemográficas en los puntajes de la FAB, realizado por Aschiero y colaboradores en población argentina (2019), el nivel de escolaridad es la variable más sensible incluso comparada con la edad (en el estudio de Aschiero, los puntajes disminuyen discretamente con la edad, pero las diferencias no son significativas como en el caso del nivel de instrucción), aunque de todas maneras, los resultados aquí obtenidos siguen siendo menores a esta referencia. En relación con el grupo casos la media es de 8,10, estando por debajo del puntaje de corte para la prueba (15/16) y por debajo de la desviación estándar de los puntajes argentinos (González et al., 2017), lo que indica que las personas de este grupo tienen un grado de disfunción ejecutiva.

**5.1.2.4. *Fluidez verbal Semántica Animales:*** prueba que mide la capacidad de almacenamiento léxico, recuperación de la información y funciones ejecutivas que se realiza solicitando a la persona que mencione todos los animales que conozca en un minuto. El puntaje promedio de rendimiento del grupo control es de 11,4, puntaje que está por debajo de la media de datos normativos para la población hispano hablante cuyos promedios en adultos mayores normales oscilan entre 12,85 y 24,76 (Ramírez et al., 2005). Cabe señalar que en el trabajo de Ramírez y colaboradores (2005), en donde comparan los resultados de cinco investigaciones en hispanohablantes, se observó que la principal baja de puntajes se relaciona con la edad y mucho más con el nivel de escolaridad. Chávez-Oliveros y colaboradores (2015) publican valores normativos para 1233 adultos mayores mexicanos, en este trabajo presentan percentiles por edad y escolaridad. De acuerdo con esta investigación el promedio de este trabajo se encuentra en el percentil 25, indicando un rendimiento normal bajo. En este mismo ítem, los participantes casos obtuvieron un puntaje aún más inferior, con una media de 5,60, indicando que este grupo presenta dificultades mayores con respecto al grupo control. Si tomamos como referencia el trabajo de Ivanova (2020) la media en fluidez verbal semántica de animales oscila entre 3,34 y 9,8 cuando se trata de personas con DTA, por lo tanto, podríamos afirmar que el puntaje obtenido por el grupo casos de este trabajo es coincide con la condición de DTA para este grupo.

**5.1.2.5. *Fluidez verbal semántica Acciones:*** prueba que se ejecuta igual que la anterior, pero en este caso con verbos. Las investigaciones relacionadas con este tipo de tarea indican que en general, el rendimiento se mantiene bastante estable a lo largo de los años y que tiende a descender en patologías en los que las funciones ejecutivas se ven descendidas, por lo tanto, se entiende que la fluidez de acciones es sensible a la integridad del circuito neural fronto-subcortical y que es una medida válida de las funciones ejecutivas y del lenguaje (Piatt et al., 2004). El puntaje promedio del grupo control para esta tarea es de 10,5; los datos normativos se encuentran entre 9,12 y 18 de acuerdo con la investigación en población argentina (Abraham, et al., 2008). Por lo tanto, el puntaje promedio del grupo

control se encuentra entre valores normales de rendimiento. Con respecto al grupo casos, la media es de 5,40, puntaje que se encuentra por debajo de la desviación estándar presentado en el trabajo citado, por lo que el desempeño de los participantes de este grupo en esta tarea muestra un déficit. En la investigación realizada por Delbeuck y colaboradores en 2013 en hablantes franceses, se pretende diferenciar a pacientes con DTA de aquellos que sufren de demencia por cuerpos de Lewy a través de las puntuaciones en fluencia verbal de acciones y de sustantivos. En este trabajo las personas con DTA obtuvieron mejor puntaje que las personas con demencia por cuerpos de Lewy, los que oscilaron entre 4,41 y 13,67 puntos. La media obtenida para el grupo casos, en la presente investigación, estaría dentro de este rango.

**5.1.2.6. *Fluidez Fonológica FAS:*** la fluidez verbal fonológica se midió con los fonemas F, A y S. Los promedios obtenidos para el grupo control fueron 8,9, 8,6 y 8,2 respectivamente. De acuerdo con las normas peruanas presentadas en el trabajo de Soto-Añari y colaboradores (2012), el promedio para la fluidez fonológica con F es de 9,39 con una desviación estándar de 3,42; el promedio para la fluidez fonológica con A es de 10,09 con una desviación estándar de 3,67. En el caso de las normas argentinas, el promedio de la fluidez fonológica con F en adultos mayores es de 9,9 con una desviación estándar de 3,3 (Marino y Alderete, 2010). Por lo tanto, comparando los datos de estas investigaciones con el rendimiento de los participantes del grupo control, estos estarían con un desempeño normal bajo. Si se considera el sumatorio de las tres tareas (FAS) en el trabajo sobre valores normativos de FAS en la población mayor de 60 años, el puntaje promedio es de 24,5 (Rami et al., 2007) mientras que el de los participantes control de este trabajo es de 25,7, por lo que el nivel de desempeño se considera dentro de la norma.

En relación con el grupo casos, el resultado de la fluidez fonológica es de 2,8 para el fonema F, de 3,9 para la A y 4,5 para la S. Los tres puntajes están por debajo de los valores indicados como normales y, por lo tanto, se considera que son representativos de la patología de base. El sumatorio total del desempeño en las tres letras da un puntaje de 11,2, que está por debajo del puntaje promedio obtenido en la investigación de Clark y colaboradores (2009) cuyo valor es de 19,8, pero dentro del rango de la desviación estándar para la población con DTA prevalente. En el análisis de la fluencia verbal en personas con DTA de Weakley y Schmitter-Edgecombe (2014) encuentran que la media es de 23,40 para los puntajes totales. Cabe señalar que los participantes de esta investigación eran personas, en su mayoría con demencia leve o muy leve, de acuerdo a la escala CDR (*Clinical Dementia Rating*, Hughes et al., 1982).

**5.1.2.7. *Test de memoria verbal de Rey (RAVLT):*** esta prueba trata de evaluar la memoria auditiva inmediata y la curva de aprendizaje, los puntajes se obtienen de acuerdo con las palabras recordadas en cada ensayo (*trail*). Los puntajes más relevantes son el *trail I*, *trail V*, *trail VI* (post interferencia) y *trail VII* (recuerdo diferido). De acuerdo con las normas mexicanas publicadas (Sánchez-Nieto, et al., 2016) el *trail I* tiene como promedio un puntaje entre 2,9 y 5,7; para el *trail V* entre 6,6 y 11,5; para el *trail VI* entre 4,6 y 10,8; y para el *trail 7* entre 4,6 y 11,6. Los participantes del grupo control de este trabajo, para los mismos ensayos, obtuvieron 4,2 / 7,1 / 5 / 4,6. Como puede apreciarse los puntajes pueden interpretarse como normales. En relación con el grupo casos, los puntajes fueron de 1,8 y 3 para el *trail I* y *V*, respectivamente, con lo que se evidencia que la curva



de aprendizaje está descendida. En el *trail* VI se registra un puntaje promedio de 1,8 lo que indica una alta sensibilidad a la interferencia. Finalmente en recuerdo diferido (*trail* VII) se obtiene una media de 0,50, lo que demuestra una muy baja capacidad de recordar palabras luego de un tiempo. La pérdida de información se ratifica con la actividad de reconocimiento en donde se obtiene una media de 2,10. En resumen, la prueba muestra dificultades de memoria que son consistentes con el diagnóstico de DTA. En otros trabajos se usa como referencia el sumatorio de los *Trail* del I al V, las personas con DTA inicial obtienen puntajes que van desde 14,99 a 29,9 (Ricci et al, 2012; Jin et al, 2019) mientras que las personas con deterioro cognitivo leve (DCL) obtienen puntuaciones entre 19,3 y 40,8 (Clarens et al., 2020). Para los participantes de la presente investigación, el puntaje del sumatorio de los *Trail* I-V da como resultado 13,7, un valor más bajo que el de los trabajos citados, lo que podría deberse a que estos incluyen solo personas con DTA muy leve o inicial, mientras que la muestra de este trabajo incluye sujetos con DTA de leve a moderado.

**5.1.2.8. *Span de Dígitos:*** prueba que mide memoria a corto plazo y memoria operativa solicitando a la persona que repita series de números en orden directo o inverso. El promedio obtenido para el grupo control en *span* de Dígitos Directos (DD) es de 4,4, y en el *span* de Dígitos Inversos (DI) 3,3. El primer puntaje que correspondería a un percentil 10 y el segundo a un percentil 50, si lo comparamos con los resultados obtenidos sobre datos normativos en el trabajo de García-Morales y colaboradores (1998). En el caso de los dígitos directos, la investigación de Sebastián y Mediavilla en población española (2015) reporta normas que van entre 4,23 y 4,88 para mayores entre 65 y 90 años. De acuerdo a este último estudio los puntajes obtenidos por los participantes de esta investigación en *span* de dígitos directos puede calificarse como dentro de lo esperado para sujetos mayores normales.

En relación con el grupo casos, en el *span* de DD se registra una media de 3,9 y para DI una media de 2,1. Ambas medias indican una posición por debajo de la norma de acuerdo con los trabajos citados y, por lo tanto, el desempeño del grupo casos es coherente con el diagnóstico de DTA. En un estudio realizado en Perú (Custodio et al., 2012) en donde se comparan las características neuropsicológicas de personas con demencia frontotemporal y personas con DTA, la media de los DD para personas con DTA es de 3,3 y para los DI de 3,2. En el trabajo de Sánchez Benavídez (2012), los puntajes de las personas con DTA son de 4,65 para DD y 2,74 para los DI. Como es posible apreciar los puntajes obtenidos en el presente trabajo para el grupo casos estarían dentro de los rangos publicados.

**5.1.2.9. *Comparación de ambos grupos:*** para hacer la comparación se debe recordar lo descrito el principio de este capítulo en relación al N y a los propósitos de estas descripciones (página 77). La prueba elegida para hacer esta comparación es la prueba t de Student, y se seleccionó para establecer si existen diferencias significativas entre los grupos. En la siguiente tabla se puede apreciar los resultados de la aplicación de la prueba t de Student para la igualdad de medias. Los resultados indican que la mayoría de los tests aplicados son diferentes para ambos grupos de manera estadísticamente significativa, excepto para el *span* de Dígitos Directos.

**Tabla 5.2** Resultados prueba T-Student para comprobar la igualdad de medias.

Test	Grupo	M	DE	T-Student	P	gl	$\Delta$ cohen
MMSE	CONTROL	27,30	2,983	-5,733	0,00	18	-2,564
	DTA	14,90	6,154	-5,733			
Pfeffer	CONTROL	0,00	0,000	10,151	0,00	18	4,539
	DTA	22,70	7,072	10,151			
FAB	CONTROL	13,60	2,716	-3,507	0,003	18	-1,569
	DTA	8,10	4,149	-3,507			
FVS Animales	CONTROL	11,40	3,658	-4,138	0,001	18	-1,851
	DTA	5,60	2,503	-4,138			
FVS Acciones	CONTROL	10,50	5,968	-2,325	0,032	18	-1,040
	DTA	5,40	3,534	-2,325			
FVF-F	CONTROL	8,90	3,315	-4,656	0,00	18	-2,082
	DTA	2,80	2,486	-4,656			
FVF-A	CONTROL	8,60	4,351	-2,527	0,021	18	-1,130
	DTA	3,90	3,957	-2,527			
FVF-S	CONTROL	8,20	2,741	-2,757	0,013	18	-1,233
	DTA	4,50	3,240	-2,757			
RAVLT- I	CONTROL	4,20	0,789	-4,213	0,01	18	-1,885
	DTA	1,80	1,619	-4,213			
RAVLT - V	CONTROL	7,10	3,178	-3,496	0,03	18	-1,564
	DTA	3,10	1,729	-3,496			
RAVLT - VI	CONTROL	5,00	2,261	-3,868	0,01	18	-1,730
	DTA	1,80	1,317	-3,868			

<b>RAVLT - VII</b>	<b>CONTROL</b>	4,60	2,875	-4,272		18	
	<b>DTA</b>	0,50	0,972	-4,272	0,00		-1,911
<b>RAVLT - R</b>	<b>CONTROL</b>	7,80	1,476	-9,485		18	
	<b>DTA</b>	2,10	1,197	-9,485	0,00		-4,242
<b>SPAN DD</b>	<b>CONTROL</b>	4,40	0,516	-1,301		18	
	<b>DTA</b>	3,90	1,101	-1,301	0,210		-0,582
<b>SPAN DI</b>	<b>CONTROL</b>	3,30	0,675	-2,484		18	
	<b>DTA</b>	2,10	1,370	-2,484	0,027		-1,111

Como se puede apreciar en la tabla 5.2, claramente existen diferencias con una tendencia estadísticamente significativa entre los resultados de las evaluaciones de ambos grupos, lo que ratifica la diferencia dada por el diagnóstico (con o sin demencia). La única prueba en la que no se observan diferencias significativas es la de span de dígitos directos, en donde los adultos mayores del grupo control obtienen puntajes más descendidos que los esperados para este grupo etario.

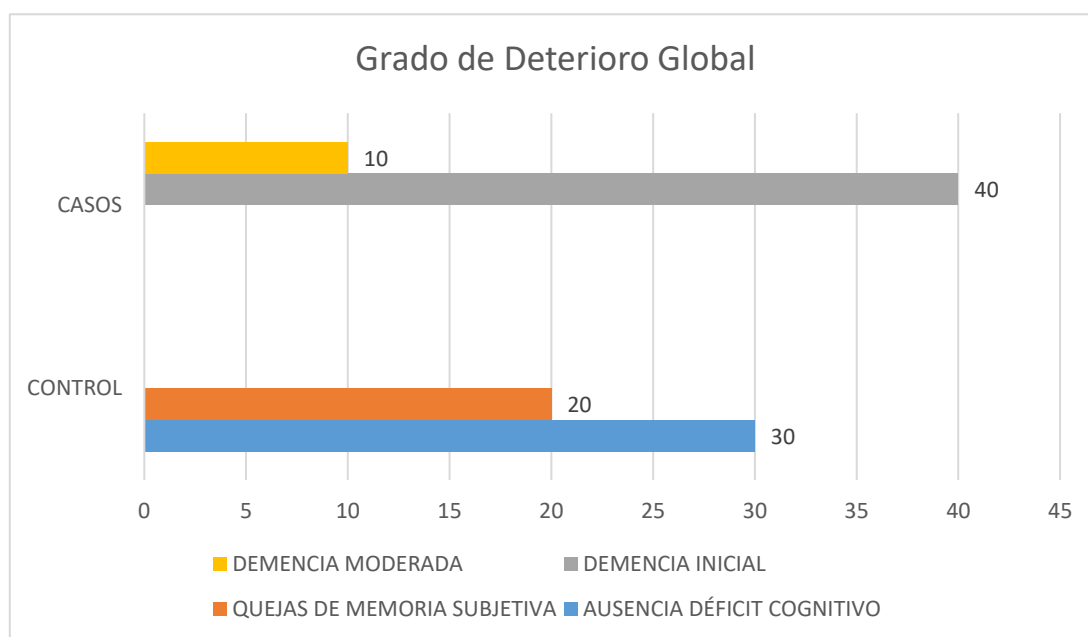
### 5.1.3. Grado de Deterioro Global

El Grado de Deterioro Global se obtiene aplicando una escala de gradación (GDS, Reisberg, et al., 1982) y para utilizarla es necesario integrar el conocimiento obtenido por la evaluación con pruebas objetivas y por la entrevista clínica en donde se recopilan datos subjetivos de la historia de los sujetos. De acuerdo a la escala, como se ha comentado en capítulos precedentes, un GDS-1 significa ausencia de déficit cognitivo, un GDS-2 un déficit cognitivo muy leve con quejas más bien subjetivas, GDS-3 corresponde al DCL, un GDS-4 a DTA leve o inicial, un GDS-5 a DTA moderado, un GDS-6 a un DTA moderado a grave y un GDS-7 a un DTA grave (revisar Anexo 2).

**Tabla 5.3** Frecuencias del grado de deterioro global registradas en los participantes.

GRADO DE DETERIORO GLOBAL		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Grupo Control	AUSENCIA DÉFICIT COGNITIVO (GDS-1)	6	30,0	30,0	30,0
	QUEJAS DE MEMORIA SUBJETIVA (GDS-2)	4	20,0	20,0	50,0
Grupo Casos	DEMENCIA INICIAL (GDS-4)	8	40,0	40,0	90,0
	DEMENCIA MODERADA (GDS-5)	2	10,0	10,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

**Gráfico 5.1.** Porcentaje del grado de deterioro global registradas en los participantes por grupos



En el gráfico 5.1 puede verse el porcentaje del total de participantes de la presente investigación según la escala GDS. Aquellos calificados con GDS-1 y 2 pertenecen al grupo control y los calificados con GDS-4 y 5 corresponden al grupo casos. En la tabla 5.3 pueden observarse que de los 10 participantes del grupo control 4 presentan quejas subjetivas de memoria. En el grupo casos, formado por personas con DTA, 8 presentan demencia inicial, es decir, GDS-4 y solo 2 demencia moderada GDS-5.

#### **5.1.4. Resultados de evaluación del Lenguaje mediante el Test de Boston Abreviado**

El Test de Boston Abreviado (TBA) es una prueba de evaluación del lenguaje para pacientes con afasia. Se aplica a personas con demencia con la finalidad de obtener un perfil sobre las características de la alteración del lenguaje que pueda poseer esa población. El análisis del lenguaje desde el punto de vista del TBA también es pertinente en el análisis del lenguaje en personas adultas mayores, sin embargo, la aplicación de este en el grupo control no fue posible debido al aislamiento obligatorio que se inició en el 2019 por COVID-19, esta circunstancia hizo imposible volver a los sujetos participantes de esta investigación. Por esta razón, los datos del test se presentan en un título aparte.

En la siguiente tabla puede verse el perfil de la alteración del lenguaje de cada participante y su grado de severidad según la versión TBA (Goodglas, et al, tercera edición, 2005), en la tabla se incluye los resultados del puntaje bruto del test de vocabulario (TVB).

**Tabla 5.4 Resultados del Test de Boston Abreviado**

Participantes grupo Casos	Escala de Severidad	TVB	Fluidez	Habla de conversación y Exposición	CA	Articulación	Recitado	Repetición	Denominación	Parafasia	Lectura	Escritura
<b>1</b>	4	9	100	100	60	100	100	100	70	74	74,14	60
<b>2</b>	4	9	100	100	72	100	100	100	85	94	80	80
<b>3</b>	4	5	92,5	100	70	100	100	100	80	76	72,86	10
<b>4</b>	3	4	90	100	53,54	100	100	80	53,34	72	72,86	56,25
<b>5</b>	4	8	100	100	63	100	100	100	85	86	84,29	56,88
<b>6</b>	1	2	76,67	50	0	100	20	30	30	74	24,28	0
<b>7</b>	2	4	100	100	43	100	100	80	30	88	56	43
<b>8</b>	3	9	100	100	43,34	100	100	80	70	84	84,29	88,75
<b>9</b>	3	7	100	100	63	100	100	100	83,33	88	88,57	73,75
<b>10</b>	4	9	100	100	76,7	100	100	100	86,67	94	77,14	73,75
<b>Media</b>	3,20	6.6	95,92	95,00	54,46	100	92,00	87,00	67,33	83,00	71,44	54,24
<b>Moda</b>	4	9	100	100	43	100	100	100	30	74	73	74
<b>Mediana</b>	3,5	7,5	100	100	61,5	100	100	100	75	85	75,5	58,5
<b>DE</b>	1.03	2.63	7,70	15,81	22,22	0	25,30	22,14	22,14	8,39	18,87	29,22
<b>Mínimo</b>	1	2	77	50	0	100	20	30	30	72	56	0
<b>Máximo</b>	4	9	100	100	77	100	100	100	86,7	94	88,5	88,7

*Nota:* En esta tabla se muestran los resultados de la aplicación del Test de Boston Abreviado y del Test de Vocabulario (TVB). Los puntajes de cada ítem se expresan en percentiles, cada percentil es el promedio del puntaje de los diversos ítems que corresponde a cada componente del perfil: Comprensión Auditiva (CA), articulación, recitado, etc. En el caso del TVB en su versión abreviada, se presenta el puntaje bruto ya que su percentil está incluido en el promedio presentado en la dimensión de denominación. Al final de la tabla se menciona la media y la desviación estándar (DE).

En la tabla 5.4 puede apreciarse que la mayoría de las personas con DTA presentan en general un buen rendimiento en fluidez, habla de conversación y exposición, en articulación, en recitado, y en repetición. Las principales alteraciones se observan en comprensión auditiva (CA) y denominación, existiendo algunas parafasias y algunos fallos en lectura y escritura. Cabe mencionar que la participante O. V. presenta dificultades de comprensión de manera acentuada lo que hizo difícil la aplicación de la prueba ya que presentó además conductas de evasión ante las solicitudes de las tareas, por ejemplo, en escritura sólo quiso escribir su nombre, pero luego no quiso hacer nada más, el percentil es cero debido a la falta de respuestas viables para evaluar, más que a la dificultad misma de comprender palabras y textos cortos orales. El grado de severidad se puntuó como 1 no porque sus expresiones fueran incompletas o ininteligibles sino debido a que la responsabilidad de la interacción recaía principalmente en el interlocutor, ella seguía siendo fluente, pero presentaba desvíos del tópico que interferían en la comprensión del oyente e interfería en las respuestas que era capaz de entregar. Solo dos participantes tienen un compromiso mayor en su perfil lingüístico traducido a un grado de severidad 1 y 2, y son justamente aquellos que además figuran con GDS-5 (Ver anexo 2).

Aranda y colaboradores (2017) estudian el lenguaje en las diferentes etapas de Alzheimer usando el TBA en población española, con una muestra de 32 pacientes, ocho de los cuales se encuentran en fase inicial. En este trabajo se observa que los percentiles medios asociados a denominación (45) y a parafasias (50) son más bajos que la media de esta muestra. Algo distinto ocurre con los percentiles medios de CA (75) que en este caso es más alto. Por otra parte, el TVBA del trabajo citado tiene una media de 7, muy cercano al obtenido en esta investigación. Estas diferencias pueden deberse a que las muestras son muy pequeñas y que es necesario ampliarlas para poder generalizar sobre los puntajes.

En la literatura hay pocos trabajos sobre población mayor sana, pero es posible mencionar la normalización ecuatoriana del TBA informa medias para distintos grupos de edades (Donoso Hermosa, 2015). Para personas mayores sanas entre 60 y 69 años la media del percentil de la comprensión auditiva es de 78.6, de la denominación 92.1, de la lectura 84,3 y de la escritura 85,3; y para personas de más de 70 la media de la comprensión auditiva es de 82,1 y para la denominación 94.6, y para lectura y escritura de 87.7 y 87.6 respectivamente.

En relación con la prueba de vocabulario del test de Boston o como es conocida la prueba *Boston Naming Test* (BNT) se usó la versión abreviada dado que se reconoce que es útil en el diagnóstico de la DTA (Mack, et al., 1992; Calero et al., 2002; Nebreda, 2011). La media obtenida para el grupo casos puede verse en la tabla 5.4, en donde el puntaje corresponde a 6,6 con una DE de 1,03. El criterio de corte para esta prueba es de 10 puntos (Calero et al., 2002); por lo tanto, el puntaje promedio está por debajo de la norma, siendo también consistente con el diagnóstico de DTA. Respecto a aplicaciones de versiones reducidas en ancianos sanos, existen pocos trabajos publicados en poblaciones Hispanohablantes, pero es posible hacer referencia al trabajo de Fernández-Blázquez y colaboradores (2012) que con una muestra de 547 sujetos analizaron el BNT y propusieron una versión abreviada de 15 ítems con una alta fiabilidad y ajustado a la edad y nivel de educación. Así propusieron medias para los 65-72 años de  $12,29 \pm 1,84$  (con educación primaria) y de  $13,41 \pm 1,87$  (con educación de bachiller y superior); para los sujetos de 73-80 años con menos estudios de  $11,29 \pm 2,38$  y de  $12,30 \pm 1,67$  para quienes tenían más estudios. Para personas mayores de 81 años propusieron una media de  $10,83 \pm 2,21$  y de  $12,21 \pm 1,85$  según el nivel educativo. Otros datos normativos que

se pueden citar son los de Bezdicek y colaboradores (2021) que, con una muestra checa de 754 participantes entre 60 y 96 años, proponen una media de  $13,02 \pm 1,91$ .

#### **5.1.5. Resultados de la evaluación de habilidades metalingüísticas mediante el Test MetAphAs**

Dado que parte de este test es utilizado como prueba conversacional y dado que es un test cualitativo, se presentan los resultados de forma independiente a la evaluación neuropsicológica. Como ya se ha dicho (cfr. capítulo 4) el objetivo de *MetAphAs* es evaluar las habilidades metalingüísticas a través de la valoración de las secciones que lo componen tales como las siguientes: lenguaje interior, capacidad para inhibir, discurso referido, control de procedimientos semióticos, habilidades parafrásticas y fenómenos asociados, usos desplazados del lenguaje y teoría de la mente. El protocolo está dividido en 6 secciones y los puntajes obtenidos totales pueden verse en la tabla 5.5, mientras que los resultados por grupo pueden verse en la tabla 5.6 y 5.7. En estas tablas se muestran las medidas de tendencia central, porque ayudan a interpretar de forma más precisa la distribución de las frecuencias, en relación con al comportamiento del centro de la curva, es decir, si estas se distribuyen de forma normal (puntuaciones extremas o mínimas o máximas).



**Tabla 5.5** Resultados de los puntajes obtenidos en MetAphAs en toda la muestra. Se muestran puntajes por sección y los puntajes totales

Participantes	GDS	SECCION	SECCION	SECCION	SECCION	SECCIÓN	SECCIÓN	TOTAL	%
		1	2	3	4	5	6		
1	4	16	16	15	13	29	23	112	70%
2	4	14	16	11	11	20	29	101	63%
3	4	14	17	8	15	14	24	92	58%
4	4	8	13	4	8	10	25	68	44%
5	4	20	18	16	13	38	32	137	86%
6	5	1	5	7	0	2	6	21	13%
7	5	4	4	6	4	2	10	30	19%
8	4	11	19	4	10	30	33	107	67%
9	4	9	16	14	11	27	26	103	64%
10	4	8	17	10	6	16	19	76	48%
11	1	23	20	19	14	38	40	154	96%
12	1	23	20	20	14	36	38	151	94%
13	1	23	19	19	14	38	38	151	94%
14	1	23	20	16	14	40	39	152	95%
15	1	21	20	18	16	39	30	144	90%
16	2	21	19	19	16	39	33	147	90%
17	2	24	19	17	16	32	36	144	90%
18	2	21	20	19	14	34	32	140	88%
19	1	22	20	18	12	38	34	144	90%
20	2	17	20	15	14	31	33	130	81%

**Tabla 5.6** Resultados descriptivos de los puntajes obtenidos del grupo casos por sección de la prueba MetAphAs

Grupo Casos	Sección 1	Sección 2	Sección 3	Sección 4	Sección 5	Sección 6
Media	10,5	14,1	9,5	9,1	18,8	22,7
Mediana	10	16	9	10,5	18	24,5
Moda	8,00	16,00	4,00	11,00	2,00	6,00
Desv. típ.	5,7	5,3	4,4	4,6	12,2	8,8
Rango	19	15	12	15	36	27
Mínimo	1	4	4	0	2	6
Máximo	20	19	16	15	38	33

**Tabla 5.7** Resultados descriptivos de los puntajes obtenidos del grupo control por sección de la prueba MetAphAs

Grupo control	Sección 1	Sección 2	Sección 3	Sección 4	Sección 5	Sección 6
Media	21,8	19,7	18,0	14,4	36,5	35,3
Mediana	22,5	20,0	18,5	14,0	38,0	35,0
Moda	23	20	19	14	38	33
Desv. típ.	1,99	0,48	1,56	1,27	3,14	3,37
Mínimo	17	19	15	12	31	30
Máximo	24	20	20	16	40	40

El test *MetAphAs* está dirigido a pacientes que sufren algún tipo de afasia, pero es útil para evaluar a personas con demencia (González et al.; 2019). Para hacer referencia a los puntajes normales se citará el trabajo de Mac-kay y colaboradores (2020) que indaga el desempeño en este test de adultos mayores sanos en población chilena. Para el grupo control, en relación con la sección 1 la media es de 21,8, y, de acuerdo con el trabajo citado, este puntaje se encuentra en un percentil 60. En la sección 2, obtienen una media de 19,7 que equivale a un percentil de 40 a 50. En cuanto a la sección 3, este grupo presenta un percentil 40, ya que su puntaje es de 18 puntos. Para la sección 4 se registra un puntaje promedio de 14,4, equivalente a un percentil 40. En la sección 5 se obtiene una media de 35,5 lo que se traduce en percentil de 70 a 80. Finalmente, en la sección 6 se registró una media de 35,3, correspondiendo un percentil de 40 a 50.

En relación con los sujetos del grupo casos, en la sección 1 la media es de 10,1, en la sección 2 la media es de 14,1, la sección 3 registra una media de 9,5, la sección 4 una media de 9,1, en la sección 5, 18,8 y por último en la sección 6 se obtiene una media de 22,7. Todos estos puntajes se ubican por debajo del percentil 10 de acuerdo con el trabajo de Mac-Kay y colaboradores (2020).

Los peores puntajes del grupo casos se relacionan con la sección 1, 3 y 5, es decir, y respectivamente, con los siguientes aspectos: lenguaje interior, capacidad de inhibir y discurso diferido; habilidades parafrásticas y fenómenos asociados; y capacidad de monitorización y marcas de contextualización. La sección 1 es de relevancia para la regulación de la práctica verbal, y como mecanismo autorregulador de procesos mentales o estados emotivos, y los bajos puntajes en este grupo puede estar indicando un déficit de esta habilidad que afectará a su elaboración de lenguaje. La sección 3 se vincula principalmente con la capacidad de denominación y la presencia de circunloquios, parafasias, neologismos y dificultades de acceso al léxico, por lo que los puntajes bajos pueden ser reflejo de esas alteraciones. La sección 5, por último, se relaciona con los fenómenos de auto-corrección, hetero-corrección, la capacidad de co-construcción sintáctica, adaptación al contexto y anticipación léxica; de esta forma, al obtener los puntajes bajos se relacionan con la disminución de estas capacidades.

Como puede apreciarse, los sujetos del grupo casos tienen un desempeño bajo comparado con los sujetos control en cuanto a habilidades metalingüísticas que mide el test *MetAphAs*. Adicionalmente se aplica la prueba de Anova de un factor comparando los puntajes en relación con el grado de deterioro global, para revisar si existen diferencias reales entre los grupos de acuerdo al GDS. Es importante recordar que el uso de estas pruebas es descriptiva, preliminar y orientativa dado el N reducido de la muestra. Los resultados se exponen en la tabla 5.7.

**Tabla 5.8** Resultados de prueba Anova de un factor

(I) GDS	(J) GDS	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Sano	Quejas de memoria subjetiva	9,08333	9,58865	,780
	Demencia inicial	49,83333*	8,02244	,000
	Demencia moderada	123,83333*	12,12879	,000
Quejas de memoria subjetiva	Sano	-9,08333	9,58865	,780
	Demencia inicial	40,75000*	9,09660	,002
	Demencia moderada	114,75000*	12,86453	,000
Demencia inicial	Sano	-49,83333*	8,02244	,000
	Quejas de memoria subjetiva	-40,75000*	9,09660	,002
	Demencia moderada	74,00000*	11,74365	,000
Demencia moderada	Sano	-123,83333*	12,12879	,000
	Quejas de memoria subjetiva	-114,75000*	12,86453	,000
	Demencia inicial	-74,00000*	11,74365	,000

En la tabla 5.8 puede apreciarse que hay diferencias significativas entre el grupo control (GDS 1 y 2) y el grupo casos. Dentro de este último aquellos con demencia inicial tienen diferencias significativas en comparación con aquellos pacientes que tienen demencia moderada. Lo que quiere decir que los dos sujetos con GDS 5, de esta muestra, presentaron de forma significativa peores puntajes en *MetAphAs* que los que tienen GDS 4. Por otro lado, parece de interés destacar que no se observan diferencias significativas al comparar las personas sin quejas cognitivas con las que tienen quejas subjetivas de memoria.

#### **5.1.6. Presentación de correlaciones entre el GDS, las pruebas cognitivas y lingüísticas**

A continuación, se presentan los resultados del análisis de correlaciones entre el nivel de deterioro global y los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas y lingüísticas. En la tabla 5.9 se observan los valores de la correlación considerando el total de la muestra. En esta tabla no se consideran los datos del test de Boston debido a que la aplicación del test se realizó sólo al grupo casos (ver punto 5.4).

Respecto a la interpretación, es posible señalar que la variable edad correlaciona de forma negativa y significativa con todas las pruebas utilizadas excepto con GDS. Esto indica que, a mayor edad, se obtienen menores puntajes tanto en los test neuropsicológicos como en el *MetAphAs*. En cuanto a la escolaridad, se observa que tiene especial influencia en el Span de dígitos inversos presentando una correlación positiva, es decir, a mayor escolaridad mejor rendimiento en esta tarea evaluativa. Dicho de otro modo, una persona del grupo control logra mejores puntajes en Span de dígitos inversos si tiene más años de escolaridad, y que en una persona del grupo casos también se observará lo mismo, aunque el puntaje bruto de este grupo siempre estará por debajo de los puntajes del grupo control, debido a su DTA.

**Tabla 5.9** *Correlación entre edad, escolaridad y grado de deterioro global y test cognitivos y lingüísticos de la muestra completa*

	EDAD	Esc.	GDS	MMSE	FAB	FVS ANIMALES	FVS ACCIONES	FVF	RAVLT I a V	RAVLT VII	RAVLT R	SPAN DD	SPAN DI	MetAphAs
<b>EDAD</b>	1													
<b>Esc</b>	-.039	1												
<b>GDS</b>	,632**	,08	1											
<b>MMSE</b>	-.435	,17	-.885**	1										
<b>FAB</b>	-.494*	,118	-.777**	,872**	1									
<b>FVS ANIMALES</b>	-.545*	,019	-.803**	,773**	,735**	1								
<b>FVS ACCIONES</b>	-.519*	,338	-.630**	,631**	,690**	,745**	1							
<b>FVF</b>	-.670**	,192	-.756**	,779**	,832**	,836**	,730**	1						
<b>RAVLT I a V</b>	-.509*	,126	-.797**	,832**	,812**	,800**	,712**	,696**	1					
<b>RAVLT VII</b>	-.616**	-.248	-.775**	,599**	,596**	,702**	,498*	,699**	,679**	1				
<b>RAVLT R</b>	-.611**	-.121	-.972**	,860**	,771**	,723**	,540*	,693**	,767**	,740**	1			
<b>SPAN DD</b>	-.15	,383	-.415	,606**	,644**	,572**	,720**	,564**	,591**	,21	0,36	1		
<b>SPAN DI</b>	-.256	,575**	-.521*	,680**	,577**	0,426	,609**	,570**	,461*	,208	,468*	,736**	1	
<b>MetAphAs</b>	-.577**	,134	-.858**	,930**	,781**	,745**	,595**	,750**	,823**	,610**	,856**	,619**	,632**	1

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la literatura es bien sabido que los factores de edad y escolaridad son los factores sociodemográficos que más influyen en el rendimiento cognitivo (Paredes-Arturo, et al., 2015; Samper Noa, 2011; Labos et al., 2009). Sin embargo, es necesario considerar que existen otros factores que pueden afectar a la trayectoria cognitiva de una persona con y sin demencia y que se relacionan principalmente con el concepto de reserva cognitiva (Pettigrew y Soldan, 2019). Las nuevas investigaciones se centran en encontrar los factores que permitan prevenir los deterioros cognitivos en el adulto mayor, y el concepto de reserva cognitiva ha permitido evidenciar la influencia de factores, tales como, la alfabetización, la ocupación y el tipo de ocupación, la edad de jubilación, etc., que parecen tener mayor impacto que los años de escolaridad (Pettigrew y Soldan, 2019). Como la muestra de esta investigación es pequeña, no es posible realizar generalizaciones sobre este tema.

En relación con el grado de deterioro global medido a través de la GDS, el resultado muestra que, a mayor deterioro global, los puntajes en las pruebas cognitivas y lingüísticas se reducen y esa correlación es intensa excepto en la tarea de Span de dígitos directos, cuyos puntajes no mostraron variabilidad comparando un grupo con el otro. La tarea de Span de dígitos directos e inversos, clásicamente se ha utilizado para medir la memoria a corto plazo y la memoria de trabajo respectivamente y la tarea de Span de dígitos inversos les resulta más demandante en las personas con demencia, por lo que resulta más sensible a los cambios cognitivos debido a la patología, sin, necesariamente, asociarse al grado de deterioro global (Yoshimura, et al., 2021). Desde este punto de vista, es coherente que el Span de dígitos directo sea menos sensible que el Span de dígitos inverso.

En la tabla 5.10 que se muestra más abajo, se presentan las correlaciones calculadas con los datos del grupo Casos, es decir, con las personas con DTA. En esta se puede observar que el nivel de deterioro global se correlaciona con las pruebas lingüísticas, es decir los puntajes de *MetAphAs* y de la CA (comprensión auditiva), la denominación, las parafasias, el vocabulario, y el grado de severidad medido con el TBA se reducen a mayor valor de la GDS. Es decir, las alteraciones en habilidades lingüísticas y metalingüísticas aumentan en severidad en la medida en que el GDS también aumenta. En etapas iniciales de la demencia, los síntomas lingüísticos como las alteraciones en CA, en denominación y la presencia de parafasias, se asocian más fuertemente a Demencia Semántica o a Afasia Progresiva Primaria (Dos Reis et al., 2021; Shinagawa et al., 2006). En el caso de la DTA, Shinagawa (2016) menciona que los síntomas del lenguaje son variados, pero frecuentemente evolucionan desde una afasia amnésica hacia una afasia transcortical sensorial, es decir, la persona con DTA es fluente, con dificultades en la CA y denominación, teniendo conservada la capacidad de repetición, lo que es coincidente con el perfil presentado en la tabla 5.4. Por último, llama la atención que las parafasias medidas con el TBA no muestran correlación con el GDS, probablemente se necesario investigar este punto con una muestra más grande.

Respecto a la edad y escolaridad, no se observan correlaciones significativas, probablemente debido a que la muestra es pequeña y relativamente homogénea en relación con estas variables. Se observa eso sí mayor sensibilidad con respecto al Span de dígitos inversos en relación con a la escolaridad, lo cual puede responder al desempeño marcadamente descendido de la muestra en esta tarea, como se mencionó antes, el Span de dígitos inversos es más sensible que el Span de dígitos directos para detectar cambios cognitivos (Yoshimura, et al., 2021).

**Tabla 5.10** *Correlación entre edad, escolaridad y grado de deterioro global y test cognitivos y lingüísticos del grupo Casos*

	Edad	Esc	GDS	MMSE	FAB	FVS ANIMALES	FVS ACCIONES	FVF	RAVLT I a V	RAVLT VII	RAVLT R	SPAN DD	SPAN DI	MetAphAs	TVBA	Escala de Severidad	CA	Denom	Paraf	
<b>Edad</b>	1																			
<b>Esc</b>	-,445	1																		
<b>GDS</b>	,020	-,327	1																	
<b>MMSE</b>	,063	,437	-	1																
<b>FAB</b>	,031	,377	,848**	-	1															
<b>FVS ANIMALES</b>	-,051	,098	,711*	-	,849**	1														
<b>FVS ACCIONES</b>	,044	,499	,653*	-	,697*	,742*	1													
<b>FVF</b>	-,411	,587	,805**	-	,722*	,762*	,573	1												
<b>RAVLT I a V</b>	,021	,127	,652*	-	,662*	,804**	,779**	,779**	1											
<b>RAVLT VII</b>	,251	-,432	,843**	-	,887**	,839**	,870**	,629	,679*	1										
<b>RAVLT R</b>	-,217	,280	,924**	-	,695*	,557	,571	,646*	,577	,751*	,430	1								
<b>SPAN DD</b>	,211	,458	,670*	-	,753*	,757*	,710*	,811**	,703*	,704*	,156	,514	1							
<b>SPAN DI</b>	,003	,814**	-,423	-	,568	,545	,272	,771**	,617	,258	-,375	,264	,744*	1						
<b>MetAphAs</b>	-,260	,476	,853**	-	,871**	,656*	,696*	,638*	,686*	,842**	,224	,856**	,689*	,466	1					
<b>TVBA</b>	-,191	,594	,721*	-	,697*	,421	,276	,640*	,458	,462	0,000	,754*	,483	,628	,790**	1				
<b>Escala de Severidad</b>	-,019	,244	,868**	-	,808**	,565	,464	,493	,381	,749*	,332	,881**	,411	,220	,814**	,768**	1			
<b>CA</b>	,216	,236	,781**	-	,816**	,675*	,464	,527	,372	,700*	,208	,719*	,469	,326	,656*	,671*	,918**	1		
<b>Denom</b>	,002	,204	,887**	-	,866**	,705*	,659*	,703*	,575	,838**	,224	,857**	,575	,379	,851**	,798**	,885**	,830**	1	
<b>Paraf</b>	,035	,364	-,126	-	,407	,405	,021	,330	,226	,107	-,395	,077	,156	,531	,196	,543	,282	,462	,441	1

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

**Tabla 5.11** *Correlación entre edad, escolaridad y grado de deterioro global y test cognitivos y lingüísticos del grupo Control*

	EDAD	Esc	GDS	MMSE	FAB	FVS ANIMALES	FVS ACCIONES	FVF	RAVLT I a V	RAVLT VII	RAVLT R	SPAN DD	SPAN DI	MetAphAs
<b>EDAD</b>	1													
<b>Escolaridad</b>	,176	1												
<b>GDS</b>	,584	-,179	1											
<b>MMSE</b>	,093	,751*	- ,519	1										
<b>FAB</b>	-,591	,155	- ,824*	,606	1									
<b>FVS ANIMALES</b>	-,393	,263	- ,624	,395	,387	1								
<b>FVS ACCIONES</b>	-,614	,506	- ,577	,365	,514	,687*	1							
<b>FVF</b>	-,532	,204	- ,486	,442	,611	,663*	,569	1						
<b>RAVLT I a V</b>	-,463	,472	- ,798*	,522	,535	,516	,602	,301	1					
<b>RAVLT VII</b>	-,656*	-,140	- ,554	,119	,475	,492	,317	,705*	,490	1				
<b>RAVLT R</b>	-,265	-,125	- ,758*	,368	,726*	,140	,114	,072	,481	,319	1			
<b>SPAN DD</b>	-,409	,524	- ,250	,202	,206	,494	,865**	,226	,399	-,105	-,175	1		
<b>SPAN DI</b>	,180	,777**	,255	,392	-,109	-,054	,345	- ,077	,170	-,332	-,379	,574	1	
<b>MetAphAs</b>	-,430	,535	- ,660*	,566	,494	,416	,507	,225	,909**	,363	,343	,430	,368	1

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



La tabla 5.11 muestra las correlaciones entre la edad, escolaridad, grado de deterioro global y las pruebas cognitivas y lingüísticas del grupo Control. En esta tabla se puede observar que la edad se correlaciona significativamente y de forma negativa con el recuerdo diferido (RAVLT-VII). La escolaridad presenta correlaciones positivas y significativas con MMSE y Span de dígitos inversos, mientras que la GDS muestra correlaciones negativas y significativas con la FAB, la curva de aprendizaje (sumatoria del *trail* 1 a 5) y reconocimiento de RAVLT, y los resultados de *MetAphAs*. Esto significa que dichas pruebas son sensibles al deterioro global que en el caso del grupo control significa que aquellas personas sanas que presentan quejas subjetivas de dificultades cognitivas podrían presentar rendimientos más bajos que aquellos que no las tienen. Cabe señalar que la muestra de la presente investigación es reducida y que no es posible hacer grandes generalizaciones sobre esto, excepto decir que se profundizará en el análisis de todas estas cuestiones en futuras investigaciones, las cuáles podrían aportar más información especialmente en torno al estudio de las habilidades metalingüísticas a través de las medidas del test *MetAphAs*.

## 5.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

El análisis cualitativo consiste en la revisión de cada una de las entrevistas realizadas y transcritas con el apoyo del software ATLAS.ti. En este programa las entrevistas son fragmentadas para su codificación la que siguió las tres etapas mencionadas en el capítulo de la Metodología (codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva).

El proceso de codificación del corpus se inició con la codificación abierta, procedimiento mediante el cual se analizaron conceptos y se descubrieron propiedades, relaciones o dimensiones. Luego se realizó la codificación axial en donde se relacionaron categorías y subcategorías: de los 107 códigos resultantes se seleccionaron aquellos que se consideraron los más relevantes (en cuanto a la frecuencia de aparición en el corpus y la fuerza de las relaciones entre ellos, ya sea por causa, consecuencia u otras implicaciones del fenómeno) para conformar los focos temáticos de análisis, que más adelante permitieron generar el modelo selectivo en donde se buscó integrar estas categorías en un esquema teórico mayor, lo que se describe en el capítulo siguiente.

Una vez que se tenían las transcripciones, estas eran subidas al ATLAS.ti para su análisis. La distribución de las entrevistas en el software se muestra en la siguiente tabla en donde aparece las siglas del nombre de cada participante y la ubicación de la entrevista y del *MetAphAs* en el programa.

**Tabla 5.12** *Participantes y ubicación de sus entrevistas en ATLAS.ti*

<b>N° CASOS</b>	<b>Entrevistas biográficas</b>	<b><i>MetAphAs</i></b>
1	P1	P11
2	P2	P12
3	P3	P39
4	P4	P40
5	P5	P13
6	P6	P14
7	P7	P15
8	P8	P16
9	P9	P17
10	P10	P18
<b>N° CONTROLES</b>	<b>Entrevistas biográficas</b>	<b><i>MetAphAs</i></b>
11	P19	P20
12	P21	P22
13	P23	P24
14	P25	P26
15	P27	P28
16	P29	P30
17	P31	P32
18	P33	P34
19	P35	P36
20	P37	P38

### 5.2.1. Etapa de codificación abierta. Análisis en relación a la emergencia de los códigos

En esta primera etapa, la codificación abierta, se realizó con un proceso deductivo, en donde se usaron conceptos de la literatura para usarlos como códigos, por ejemplo, “auto-reformulación auto-iniciada”. Este tipo de codificación también se realizó de manera inductiva, es decir, a partir de los mismos datos se fueron codificando conceptos que podrían ser relevantes para desarrollar los objetivos del presente estudio, por ejemplo, ‘enunciado fuente incompleto’ en donde la característica ‘incompleto’ es una cualidad venida del mismo corpus.

Los códigos encontrados se muestran en la tabla 5.13 en donde también aparecen la cantidad de citas asociadas a cada código:

**Tabla 5.13** *Códigos emergentes usados en ATLAS.ti y la cantidad de citas asociadas*

NOMBRE DEL CÓDIGO	N° DE CITAS	
	Controles	DTA
Argumentación insuficiente	0	1
Arranque de reformulación	0	1
Auto-reformulación auto iniciada	80	70
Auto- reformulación en dos turnos	1	6
Auto- reformulación iniciada por otro	1	6
Auto-reformulación luego de varios turnos	1	0
Circunloquio	0	2
Desvío del tópico	0	9
Dificultad de acceso al léxico	18	44
Dificultad de memoria	2	22
Dificultad para adaptarse al tópico	0	3
Dificultad para identificar el tópico	0	1
Dificultad para quedarse en el tópico y detallarlo	0	1
Dificultades de comprensión	0	4
Edad	20	20
Entrevista	20	20
Enunciado con errores no reparados	0	18
Enunciado fuente sin errores específicos	6	3
Enunciado fuente con errores morfosintácticos	5	9
Enunciado fuente con error referencial	16	18
Enunciado fuente impreciso	33	22
Enunciado fuente incompleto con repetición	0	1
Enunciado fuente incompleto	26	31
Enunciado fuente indecisión	0	1
Enunciado fuente incoherente	0	10
Enunciado fuente parafasia fonémica	1	0
Enunciado fuente parafasia semántica	0	8
Enunciado fuente parafasia léxica	0	2
Enunciado fuente pérdida del tópico	1	0
Enunciado fuente por fallas de memoria	1	4
Enunciado incoherente	0	20
Enunciado incompleto	1	1
Enunciado incompleto pero funcional	0	1
Enunciado reformulador corrección léxica	3	1
Enunciado reformulador de síntesis	4	1

Enunciado reformulador síntesis	1	0
Enunciado reformulador ampliación sintáctica y semántica	17	25
Enunciado reformulador de cambio de tópico	0	1
Enunciado reformulador de corrección informativa	15	36
Enunciado reformulador de corrección morfosintáctica	4	6
Enunciado reformulador de completación de información	5	8
Enunciado reformulador de corrección y síntesis informativa	0	1
Enunciado reformulador de sentido implícito	0	1
Enunciado reformulador explicativo	2	3
Enunciado reformulador fallido	1	5
Enunciado reformulador funcional con errores	0	2
Enunciado reformulador incompleto	0	1
Enunciado reformulador parafasia	0	1
Enunciado reformulador precisión informativa	38	12
Enunciado reformulador retórico	2	1
Enunciado reformulador sintáctico-semántico	0	1
Enunciado reformulador sustitución un elemento	5	3
Errores conceptuales	0	1
Errores en la narración	0	11
Escolaridad	20	20
Fallo en la interpretación de una escena	0	2
Fallo en la memoria autobiográfica	1	32
Faltan elementos en la narración	0	8
Hablante no procura la comprensión del interlocutor	0	1
Hablante se apoya en el interlocutor	0	3
Hetero-reformulación del hablante	2	0
Hetero-reformulación	10	19
Indicios de reformulación	0	5
Intentos continuos de reformulación	1	0
Justificación evasiva de defecto de memoria	0	2
Marcador de reformulación	10	24
<i>MetAphAs</i>	20	20
Mezcla 2 tópicos	0	1
Narración faltas en la coherencia y cohesión	0	20
Narración incoherente	0	10
Narrativa con errores en la orientación temporal y espacial	0	2
Negación enunciado fuente	1	0
Nivel de deterioro global	20	20
Oración incrustada dentro de la reformulación	1	0
Parafasia fonémica	0	1
Parafasia semántica	1	9
Parafasia léxica	0	5
Petición de reformulación	1	4
Petición explícita de reformulación vuelta al tópico	1	0
Petición implícita de reformulación	0	6
Pobreza ideacional	0	6
Reafirmación de la hetero-reformulación	6	5
Referencia inexistente. Inventa información	0	3
Reformulación no parafrástica explicativa	3	0
Reformulación no parafrástica giro temático	1	0
Reformulación adecuada con información no verdadera	0	1
Reformulación con errores menores	0	2

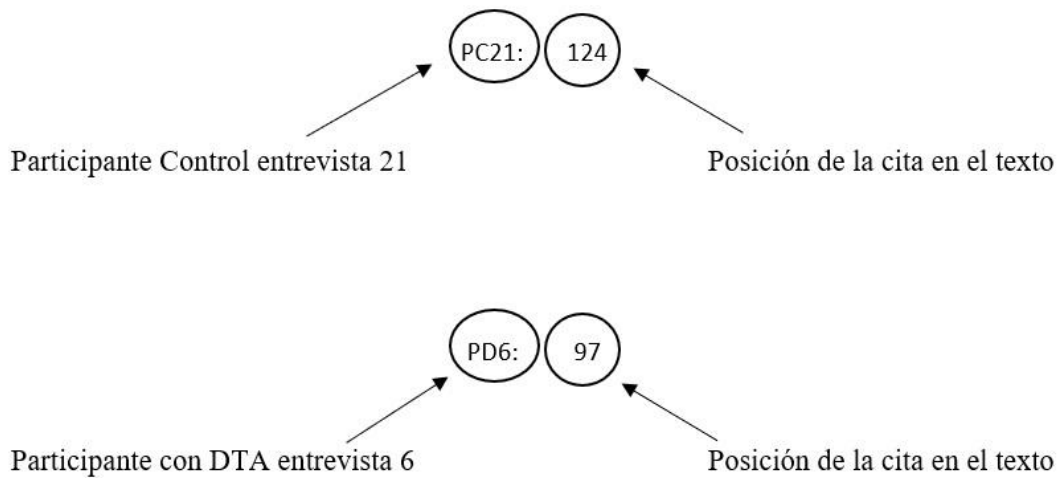
Reformulación con inadecuaciones	0	7
Reformulación inadecuada	1	9
Reformulación parafrástica	19	0
Reformulación adecuada	94	81
Reformulación con apoyo gestual	0	1
Reformulación inadecuada con cambio de tópico	0	1
Reformulación inadecuada no responde a la pregunta	0	2
Reformulación incompleta	0	2
Reformulación no realizada frente a petición	0	2
Reformulación retórica	1	1
Reformulación con errores de coherencia	0	2
Regreso al tópico de preferencia	0	4
Repetición de elementos	0	1
Repetición de hetero-reformulación	1	3
Repetición para reformular	5	2
Repetición retórica para dar énfasis	7	1
Resumen temático interlocutor	0	3
Retomada del tópico por el interlocutor	0	2
Uso de gestos para terminar una idea	0	11
Validación hetero-reformulación	2	1

En esta tabla los códigos expuestos son aquellos que se marcaron en el proceso de codificación abierta, proceso en el cual se busca marcar aquellas cosas que podrían ser relevantes para un posterior análisis, por lo tanto, equivale a la etapa en la que los códigos están en bruto, es decir, sin categorizar y sin analizar. La tabla 5.13 representa el primer acercamiento a los códigos y a sus posibles relaciones, el primer resultado que debe ser revisado y repensado para decidir si alguno de ellos tiene protagonismo en una eventual teorización sobre el fenómeno. Por esta razón, al seguir el análisis posterior, algunos códigos pueden estimarse como no importantes mientras que otros sí, siendo parte incluso de más de una familia de códigos. El hilo conductor final se expresará en la codificación axial en donde se argumentará sobre la relevancia de ciertos códigos en función de los focos temáticos abordados.

Luego de obtener los códigos en el proceso de codificación abierta, el primer análisis que se realiza es sobre la frecuencia, es decir, qué códigos aparecen más en el corpus general y qué podría estar implicando la repetición de estos códigos en cada una de las entrevistas. Este análisis, si bien se trata de un conteo de códigos dividido por los grupos establecidos en esta investigación, es necesario tomar en cuenta que cada código contiene un conjunto de citas, todas diferentes, por lo tanto, la unidad de análisis es una cualidad que no está estandarizada. Esto implica que, si bien existe un conteo, no es posible de generar asociaciones estadísticas bivariadas, dado que las agrupaciones son cualitativas. El análisis de frecuencias, entonces, representa la recurrencia de citas asociadas a un código o a una idea que es frecuente de acuerdo con los criterios del investigador.

A continuación, se presenta la descripción de los códigos más frecuentes y su importancia en el contexto de la presente investigación. Los ejemplos de cada código se mostrarán como citas y se identificarán de la siguiente manera. Su utilizará la nomenclatura de ATLAS.ti, en donde 'P' asociado a un número sirve para identificar al participante y su entrevista, se agregará 'C' para señalar si es del grupo control, y se

agregara ‘D’ para señalar que se trata de un participante con ‘DTA’. Se agregará al final un número que indicará la posición de la cita en cada entrevista. Sirvan como ejemplos los siguientes:



Adicionalmente, en las citas cada uno de los hablantes aparecerá identificado con una ‘E’ que hace referencia al entrevistador y una ‘P’ que hace referencia al participante. En varias entrevistas aparece también ‘A’ que señala al acompañante que interviene en algunas conversaciones.

### 5.2.1.1. Memoria

Los defectos de memoria se marcaron con dos códigos “dificultades de memoria” y “fallo de memoria autobiográfica”.

**Tabla 5.14** Códigos y citas asociadas a defectos de memoria, por grupo

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
Dificultad de memoria	2	22	24
Fallo en la memoria autobiográfica	1	32	33
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>54</b>	<b>57</b>

La cantidad de citas fue de 24 y 33, respectivamente, lo que hace un total de 57 citas. Del total solo tres citas aparecen en entrevistas con los participantes sanos y el resto aparecen en las entrevistas de los participantes con DTA. Este código es relevante por su relación con el desempeño neuropsicológico de los participantes. Aquellos identificados con DTA poseen un perfil ligeramente amnésico, por lo tanto, es coherente encontrar este

tipo de defectos en el desarrollo de sus conversaciones, aunque de todas maneras los participantes presentan también déficit lingüísticos y metalingüísticos.

En la tabla 5.14 puede apreciarse que la mayoría de los defectos de memoria marcados corresponden a personas con DTA.

#### Ejemplo 1:

E: señora Irma y usted hace cuánto tiempo que usted está acá en este hogar? /  
P: muy poco  
E: ya: llego hace poquito\  
P: si  
E: meses?  
P: =no=  
E: un año?  
P: como un año creo que será (PD4:77-84)

En este ejemplo, puede evidenciarse que hay un déficit de memoria, pues no recuerda el tiempo que lleva viviendo en el hogar. La participante, que presenta un GDS4, llevaba más de un año y medio en el lugar.

#### Ejemplo 2:

E: si\ evidentemente con las papas| y usted tenia hermanos?  
P: si habían más hermanos en ese tiempo  
E: se acuerda cuantos hermanos tenia?  
P: no no me acuerdo (PD8:28-31)

En este segundo ejemplo puede apreciarse claramente que la participante tiene dificultades para recordar su historia personal.

Si bien los defectos de memoria son relevantes para el diagnóstico de las personas con DTA, no se observó relación directa entre los defectos marcados y la aparición de reformulación. En el caso de las tres citas del grupo control, dos de ellas generaron reformulación en la que de una manera más elaborada llegan a recordar lo que querían contar.

### **5.2.1.2. Dificultades de acceso al léxico**

Se marcaron las dificultades de acceso al léxico (DAL) que aparecieron en las conversaciones de personas control y personas con DTA. Las primeras concentran 18 citas mientras que las segundas concentran 44. Esto es coherente con el hecho de que las DAL son frecuentes en adultos mayores sanos y mucho más en personas con demencia (Juncos, 1994; Juncos-Rabadán et al., 2006; Valles, 2008; Juncos-Rabadán et al., 2010; Gonzáles et al., 2019, Nadeau, 2020, Cummings, 2020)

**Tabla 5.15** Cantidad de citas asociadas a dificultades de acceso al léxico, por grupo

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
Dificultad de acceso al léxico	18	44	62

Las DAL se asociaron a la aparición de actividades de reformulación, tanto en el grupo control como en el grupo de personas con DTA.

Ejemplo 3:

E: ... fui al al lado del mercurio | a comprar una estampilla \*¿cómo se llama?

A: no en ese tiempo \*\*eran cuotas (dice una palabra que no logro distinguir)

(PD1:281-282)

En este ejemplo, el participante cuenta la historia sobre la compra de su departamento la cual fue pactada en cuotas. El primer asterisco indica el enunciado fuente en donde se evidencia la DAL. El doble asterisco indica la hetero-reformulación realizada por la acompañante (A) del participante.

En el siguiente ejemplo puede observarse una auto-reformulación auto-iniciada, lo que intenta decir la participante es que ella fue criada de otra forma. El enunciado fuente está incompleto dado que no encuentra la palabra adecuada y para compensar esto elige otra fórmula para expresar lo que quiere decir; sin embargo, la palabra objetivo ‘criada’ es reemplazada por otra ‘crecida’.

Ejemplo 4:

P: | así que \*a mi no me: \*\*fui crecida de otra forma yo\ (PD2:028)

Como se dijo anteriormente, se observa una fuerte asociación entre las DAL y la actividad reformuladora, esto contrasta con la revisión del código asociado a la memoria en el apartado anterior, en donde, se observa que no existe una asociación especial a esta actividad.

### 5.2.1.3. Parafasias

Las parafasias no son un código dominante en el corpus de este trabajo; sin embargo, son un fenómeno que da cuenta de las alteraciones lingüísticas de las personas con DTA que además tienen un perfil de afasia transcortical sensorial de acuerdo con el test de Boston. Las parafasias marcadas se presentan solo en las entrevistas de personas con DTA, mientras que son ausentes en las entrevistas del grupo de adultos mayores controles.



**Tabla 5.16** Cantidad de citas asociadas a parafasia, en grupo control y en grupo DTA

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
Parafasia fonémica	0	1	1
Parafasia semántica	1	9	10
Parafasia léxica	0	5	5
<b>Totales</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

En la tabla 5.16 están las cantidades de parafasias marcadas, las más frecuentes fueron las semánticas (10). De los tres tipos de parafasias (fonémicas, semánticas y verbales) solo las fonémicas no se asociaron a actividades de reformulación. En el ejemplo siguiente puede observarse que el enunciado fuente contiene la palabra ‘taxi’, al hacerse consciente, la participante explícitamente hace la corrección, es decir, auto-reformula.

Ejemplo 5:

P: = en Miraflores si= | el caballero me llevo en el\* taxi no era taxi \*\*era un: colectivo (PD4:100)

Si bien las parafasias semánticas no fueron tan frecuentes en el corpus como las DAL, ambos códigos se asociaron a reformulación. Al parecer los fenómenos asociados a defectos de memoria tienden a generar más interrupciones del flujo discursivo-conversacional que reformulaciones.

#### 5.2.1.4. Narraciones

La conversación cotidiana está constituida por relatos naturales en el sentido de que se dan de forma espontánea y no planificada en un contexto de situación cotidiana. En el presente corpus las conversaciones registradas dan cuenta de una situación comunicativa de entrevista en donde, por una parte, se invita al participante a narrar aspectos de su historia biográfica y, por otra, se le pide que relate escenas de una lámina o escenas específicas de su historia particular. Entonces la narración es un elemento relevante, ya que pasa a ser el contexto lingüístico en donde pueden observarse las actividades de reformulación.

En el corpus se marcaron defectos relacionados con las narraciones, defectos que aparecieron solo en los participantes con DTA, y tenían lugar, principalmente con defectos de coherencia. Se marcaron en total 40 citas que se distribuyeron en casi todos los participantes, siendo los más destacados las entrevistas PD2, PD4 y PD6, que fueron las que presentaron más errores. Los dos primeros tienen un GDS-4 y el último un GDS-5; por lo tanto, los errores en la narración encontrados pueden asociarse al GDS de los participantes siendo exclusivos de aquellos con DTA.

**Tabla 5.17** Cantidad de citas asociadas a dificultades en la narración, en grupo control y en grupo DTA

CÓDIGO	CITAS CONTROL	CITAS DTA
Narración: errores en la coherencia y cohesión	0	20
Narración incoherente	0	10
Narrativa con errores en la orientación temporal y espacial	0	2
<b>Totales</b>	<b>0</b>	<b>32</b>

#### Ejemplo 6:

E: y usted se acuerda en que colegio iba ella? (preguntándole a A)

A: no|| Ahí sí que no tiene que haber sido en un colegio cerca de 13 norte por ese sector

P: = no se a ella no la conocía para nada, no la conocía nada= como le digo yo llegaba a las 12 mi abuela me tenía listo yo salía de la playa (gesto con cabeza de error) ósea de la playa de la escuela entonces iba donde estaba ya le decía yo aquí esta...ósea la casa y después tenía que entregar | que entregarla segunda vez tenía que volver (PD6:060-062)

En el ejemplo anterior, se le ha pedido a la participante que relate algún recuerdo sobre su niñez en la época de cuando iba al colegio. Como puede apreciarse el relato es poco entendible dado que faltan referentes y otras marcas de coherencia y cohesión. A nivel macroestructural y pragmático, la respuesta de la participante carece de un sentido lógico, ya que, no logra dar una secuencia de eventos que apunten a responder a la pregunta de la entrevistadora. Menciona eventos que están desarticulados entre sí, que son parte de lo que desea contar, pero que en conjunto tal como están presentados no logran establecer un relato coherente. A nivel microestructural, no logra mantener una progresión temática y pareciera que estuviese hablando de tópicos diferentes, lo que sucede debido a la ausencia de conexión semántica entre las proposiciones. El relato presenta ausencia de referentes que podrían guiar la temática: por ejemplo, no menciona que habla sobre el trabajo de entrega de almuerzos que ella junto a su abuela realizaban en la época en que iba a la escuela. Los elementos “trabajo” y “almuerzos” son esenciales para dar coherencia a lo que la participante cuenta, pero no aparecen en su relato. Sin estos elementos, no es posible interpretar los mecanismos de cohesión (por ejemplo, “me tenía listo” – tenía listo el almuerzo; “entregarla” – entregar la bandeja de almuerzo).

Las narraciones con errores en este corpus no se asociaron a reformulaciones. Sobre este tema se volverá en la discusión.

#### 5.2.1.5. Auto-reformulación auto-iniciada

La “Auto-reformulación auto-iniciada” es el código más frecuente de todo el corpus acumulando un total de 150 citas. De estas 70 pertenecían a entrevistas con personas con

DTA, mientras que 80 citas pertenecían a entrevistas con participantes controles. El que este tipo de reformulación sea frecuente y dominante en todo el corpus coincide con lo encontrado por Schegloff y colaboradores (1977) que fueron los primeros en destacar la alta frecuencia de las auto-reformulaciones en las conversaciones cotidianas.

**Tabla 5.18** *Cantidad de citas asociadas a la auto-reformulación auto-iniciada, en grupo control y en grupo DTA*

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
<b>Auto-reformulación auto-iniciada</b>	80	70	150

Ejemplo 7:

P: Toda esa semana estuve donde mi nieto | entonces || \*tenía que venir a, \*\*tenía que volver a la Liga (PC20: 078)

En esta cita, que corresponde a un participante sano, puede verse claramente la auto-reformulación auto-iniciada: el doble asterisco marca el inicio de la reformulación que reemplaza lo dicho previamente. En la siguiente cita, correspondiente a un participante con DTA, la palabra *colectivo* viene a reformular la palabra *taxi*.

Ejemplo 8:

P: ya me dijo (movimiento de cabeza) entonces la voy a subir a un bus | me subió a un \*taxi |\*\*colectivo (PD4:040)

### 5.2.1.6. *Hetero-reformulación*

La hetero-reformulación es menos frecuente en comparación con la auto-reformulación. El total de citas es de 29, y 19 de ellas corresponde a sujetos con DTA, mientras que solo 10 corresponde a citas de sujetos sanos. La diferencia entre ambos grupos es más notoria que en el caso anterior y esto podría explicarse como un fenómeno asociado a la presencia de alteraciones lingüísticas, en donde el sujeto con DTA requiere más apoyo por parte de su interlocutor. El sujeto con DTA, además, muestra más dificultad para realizar evaluaciones metalingüísticas, por lo que apoyarse en el interlocutor favorece la continuidad de la interacción conversacional.

**Tabla 5.19** *Cantidad de citas asociadas a hetero-reformulación, en grupo control y en grupo DTA*

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
<b>Hetero-reformulación</b>	10	19	29

### Ejemplo 9:

P: a los trabajadores para ir a llevar a a una panadería ósea a una farmacia que había con: \*era uno primero el doce después el uno que era otro grupo y así \ hasta la 1 y media  
E: \*\*ya\ a varios grupos por turno\ (PD6:027-028)

En el ejemplo podemos observar las dificultades que tiene la participante de la entrevista 9, para contar cómo era su trabajo de niña, que consistía en entregar almuerzos a trabajadores. El interlocutor es quien resume lo dicho para facilitar el entendimiento mutuo.

En el corpus se marcaron dos citas en las que aparece una hetero-reformulación por parte del hablante, es decir, casos donde es el hablante quien corrige al entrevistador en la interacción conversacional. Sin embargo, estas solo aparecen en las entrevistas de sujetos control.

Otro elemento que surge en esta investigación es aquel marcado con el código “reafirmación de la reformulación”, que es una acción que cierra la hetero-reformulación y que cumple una función no menos relevante. En el ejemplo siguiente puede verse claramente, pues la participante con DTA debe mencionar la ciudad en la que vivía y se equivoca mencionando una de las calles principales. Después de que el entrevistador hetero-reformula, la participante acepta y valida la corrección y a partir de ahí puede continuar con lo que estaba diciendo.

### Ejemplo 10:

P: \*en Condell que estaba en ese tiempo  
E: \*\*en Valparaíso  
P: Si eso es | Después vivíamos ahí en Valparaíso

(PD4:108-110)

El código “reafirmación de la reformulación” tuvo 11 citas y 5 de ellas corresponden a personas con DTA. Si bien no es tan frecuente, su aparición es más o menos similar en ambos grupos y como fenómeno puede dar cuenta de la conexión que tiene el hablante con lo que se está diciendo o al menos indicar a través de su aceptación que sigue presente en la interacción comunicativa. El ejemplo 11 se relaciona con una participante con DTA y GDS 5, es decir, con una demencia moderada, que muestra en su discurso muchas marcas de faltas a la coherencia y muchas veces es ininteligible y no logra conectarse a nuevos tópicos. La participante trata de contar sobre su primer trabajo y cuando intenta decir que su abuela preparaba almuerzos, ella dice *arreglabá*; la entrevistadora reformula diciendo *los preparaba* y la hablante responde diciendo *claro*. Su afirmación es básica, no necesariamente indica que comprendió o expresó claramente lo que se quería decir, sino más bien ella marca su presencia en la conversación, pues al responder da cuenta de que se preserva la capacidad de interactuar conversacionalmente independiente de si el tema es coherente o no.

### Ejemplo 11:

E: ya: y después la primera vez que trabajo?  
P: iba a llevar la vianda al colegio\ | pero después me subía las | las patas que tenía que devolver

E: ya: | usted le daba comida\  
P: no: yo no lo daba mi abuelita le daba todo |  
E: ya:\  
P: | ósea ella le: | \* arreglaba  
E: \*\*=los preparaba=  
P: claro

(PD14:043-049)

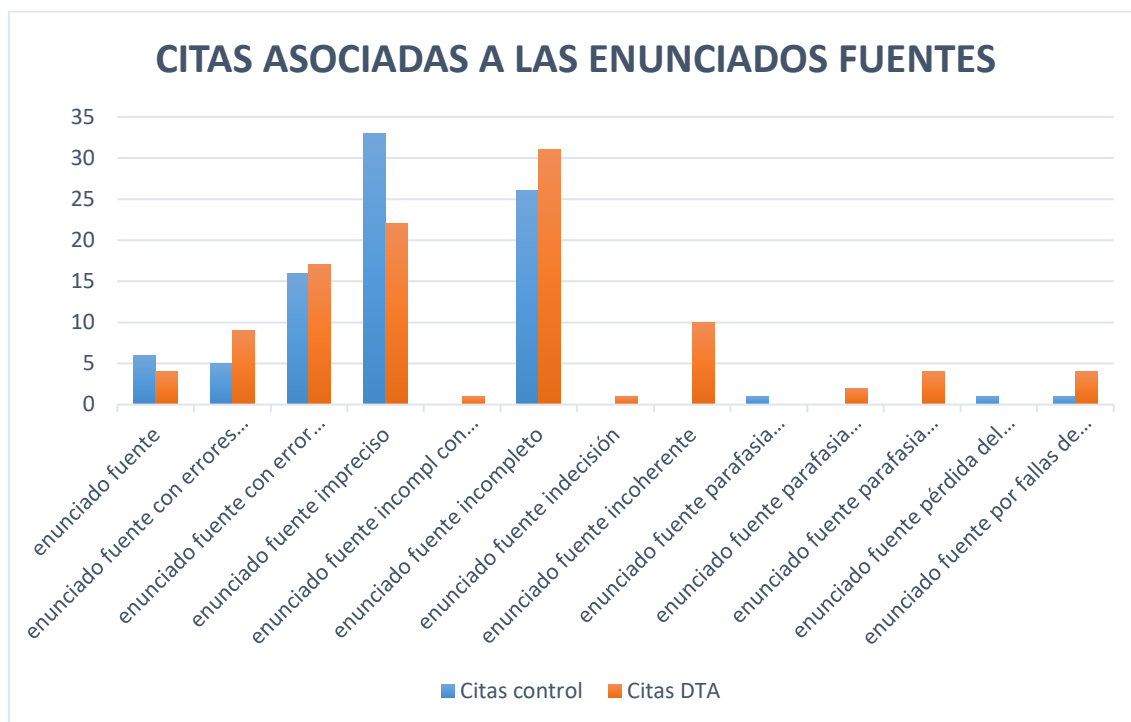
### 5.2.1.7. Tipos de enunciados fuentes

Los enunciados fuentes son aquellos que son susceptibles de reformular y que contienen errores, tanteos de formulación a nivel fonológico, sintáctico o léxico, o bien se trata de que expresan de manera incompleta la idea que el hablante quiere expresar y, por lo tanto, requiere de reformular para ser más preciso. En el corpus total, se marcaron 12 tipos de enunciados fuentes (cfr. *infra* para más detalles). Más adelante se describen, pero se muestran a continuación los 3 más frecuentes.

**Tabla 5.20** Cantidad de citas asociadas a enunciados fuentes, en grupo control y en grupo DTA

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
Enunciado fuente sin errores específicos	6	3	9
Enunciado fuente con errores morfosintácticos	5	9	14
Enunciado fuente con error referencial	16	18	34
Enunciado fuente impreciso	33	22	55
Enunciado fuente incompleto con repetición	0	1	1
Enunciado fuente incompleto	26	31	57
Enunciado fuente indecisión	0	1	1
Enunciado fuente incoherente	0	10	10
Enunciado fuente parafasia fonémica	1	0	1
Enunciado fuente parafasia léxica	0	2	2
Enunciado fuente parafasia semántica	1	7	8
Enunciado fuente pérdida del tópico	1	0	1
Enunciado fuente por fallas de memoria	1	4	5
<b>Totales</b>	<b>90</b>	<b>108</b>	<b>198</b>

**Gráfico 5.2** Cantidad de citas asociadas a enunciados fuentes, en grupo control y en grupo DTA



**5.2.1.7.1. Enunciado fuente incompleto:** para este código se marcaron 57 citas de las cuales 31 corresponden a las entrevistas de los sujetos con DTA y 26 a entrevistas con sujetos sanos. El enunciado incompleto usualmente se debe a que durante la formulación, esta se detiene porque el hablante nota que lo que dice no es suficientemente claro o porque no recuerda lo que debe decir, o bien porque desea complementar lo que ya ha dicho; entonces, tras la pausa, reformula.

Ejemplo 12:

P: \*yo estuve bueno \*\*cuando estuve en el regimiento estuve en punta arenas  
(PD1:025)

En este ejemplo el participante deja su primera formulación inconclusa para reformular con el marcador *bueno*, completando la información que hace alusión a lo que desea informar.

Ejemplo 13:

P: a infidelidades, desórdenes, carretes fin de semana. Entonces \* yo e:: | \*\*yo quise detener eso, pero:: conversando con ella  
(PC19:029)

En este caso, el ejemplo toma una cita de una participante sana y puede verse el enunciado fuente que se detiene con una pausa para seguir con una reformulación que completa la idea que desea expresar.

A través de los ejemplos puede observarse también que, en relación con este tipo de enunciado fuente, no hay grandes diferencias entre los grupos, es decir, los motivos de dejar inconclusa una formulación parecen ser similares. Sin embargo, son más frecuentes en sujetos con DTA que en sujetos sanos y esa leve diferencia podría estar asociada a la tendencia de las personas con DTA a presentar dificultades para formular texto o cometer más errores.

- 5.2.1.7.2. Enunciado fuente impreciso:** con este código se marcaron 55 citas, de las cuales 22 corresponden a participantes con DTA y 33 a participantes sanos. Se marcaron como enunciados fuentes imprecisos aquellos que en la reformulación el participante reformula para dar precisión, resumir o agregar más información a lo ya dicho.

Ejemplo 14:

P: | \*no no la conocí: bueno igual/ \*\*la conocí pero no sabía que estaba mirando a una hermana/

(PD7:094)

En el ejemplo el participante trata de hablar sobre su familia, sobre una hermana con la cual no vivió y conoció cuando era adolescente, entonces no la conoció de pequeño pero si la conoce en persona. En la primera parte del enunciado cuando dice “no la conocí” él mismo se da cuenta de que no es precisa esa información y tras el marcador “bueno” reformula tratando de completar la información.

Un enunciado fuente impreciso requiere de la evaluación que haga el hablante para ser reformulado. Esto podría explicar la diferencia entre ambos grupos ya que los enunciados fuentes se marcaron con dependencia de los enunciados reformuladores. Esto quiere decir que si existen menos enunciados fuentes en el grupo de participantes con DTA probablemente se deba al grado de deterioro global que hace que tenga menos capacidad para evaluar sus propios enunciados, y por lo tanto auto-reformula menos.

- 5.2.1.7.3. Enunciado fuente error referencial:** con este código se marcaron 33 citas de las cuales 17 corresponden a citas de las entrevistas con sujetos con DTA, mientras que 16 corresponden a sujetos control. El código hace referencia a cuando en la formulación de un enunciado aparece un error referencial que es corregido con una reformulación.

Ejemplo 15:

P: una: departamento y a los | \* 4 meses mas o menos

A: no no no a los \*6 años | compramos un:

P: si un departamento...

(PD6:026-027)

En este ejemplo, el enunciado fuente hace referencia al tiempo lo cual es corregido a continuación a través de un procedimiento de hetero-reformulación por su acompañante.

**Ejemplo 16:**

E: desde el 2014 ¿cómo es que usted llevo acá? ¿Nos puede contar?

P: e:: si porque yo vivía en los departamentos de aquí de | donde está el terminal, \*esos rojos | amari | rosados, \*\*no sé de qué color tienen | ...

(PC23:058-059)

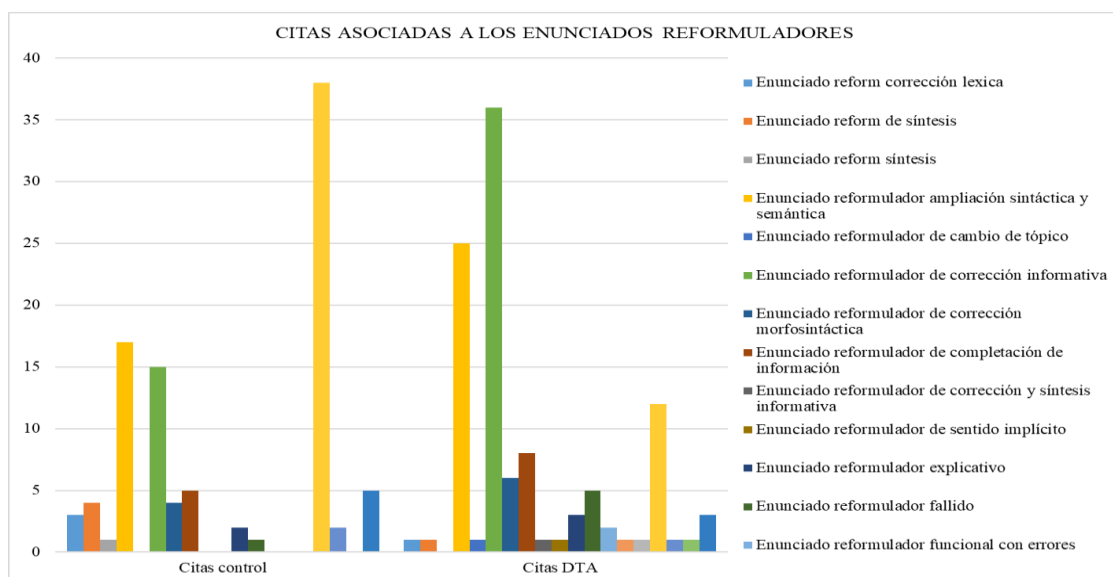
En el ejemplo 16 puede verse que el participante del grupo control quiere mencionar el color del edificio en el que vivía -menciona colores, pero no recuerda o bien el color correcto y finalmente reformula diciendo que no sabe qué colores tienen. A diferencia del ejemplo anterior, a pesar de no poder llegar al color correcto, la reformulación es funcional.

En este punto del análisis, tanto los participantes con DTA como los participantes sanos cometen errores referenciales similares. De esta forma, los enunciados fuentes son de similares características y, por lo tanto, podría ser que las diferencias mayores se encuentren en la capacidad que cada uno tiene para reformular los errores que comenten en el proceso de formulación.

**5.2.1.8. Tipos de enunciados reformuladores**

Los enunciados reformuladores son aquellos que reemplazan lo dicho previamente. En el corpus se marcaron un total de 206 citas divididas en distintos tipos de enunciados reformuladores (ver tabla 5.21 y grafico 5.3).

**Gráfico 5.3** Cantidad de citas asociadas a enunciados reformuladores, en grupo control y en grupo DTA





**Tabla 5.21** Cantidad de citas asociadas a enunciados reformuladores, en grupo control y en grupo DTA

CÓDIGOS	CONTROL	DTA	TOTAL
Enunciado reformulador corrección léxica	3	1	4
Enunciado reformulador de síntesis	5	1	6
Enunciado reformulador ampliación sintáctica y semántica	17	25	42
Enunciado reformulador de cambio de tópico	0	1	1
Enunciado reformulador de corrección informativa	15	36	51
Enunciado reformulador de corrección morfosintáctica	4	6	10
Enunciado reformulador de completación de información	5	8	13
Enunciado reformulador de corrección y síntesis informativa	0	1	1
Enunciado reformulador de sentido implícito	0	1	1
Enunciado reformulador explicativo	2	3	5
Enunciado reformulador fallido	1	5	6
Enunciado reformulador funcional con errores	0	2	2
Enunciado reformulador incompleto	0	1	1
Enunciado reformulador parafasia	0	1	1
Enunciado reformulador precisión informativa	38	12	50
Enunciado reformulador retórico	2	1	3
Enunciado reformulador Sintáctico-Semántico	0	1	1
Enunciado reformulador sustitución un elemento	5	3	8
<b>Totales</b>	<b>97</b>	<b>109</b>	<b>206</b>

A continuación, se describen los tres tipos más frecuentes.

**5.2.1.8.1. Enunciado reformulador ampliación sintáctica y semántica:** este código concentra 42 citas en total, 19 de ellas corresponden a entrevistas con participantes con DTA y 23 a participantes sanos. Aquí el enunciado reformulador agrega información que se manifiesta por una extensión sintáctica y semántica en comparación con el enunciado fuente. En el siguiente ejemplo la participante explica que va de visita y luego se regresa a su casa, lo primero que hace es afirmar ‘yo me vengo para acá’, pero luego decide agregar más información de manera tal de poder enriquecer su intervención sobre lo que está contando.

Ejemplo 17:

P: (...) | \*y yo me vengo para acá | \*\*el sábado me vendría para acá y me vengo a mi casita | (...)

(PC20:052)

La leve diferencia de cantidad de citas para este código podría estar indicando que los participantes con DTA requieren ampliar más la información por un aumento de enunciados susceptibles de ser reparados. La cantidad registrada en participantes con DTA no es proporcional al éxito de la reformulación, como se verá más adelante.

**5.2.1.8.2. Enunciado reformulador de corrección informativa:** este código contiene 51 citas de las cuales 36 corresponden a las entrevistas con personas con DTA y 15 corresponden a entrevistas de personas sanas.

Ejemplo 18:

E: y usted con quien vive ahora?

P: |\* yo vivo sola\

E: acá?

P: \*\*no po acá vivo con toda la gente

(PD5:105-108)

En este ejemplo la participante con DTA se equivoca en decir con quien vive ya que ella es una de las participantes que vive en ELEAM. Si bien corrige a través de un procedimiento de reformulación, el nuevo enunciado no es tan preciso pues no informa sobre el hecho de que vive en un ELEAM. En el siguiente ejemplo, podemos ver cómo el participante sano corrige lo dicho anteriormente para dar sentido a la historia que está contando.

Ejemplo 19:

P (...) | \*y actualmente, no actualmente, \*\*como hace 25 años, tenía un tremendo negocio en Viña (...)

(PC23:396)

Con este código puede apreciarse una diferencia importante en la cantidad de citas de cada grupo. Los participantes con DTA aparentemente tienen más necesidades de corregir enunciados que los participantes sanos.

**5.2.1.8.3. Enunciado reformulador de precisión informativa:** este código acumuló 50 citas de las cuales 12 citas corresponden a personas con DTA, mientras que 38 citas corresponden a personas sanas.

Ejemplo 20:

P: |\* yo tenía mi casa | vivían en la casa de 2 pisos\

E: m:

P: ósea \*\*que esta arrendado la parte de abajo y en arriba vivía yo (...)

(PD2:024-026)

Ejemplo 21:

B: o sea puras circunstancias peligrosas y | y el papá estaba lavando la loza | está secando un vaso | pero él tiene un | lleno de espuma \*el lava | \*\*el lava plato  
(PC22:029)

En el caso del ejemplo 20, la hablante con DTA reformula para hacer más precisa la información que está dando sobre dónde vivía ella antes de entrar al ELEAM. En el ejemplo 21 la hablante reformula para hacer más precisa la información que está dando en el contexto de descripción de una lámina.

La notable diferencia en la cantidad de citas de ambos grupos nos habla de que el grupo control reformula más para ser más preciso en lo que quiere decir, para darse a entender mejor. Si además tomamos como referencia el código anterior veremos que los participantes con DTA se ocupan más en corregir que en ser más precisos. La preocupación por la precisión es una preocupación más retórica que da cuenta de que el hablante está constantemente monitoreando y colaborando a la comprensión mutua, colaboración que se reduce en los hablantes con DTA.

### 5.2.1.9. Reformulación adecuada

La reformulación adecuada es aquella en la que se evidencia la función principal de este tipo de actividad: reparar la conversación para facilitar la comprensión mutua. Por lo tanto, la reformulación es una acción reparativa en donde se mejora lo ya dicho anteriormente para hacer el enunciado más entendible y aceptable. Este código se usó para valorar la calidad de la reformulación en cuanto a si repara o no -favorece o no-, la comprensión mutua. Se marcaron en total 175 citas, de las cuales 84 pertenecen a participantes con DTA y 92 corresponden a participantes control. Cabe mencionar que las 81 citas corresponden al total de reformulaciones observadas en los sujetos sanos, es decir, todas las reformulaciones (auto-reformulación y hetero-reformulación) que los sujetos sanos realizaron, fueron adecuadas.

**Tabla 5.22** Cantidad de citas asociadas a reformulación adecuada, en grupo control y en grupo DTA

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
<b>Reformulación adecuada</b>	94	81	<b>175</b>

Ejemplo 22:

P: pero \*conocí la: | la \*\*el lugar donde nació mi padre punta arenas era puntarenense  
(PD1:025)

Ejemplo 23:

P: no, no lo que pasa es que mi señora \*se me enf:: \*\*se me cayó aquí en el dormitorio y se quebró la cadera (PC23:035)

En el ejemplo 22 puede verse una reformulación hecha por un participante que adecua lo que dice al interlocutor de manera efectiva. Lo mismo puede verse en el ejemplo 23 sacado de una entrevista con un participante sano.

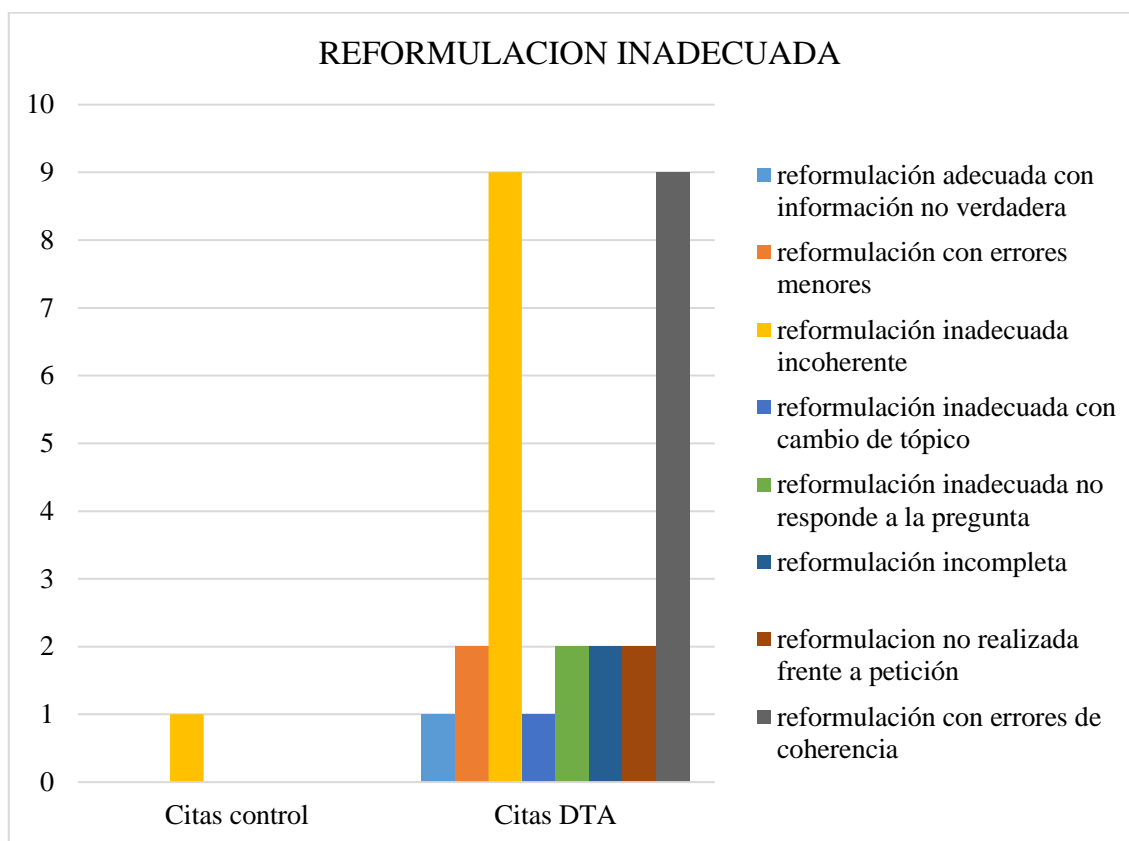
**5.2.1.10. Reformulación inadecuada**

La reformulación inadecuada es aquella reformulación que los hablantes hacen con el fin de favorecer la comprensión mutua, pero que, pese a esto, no se logra reparar, aclarar o mejorar lo que se está diciendo.

**Tabla 5.23** Cantidad de citas asociadas a reformulación inadecuada, en grupo control y en grupo DTA

CÓDIGOS	CONTROL	DTA	TOTAL
Reformulación adecuada con información no verdadera	0	1	1
Reformulación con errores menores	0	2	2
Reformulación inadecuada incoherente	1	9	10
Reformulación inadecuada con cambio de tópico	0	1	1
Reformulación inadecuada no responde a la pregunta	0	2	2
Reformulación incompleta	0	2	2
Reformulación no realizada frente a petición	0	2	2
Reformulación con errores de coherencia	0	9	9
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>29</b>

**Gráfico 5.4** Cantidad de citas asociadas a reformulación inadecuada, en grupo control y en grupo DTA



Como puede verse en la tabla 5.19 y en el gráfico 5.4, se usó más de un código para hacer referencia a esta inadecuación: “reformulación adecuada con información no verdadera”, “reformulación con errores menores”, “reformulación inadecuada incoherente”, “reformulación inadecuada con cambio de tópico”, “reformulación inadecuada no responde a la pregunta”, “reformulación incompleta”, “reformulación no realizada frente a petición”, “reformulación con errores de coherencia”. El total de citas fueron 29 y todas pertenecían a entrevistas con participantes con DTA, excepto una.


#### Ejemplo 24:

P: (...) mi abuela me tenía listo \*yo salía de la playa (gesto con cabeza de error) ósea \*\*de la playa de la escuela (...)

En este ejemplo la participante está hablando sobre su primer trabajo, el que realizó cuando era niña y vivía junto a su abuela. Este trabajo consistía en entregar almuerzos a trabajadores y lo hacía luego de salir de la escuela, después de mediodía. Como puede apreciarse ella intenta contar sobre el momento en que iniciaba su labor, ‘cuando salía de la escuela’, entonces aparece una parafasia ‘playa’, ella logra darse cuenta de su error, entonces inicia una auto-reformulación en la que no logra corregir de su enunciado la palabra ‘playa’.

### 5.2.2. Etapa de codificación axial

A continuación, en la segunda etapa del análisis propuesto, los códigos de la codificación abierta se asociaron a familias a las que se identificaron como focos temáticos y permitieron analizar el fenómeno de la reformulación, el contexto en el que aparecen, sus causas y sus consecuencias. Se eligió utilizar el paradigma de codificación de Strauss y Corbin (1990,99, citado por Flick, 2007) que de acuerdo con Flick puede sintetizarse de la siguiente manera:

- A Condiciones Antecedentes
  - B Fenómeno
  - C Contexto
  - D Condiciones Intervinientes
  - C Estrategias de Intervención
  - F Consecuencias
- 

Strauss y Corbin (2002), explican que el propósito de la codificación axial es la reagrupación de las categorías surgidas en la codificación abierta de manera tal de proporcionar explicaciones enlazadas, precisas y completas de los fenómenos. Elaborar explicaciones implica designar objetos o situaciones, plantear sus propiedades, proporcionar un contexto, indicar condiciones y señalar consecuencias, entre otras cosas. Desde el punto de vista del procedimiento, los autores dicen que “la codificación axial es el acto de relacionar categorías a subcategorías siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones, y de mirar cómo se entrecruzan y vinculan éstas” (Strauss y Corbin, 2002, p.135). Entonces a partir de la codificación abierta se van descubriendo condiciones que permiten que el fenómeno sea explicable. Sin embargo, los autores advierten que esto no significa que se descubrirán todas las condiciones posibles, ni que todas las relaciones serán pertinentes mientras esto no sea de algún modo explicable, en razón de los vínculos con el fenómeno.

Los rótulos propuestos para las condiciones, mencionadas más arriba, son maneras de tratar de seleccionar algunas de las relaciones complejas que se pueden dar entre los elementos encontrados. Las condiciones pueden cambiar a lo largo del tiempo, afectarse una a otra y combinarse de varias maneras en cuanto a sus diferentes dimensiones, por lo tanto, dentro del paradigma, se entienden como flexibles o mutables en el proceso de análisis.

Las **condiciones antecedentes** suelen representar un conjunto de acontecimientos asociados al fenómeno, estos acontecimientos podrían representar hechos, circunstancias, datos, características, es decir, información de la situación en que ocurre el fenómeno y que en alguna medida podría explicar la aparición, la frecuencia o ausencia del fenómeno. En las condiciones del **fenómeno** se debe intentar agrupar todos los elementos constitutivos del fenómeno mismo, mientras que las **condiciones contextuales o contexto** deben hacer referencia a un conjunto de datos o características que representan aspectos no modificables por parte del investigador, lo que constituye su principal característica. El **contexto** puede vincularse con las **condiciones antecedentes** y las

**condiciones intervinientes**, pues su interacción puede, en ciertas circunstancias, entenderse como causales del fenómeno o parte de él.

En cuanto a las **condiciones intervinientes** se trata de todos aquellos elementos que pueden interactuar con las **condiciones antecedentes** y de alguna manera afectar mitigando o potenciando al fenómeno, en el contexto de esta investigación, la interacción entre ambas puede leerse como causal de reformulación. Por otra parte, las **estrategias de intervención** deben recoger todos los elementos que constituyen una respuesta activa y deliberada que surge para solucionar el problema y que termina de moldear el fenómeno observado.

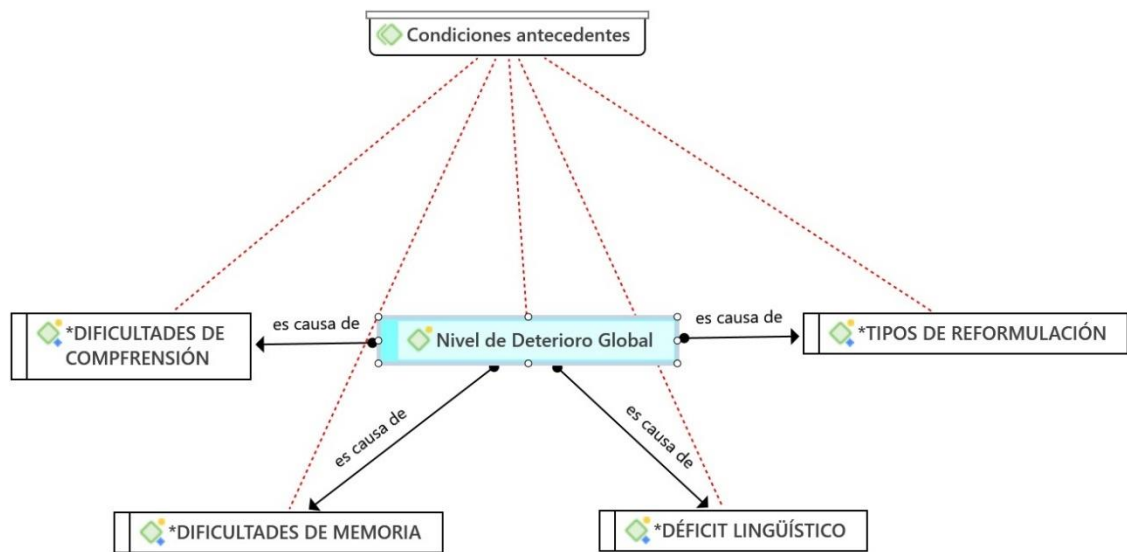
Finalmente, las **consecuencias** deben revelar el resultado de la acción/interacción que se han descrito en las condiciones antes mencionadas. Las consecuencias pueden ser variadas, puede consistir en una acción o la falta de ella, en la influencia sobre un asunto o problema o la mantención de cierta situación. De todas maneras, hacer la explicación de cómo éstas alteran la situación o el fenómeno en cuestión, proporciona los elementos centrales que aportan al análisis global de aquello que se estudia.

Como ya se ha dicho antes, este paradigma de codificación solo nombra las relaciones posibles entre los fenómenos y los conceptos, y se utiliza para facilitar el descubrimiento o establecimiento de las estructuras de relaciones entre los fenómenos, entre los conceptos y entre las categorías (Flick, 2007). Con esta forma de organizar los códigos se pretende profundizar el análisis para caracterizar y explicar en mayor profundidad los hallazgos y así responder a las preguntas de investigación.

#### **5.2.2.1. Condiciones antecedentes**

En este foco temático se pretende incorporar códigos que sean **antecedentes** del fenómeno a observar (reformulación) y que podrían estar relacionados con la aparición de actividades de reformulación, o con los tipos de reformulación que cada grupo hace. En una primera etapa del proceso de codificación axial, se analizan los códigos y se inicia las primeras tentativas de agrupamiento, en este nivel se generan los llamados *supercódigos* que representan un nivel más alto de análisis en comparación con la codificación abierta, pero un nivel más bajo que el agrupamiento por categorías (o condiciones, o foco temático, o familias de códigos). Los *supercódigos*, entonces, se llaman así porque son capaces de agrupar, ya sea, varios códigos, o, incluso, varios *supercódigos*. Se incluyeron en este foco temático el “Tipo de entrevista”, el “Nivel de deterioro global”, “Déficit lingüístico”, “Dificultades de comprensión” y “Dificultades de memoria”. El tipo de entrevista pasa a indicar la situación de enunciación en la cual los sujetos demostrarán sus habilidades cognitivo-lingüísticas de acuerdo con su nivel de deterioro global, situación que ha sido moldeada por el investigador. El deterioro global pasa a ser causante del déficit lingüístico y de las dificultades de memoria y comprensión. Por lo tanto, el GDS es un factor diferenciador en ambos grupos al igual que los déficits lingüísticos de comprensión y memoria. Todos estos elementos son antecedentes del fenómeno ya que debido a estas condiciones podría existir o no una diferencia entre las reformulaciones realizadas por ambos grupos. Los códigos que hacen referencia a dificultades o déficit condicionan determinados procedimientos de reformulación que son particularmente especiales en los participantes con DTA.

**Figura 5.1** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado “Condiciones Antecedentes”



En la tabla 5.24 pueden observarse los códigos utilizados para la conformación de este foco temático. Aquellos que tienen asterisco corresponden a los supercódigos. La descripción de cada uno con sus respectivos ejemplos se presenta a continuación.



**Tabla 5.24** *Códigos de Condiciones Antecedentes*

<b>CÓDIGOS O SUPERCÓDIGOS PRINCIPALES</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS O SUPERCÓDIGOS ASOCIADOS A UN SUPERCÓDIGO PRINCIPAL</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS DE UN SUPERCÓDIGO</b>
<b>*Tipo de entrevista</b>	Entrevista auto biográfica MetAphAs	--
<b>Nivel de deterioro global</b>	Sin subcódigos	--
<b>*Dificultades de memoria</b>	Dificultad de memoria Fallo en la memoria autobiográfica	--
<b>*Déficits Lingüísticos</b>	*Dificultad en el manejo de tópicos	Desvío del tópico Dificultad para adaptarse al tópico Dificultades para identificar el tópico Dificultad para quedarse en el tópico y detallarlo Regreso al tópico de referencia
	*Dificultad en la narración	Narración incoherente Narración con faltas a la coherencia y cohesión Narrativa con errores temporales y espaciales Errores en la narración Faltan elementos en la narración
	*Parafasias	Parafasias fonémicas Parafasias semánticas Parafasias léxicas
	Circunloquio Dificultad de acceso al léxico Enunciados Incoherentes	--
<b>*Dificultades de comprensión</b>	Dificultades de Comprensión Pobreza ideacional Falla en la interpretación de una escena	--

**5.2.2.1.1. Tipo de entrevista:** este supercódigo se utilizó para identificar si la entrevista analizada corresponde a una entrevista biográfica o bien a la aplicación de MetAphAs. Por lo tanto, se identifica la situación de enunciación.

**5.2.2.1.2. Nivel de deterioro global:** este código se usó para identificar el desempeño cognitivo de los participantes que se obtiene de la evaluación neuropsicológica y la aplicación de la Escala de Deterioro Global (GDS).

**5.2.2.1.3. Dificultades de memoria:** este supercódigo se utilizó para marcar las partes del texto transcrito en donde se evidencian dificultades de memoria:

- **Dificultad de memoria:** aquí se incluyeron los defectos de memoria a corto plazo y memoria episódica reciente.

Ejemplo 25:

E: Okey no se preocupe | Se acuerda que hizo hoy en la mañana? Qué tomó de desayuno?

P: sí ella me dio desayuno (mirando a su hija)

E: qué era?

P: en la mañana (mirando a la hija)

E: qué tomó de desayuno?

P: me lo diste tú o no (mirando a la hija)

A: sí: si tomaste | cuéntale lo que tomaste de desayuno

P: no me acuerdo bien qué tomé

E: no?/

P: no sé qué tomé de desayuno

(PD16:042-051)

- **Memoria autobiográfica:** en esta memoria se señalan los defectos de memoria asociados a recuerdos autobiográficos.

Ejemplo 26:

E: no se dio ni cuenta cuando empezó a pololear

P: y pololeamos ¿cuántos años?

A: acuérdate cuantos

P: como 10 años/ ? ¿o no?

A: 8

P: 8 años pololeamos (levanto las cejas)

(PD1:141-146)

Ejemplo 27:

A: y después retorno a la secretaria y ella se hizo cargo de la biblioteca

E: Ah: qué bonito ; y que le tocaba hacer a usted en la biblioteca?

P: varias cosas

E: Por ejemplo? Deme un ejemplo \

P: mira ya han pasado tantos años de eso que: yo estoy vieja ahora se me han olvidado

(PD8:196-200)

Las dificultades de memoria, como se menciona más arriba, son más frecuentes en personas con DTA que en personas del grupo control (ver tabla 5.14, página 128). esto se considera relevante para el foco temático ‘antecedentes’ debido a

que la capacidad de memoria influye en el desempeño lingüístico general de un sujeto.

**5.2.2.1.4. \*Déficits lingüísticos:** en este súper-código se agrupan todos aquellos que hacen referencia a dificultades lingüísticas:

- **\*Dificultad en el manejo de tópicos:** aquí se agruparon todos los códigos que se usaron para hacer referencia a las dificultades del manejo de tópicos, cambios abruptos, seguimiento del tema, continuar un tema o para incorporar temas nuevos. El detalle es el siguiente.
- **Desvío del tópico:** se utilizó este código para marcar cada vez que el hablante cambia de tópico de manera abrupta.

Ejemplo 28:

E: señora Olivia y usted más adelante se casó?  
P: quien yo?  
E: si/  
P: Si si me case  
E: qué edad tenia usted cuando se casó?  
P: paso que volví a trabajar a su a casa

(PD4:071-076)

- **Dificultad para adaptarse al tópico:** con este código se marca cada vez que el hablante demuestra dificultad para seguir un tema de conversación

Ejemplo 29:

E: ya\ cuénteme eh:: donde vivía usted con su abuelita?  
P: vivíamos allá en: cerca de los: en del papa vivíamos en en una casa  
E: pero eso era acá en la región? Acá en viña?  
P: em:: mi abuela mi abuela arrendo una casa  
E: donde\  
P: arrendo una casa incluso lo que ella contiene hasta luego después un tiempo después.. y así

(PD6:036-041)

- **Dificultad para quedarse en el tópico y detallarlo:** se usó este código cuando se observó dificultad para extenderse en un determinado tópico. En el caso del ejemplo siguiente, la entrevistada tiene dificultades para explicar primero lo que le pasó a su padre y luego lo que le pasó a su abuelita.

Ejemplo 30:

P: incluso ahora murió mi papa  
E: =ya \ que le paso a su papa=?

P: tampoco supe nada (gesto de negación con su cabeza) que había muerto mi papa  
 E: ya: \ usted vivió con su papa alguna vez?  
 P: no\ con mi abuelita  
 E: solo con su abuelita  
 P: =pero se murió= se murió y | se murió  
 E: ya: que le paso a su abuelita? Se enfermó?  
 P: = no supe= porque yo no estaba ahí  
 E: ya: y usted estaba de viaje estaba fuera?  
 P: no  
 E: donde estaba usted?  
 P: dentro del terreno  
 E: usted vivía con su matrimonio dentro del mismo terreno con su abuelita?  
 P: primero fue con mi abuela después y después ya no:: no más con ella\

(PD6:138-152)

- **Regreso al tópico de preferencia:** este código se usó para marcar cuando los entrevistados en vez de hablar sobre un tema propuesto, volvieron inadecuadamente a un tópico de preferencia.

Ejemplo 31:

P: hasta que después me separe  
 E: de la iglesia dice usted\ se separó de la iglesia?  
 P: después era por hora en la mañana después volvía en la tarde otra vez  
 (PD6:134-136)

En el ejemplo la entrevistada en vez de seguir hablando sobre su matrimonio y separación para introducir una frase que hace referencia a otro momento de su vida, que es el episodio de su vida sobre el cual habla siempre: cuando trabajaba repartiendo almuerzos junto a su abuelita, en donde tenía que ir y volver.

**Tabla 5.25** Cantidad de citas asociadas a dificultad en el manejo de tópicos

CÓDIGOS	CONTROLES	DTA
Desvío del tópico	0	9
Dificultad para adaptarse al tópico	0	3
Dificultades para identificar el tópico	0	1
Dificultad para quedarse en el tópico y detallarlo	0	1
Regreso al tópico de preferencia	0	4
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>18</b>

Las dificultades en el manejo de tópicos detallados más arriba se presentaron solo en los participantes con DTA conglomerando 18 citas en total. La dificultad en el manejo de tópicos es un antecedente debido a que genera espacio para las actividades de reformulación especialmente de tipo hetero-reformulación, en donde el interlocutor es quien repara para facilitar el desarrollo de la conversación que está en curso.

- **\*Dificultad en la narración:** aquí se agruparon varios códigos que hacen referencia a diversas dificultades que afectan principalmente a la coherencia.

- **Narración incoherente:** con este código se marcaron narraciones que resultaban incoherentes, dado que presentan faltas en la lógica de la secuencia de eventos que no permite comprender el tema de lo que se está hablando.

Ejemplo 32:

P: | ósea cuando yo mira a un: a un: | a una película/ | cuan::do viene:: la parte de:: del:: | como se podrí:a llamar\ || sobre de lo que se trata la peli::cula\ | y aparecen:: y vende::mos comida de gato\ por ejemplo\ |

(PD7:253)

Como se puede apreciar en esta narración el hablante comienza a relatar una escena, pero termina mencionando información que no aporta al tema ni a la comprensión mutua.

- **Narración con faltas a la coherencia y/o cohesión:** este código se usó para identificar narraciones con errores a nivel de coherencia ya sea global y local, y también cuando junto a esto se presentan dificultades y/o falta de mecanismos de cohesión.

Ejemplo 33:

A: tenía que sacar certificado de matrimonio

P: =claro claro= certificado de matrimonio lo entregue y me dijo está todo listo | y bueno no teníamos auto en esa época y: me dijo ya; me paso la maqueta así (gesticula con las manos) este esta bonito | me dijo: le recomiendo eso | y: el día domingo/ fuimos subimos a

P: Miraflores | y la micro ya no está en uno norte esta en Sausalito

E: ya:

P: |y de ahí subimos | y llegamos y empezamos salimos que estaba todo cerrado todavía no lo entregaban ese (apuntando con su mano) | parece parece que es al final después cuando ya está listo (puf P realiza un sonido con su boca) llegamos allá pero uno

extraordinario extraordinario no cierto?/(preguntando a A)  
(PD1:283-289)

En este ejemplo el hablante con DTA está relatando cómo llegó a comprar su primer departamento. En general se hace entender, se mantiene en el tema, sin embargo, tiende a incorporar información que no ayuda a la coherencia, percibiéndose faltas en la lógica (por ejemplo, cuando afirma "... ya la micro ya no está en uno norte, está en Sausalito").

- **Narrativa con errores temporales y espaciales:** se marcaron episodios narrativos en donde los entrevistados presentaban errores en cuanto a la fecha de los sucesos o errores en el lugar en donde ocurren los hechos narrados.

Ejemplo 34:

P: así que: tengo una señora que en realidad (risas) me rio yo soy católica | y ella es testigo de jehová |

E: ya

P: tan bien que como que ella fuera católica y yo fuera testigo |

E: =(risas)=

P: yo le respeto sus creencias y ella me respeta las mías |y nos llevamos, pero súper bien es una mujer divina |ella es una persona hermosa hermosa | así que yo si me voy de aquí va a llegar a mi casa a atenderme 3 veces a la semana | que ahora los hijos no quieren que trabaje ella | entonces trabajo toda la vida entonces ellos ahora le dicen mama no trabajé pero para que este conmigo tres veces a la semana | si la dejan |

E: ya

P: porque me conocen a mi he estado en la casa de ellos en Valdivia |y : saben cómo soy yo po y que la mamá va a estar bien porque no soy una mujer que la va a tratar mal nada | y no me gusta eso ahí | así llevo mi vida buena po

(PD4:351-357)

En este ejemplo la hablante relata hechos que pasaron hace años atrás como si fuesen del presente. Ella vive en un hogar de larga estadía y su referencia es de cuando vivía sola antes de llegar al hogar.

- **Errores en la narración:** este código se usó para marcar errores de diversa índole que afectan la comprensibilidad de la narración

Ejemplo 35:

P: muy humirde| mi mama era viuda ya | (sic) (PD4:239)

E: ya\ (PD4:240)

P: entonces eh: la pensión del papá era poca | (PD4:241)

E: ya (PD4:242)

P: pero ella no: ponía inyecciones si a colocaba: | habían heridas ella nos cuidaba / | (sic) (PD4:243)

E: ya (PD4:244)  
P: ella tenía muy buena mano para esas cosas | eso lo aprendió de mi papá así que | ahí: nos ha nos ha: nos tuvo nos educó uno solo que no es Edi/ | el falleció (PD4:245)

En el desarrollo de su narración biográfica se observa que logra hacerse entender, pero hay elementos como en PD4:243 y en PD4:245 que hacen que su narrativa no sea totalmente comprensible.

- **Faltan elementos en la narración:** se marcaron con este código pasajes de la narración en los que se observan faltas de información que afectan la comprensibilidad de lo contado.

Ejemplo 36:

P : si mi papá era marino\  
E: ya  
P: | entonces a él lo trasladaban y estaba yo lo trasladaron ahí a | Puerto Montt al papa|  
E: ya  
P: cuando mi mamá me quedo esperando a mi |  
E: ya  
P: y ahí nací |en la calle Miraflores

(PD4:090-096)

Se considera que faltan elementos en la narración ya sea morfosintácticos o semánticos en la medida en que no hay información suficiente para comprender el marco de lo que se está relatando. De esta forma, por ejemplo, en PD4:096, cuando habla sobre nacer en calle Miraflores, no precisa en si esto es en hospital o se trató de un nacimiento en casa. En este ejemplo en la narración faltan detalles informativos.

Las dificultades en la narración fueron más frecuentes en las personas con DTA con un total de 32 citas (ver tabla 5.17, página 129) en contraste con la ausencia de estas en el grupo control. Estas dificultades se juzgaron como antecedentes de las actividades de reformulación.

- **\*Parafasias:** este súper-código incluye códigos que hacen referencia a errores de tipo parafásicos que afectan a nivel de fonema o a nivel de palabra.
  - **Parafasia fonémica:** con este código se marcaron palabras que tenían sustituciones a nivel de sonidos de las palabras.

Ejemplo 37:

P: y yo era el que repartía\ en la tienda: había una señora que encargo su trate de moda/ de de novia/ (PD7:229)

En este ejemplo en la sentencia pretende decir “traje” y la palabra que utiliza es “trate”, se observa una sustitución de un fonema por otro.

- **Parafasia semántica:** este código se usó para marcar sustituciones de una palabra con otra que está dentro del mismo campo semántico.

Ejemplo 38:

P: el caballero me llevo en el \*taxi \*\*no era taxi era un: colectivo (PD4:100)

En el ejemplo puede verse claramente que la palabra objetivo es sustituida por otra que está dentro del mismo campo semántico. Acto seguido, el participante reformula para corregir su error.

- **Parafasia verbal o léxica:** se marcaron con este código, la sustitución de una palabra por otra con la que no hay relación semántica

Ejemplo 39:

P: ahí fue mi matrimonio | y sin nada de una fiesta ni ni: comida así ostentosa nada (PD6:259)  
E: fue sencillo (PD6:260)  
P: muy sencillo todo muy sencillo | pero si fui muy feliz (PD6:261)  
E: maravillo::so! | (PD6:262)  
P: si si si así que | tengo esa | esas \*cualidades buenas que guardo cariño (PD6:263)  
E: \*\*un recuerdo (PD6:264)  
P: =que no se olvidan = (PD6:265)

Siguiendo la idea de lo que se está relatando, en PD6:263 sustituye la palabra “recuerdos” por “cualidades”. En el turno siguiente puede verse la hetero-reformulación

Las parafasias fueron analizadas más arriba (ver tabla 5.16, página 128) y se consideran como posible fuente de actividades de reformulación.

- **Circunloquios:** se utilizó este código cuando el hablante compensó la DAL, explicando el concepto al cual no pudo acceder.

Ejemplo 40:



E: que es lo que hacia ella?

P: mi mama era diseñado::ra de ropa femeni::na\ |

E: ya::\

P: | o::sea ella la miraba::/ | y cortaba un molde\ | (gestualiza con sus manos)

E: ya:\ | ella:: era:: algo así como modista?

P: | como modista si::!

(PD7:097-102)

En el corpus general se marcaron solo dos circunloquios que pertenecían a personas con DTA. La interlocutora ayuda al hablante con una hetero-reformulación.

- **Dificultad de acceso al léxico:** este código se utilizó para marcar cuando el hablante en su discurso quería nombrar algo y presentó dificultad para acceder o bien no llegó a su palabra objetivo.

Ejemplo 41:

P: entonces cuando yo |\* como se llama | le pregunto \*\*a un | capitán (...)

(PD1:328)

Las DAL fueron frecuentes en todo el corpus, 18 citas se marcaron para el grupo control y 44 para el grupo con DTA (ver tabla 5.15, página 127). Estas dificultades se asocian a actividades de reformulación tal y como aparece en el ejemplo.

- **Enunciados incoherentes:** se marcaron enunciados incoherentes, es decir, enunciados que no están bien estructurados, están incompletos y no aportan información relevante sobre lo que se está diciendo.

Ejemplo 42:

E: y:: usted cuándo conoció a su marido

P: \*este marido como este cuando como

E: ¿Me puede contar cómo lo conoció?

P: \*\*si:: es que éramos del barrio

(PD9:106-109)

Aquí se intenta que la participante relate cómo conoció a su marido; sin embargo, su respuesta no es coherente y al insistir ella trata de reformular.

**Tabla 5.26** Cantidad de citas asociadas a enunciados incoherentes

CÓDIGO	CONTROLES	DTA
Enunciados incoherentes	0	20
<b>Total</b>	0	20

Las citas asociadas a enunciados incoherentes fueron en total de 20 y todas pertenecían al grupo de personas con DTA.

- **\*Dificultades de comprensión:** aquí se conglomeraron varios códigos que hacen referencia a dificultades de distintos tipos asociadas con la comprensión.
  - **Dificultades de comprensión:** se marcaron cuando el hablante demuestra falta de comprensión respecto a lo que él mismo dice, lo que dice el otro o bien al contexto de lo que se está diciendo. Se incluyen además las dificultades para comprender instrucciones de diversa complejidad. En el siguiente ejemplo, puede observarse que el hablante no comprende la tarea que se le solicita.

Ejemplo 43:

E: quiero que vea esa imagen: y que se fije: en las diferentes personas que aparecen ahí: ya?

P: | a::h las diferencias\

E: las diferentes personas\ | hay varias personas\

P: (observa la lamina)

A: ella dijo las diferencias

E: sí\

P: si ahí: (¿???) con un niño\ |

E: ya\

P: como lo tengo que decir/?

(PD12:071-079)

- **Pobreza ideacional:** la pobreza ideacional puede notarse cuando en tareas de MetAphAs deben imaginar conversaciones o ideas y decirlas o cuando en la conversación no saben cómo aportar más, y en consecuencia su discurso se hace más escueto.

Ejemplo 44:

E: eh: mire vamos a::h quiero que usted me diga/ qué es lo que le está diciendo la mujer | em: si me deja | qué es lo que le está diciendo la mujer que está de pie/ a la mujer que está sentada?

Qué le está diciendo a ella?

P: | están conversando\

E: sí\ que le está diciendo?

P: | seguramente le está diciendo algo porque levanta la mano (lo hace con seña) | **no se que más le dice\**

E: invente usted algo\ | que le está diciendo de que están conversando\

P: no creo de que conversarán\

(PD16:077-082)

- **Fallo en la interpretación de una escena:** se refiere a cuando el hablante presentó dificultades para interpretar

una escena de las propuestas en MetAphAs. Puede ser fallo en el reconocimiento de objetos o personajes.

Ejemplo 45:

E: le voy a mostrar esta lámina de acá esta vez no se la voy a quitar\ | mírela  
P: | (observa la lámina)  
E: me gustaría que usted me diga / que es lo que está pasando en ese instante\ | quiero que se fije en las personas que están allí\  
P: | dice hay una persona que esta | bebiendo algo parece\  
E: ya:/ | que más?  
P: | este otro que está sentado aquí que a lo mejor anda el con eso\ | como un pescao (sic)  
E: ya:/  
P: yo creo\ | veo eso\ | y esta otra no sé qué será | una niña\ | este en un niño que es hijo de ella\ y esto no se  
A : y allá? (le señala algo en la lámina)  
P: este niño que esta con este | que se cayó | se cayó así de golpe\ | sí o no? | y este otro no se\ | tiro algo para parar algo\ | con la mano\  
E: en donde están ellos?  
P: | ah no sé dónde estarán | estoy viendo\  
(PD16:065-076)

**Tabla 5.27** Citas asociadas a dificultades de comprensión

CÓDIGOS	CONTROLES	DTA
Dificultades de Comprensión	0	4
Pobreza ideacional	0	6
Fallo en la interpretación de una escena	0	2
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>12</b>

Como puede apreciarse en la tabla 5.27, las dificultades de comprensión fueron en total 12 y todas pertenecían a las entrevistas de personas con DTA

**5.2.2.2. Fenómeno**

En este foco temático, llamado **fenómeno**, se deben incluir los códigos o súper-códigos que representan al fenómeno en estudio, en este caso a los vinculados con la reformulación. En esta etapa se identificaron todos aquellos elementos que se consideraron constitutivos del fenómeno o característicos de él. Se incluyen, entonces, los siguientes súper-códigos: “Actividades de reformulación”, “Tipos de reformulación”, “Estructura de la reformulación” y “Tipo de relación en la reformulación”. El objetivo de esta familia de códigos es presentar el fenómeno de análisis, identificar los componentes

y agruparlos para su análisis de acuerdo con las preguntas de investigación en las que se busca develar la relación o asociación existente entre éstas y el desempeño cognitivo asociado al diagnóstico inicial.

**Figura 5.2** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado 'Fenómeno'



En la tabla 5.28 pueden verse los súper-códigos de esta familia y los códigos asociados a estos súper-códigos. Más adelante se describen y ejemplifican cada uno.

**Tabla 5.28** *Códigos del foco temático ‘Fenómeno’*

<b>CÓDIGOS O SUPER-CÓDIGOS PRINCIPALES</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS O SUPER-CÓDIGOS ASOCIADOS A UN SUPER-CÓDIGO PRINCIPAL</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS DE UN SUPER-CÓDIGO</b>
<b>*Actividades de reformulación</b>	<b>*Estructura de la reformulación</b>	*Enunciados Fuentes de reformulación conversacional *Enunciados reformuladores Marcador de reformulación Auto-reformulación auto-iniciada Auto-reformulación iniciada por otro Auto-reformulación en dos turnos Auto-reformulación después de varios turnos Hetero-reformulación iniciada por otro Validación de la hetero-reformulación Hetero-reformulación del hablante
	<b>*Tipos de reformulación</b>	
	<b>*Tipo de relación en la reformulación</b>	Reformulación no parafrástica Reformulación parafrástica

5.2.2.2.1. **\*Actividades de reformulación:** este código se usó para identificar aquellas actividades conversacionales que los hablantes utilizaron para corregir, completar o adecuar sus formulaciones textuales. Se aglomeran aquí tres códigos que se describen a continuación.

- **\*Estructura de la reformulación:** se estableció como supercódigo para incluir una serie de códigos que hacen referencia a la estructura de las actividades reformulativas (enunciados fuente, enunciados reformuladores y marcador de reformulación).

- **\*Enunciados fuentes de reformulación conversacional:** los enunciados fuentes son todos aquellos enunciados que fueron reparados. La descripción de los diversos tipos de enunciados fuentes fueron descritos en el apartado anterior y su mención en este foco temático es solo de ilustración de las partes que constituyen las actividades de reformulación
- **\*Enunciados reformuladores:** los enunciados reformuladores son aquellos enunciados que vienen a reemplazar a los enunciados fuentes y que son la evidencia del proceso de reparación y del intento de los hablantes por favorecer la comprensión mutua. La mención de este súper código en este foco temático, al igual que el anterior, es meramente informativa sobre la estructura de la reformulación. Mayores detalles sobre este grupo de códigos se desarrollarán en el apartado siguiente.
- **Marcador de reformulación:** los marcadores de reformulación son los elementos lingüísticos que enlazan los enunciados fuentes con los enunciados reformuladores.

Ejemplo 46:

P: eh: | \*era un taller eléctrico íbamos hacer trabajo a los buques\ | **o sea** \*\*cuando un buque | tenía algún problema/? | Nosotros íbamos al buque | hacíamos la reparación \ | eh: | y: | eso\ (PD11: 030)

En el ejemplo el participante antes de iniciar la reformulación usa el marcador ‘o sea’.

**Tabla 5.29** Citas asociadas a la estructura de la reformulación

CÓDIGOS Y SUPERCÓDIGOS	CONTROLES	DTA	TOTAL
*Enunciados fuente de reformulación conversacional	90	107	197
*Enunciados reformuladores	97	109	206
Marcadores de reformulación	10	24	34
<b>Totales</b>	<b>197</b>	<b>240</b>	<b>437</b>

El análisis de los enunciados fuentes y enunciados reformuladores pueden revisarse más arriba (ver tablas 5.20 y 5.21, páginas 132 y 136 respectivamente). Y como puede apreciarse en la tabla 5.29, la reformulación es más frecuente en el grupo con DTA. Esto puede indicar que el grupo con DTA, en general, comete más errores en sus enunciados que exigen reformulación.

- **\*Tipos de reformulación:** se refiere al conjunto de códigos que hacen referencia al responsable de la reformulación quien puede ser el hablante o bien el interlocutor.
  - **Auto-reformulación auto-iniciada:** con este código se identificaron las actividades de reformulación en la cual el hablante reformula un enunciado ya dicho previamente de manera autónoma, es decir, sin petición explícita o implícita por parte del interlocutor.

Ejemplo 47:

E: ya ¿usted se caso alguna vez? (PD3:044)  
 P: sí me case \*el venti \*\*tenía veintidós años (PD3:045)

Aquí la reformulación se realiza en el mismo turno y su inicio se marca con doble asterisco.

Ejemplo 48:

P: eh: | era un taller eléctrico \*íbamos hacer trabajo a los buques\  
 |ósea \*\*cuando un buque | tenía algún problema/ | Nosotros íbamos al  
 buque | hacíamos la reparación \ | eh: | y: | eso\ (PD11:030)

En este ejemplo se puede ver un enunciado fuente marcado con un asterisco y un enunciado reformulador marcado con doble asterisco que se realizan en un mismo turno de manera espontánea por parte del hablante.

- **Auto-reformulación iniciada por otro:** este código se utilizó cuando el hablante realiza una reformulación de algo

dicho previamente por él mismo tras una petición implícita o explícita por parte del interlocutor. Se considera iniciada por el otro, porque la petición de reformulación implica que la evaluación de falta de comprensión respecto a lo que se dice es de responsabilidad del interlocutor.

Ejemplo 49:

E: m: | ym: ¿usted recibe noticias de de sus familiares? (sic)  
P: \*|por ninguna vega po (sic)  
E: m ¿cómo?  
P: \*\*ahora ninguno navega de mis hijos no | eh: oscar es ingeniero  
(PD4:290-293)

Aquí se observa una reformulación luego de la petición explícita del interlocutor.

- **Auto-reformulación en dos turnos:** este código se usó cuando la reformulación empezó en un turno y terminó en otro o bien se reformula lo dicho por el mismo hablante en el turno anterior. Se produce cuando ha habido una intervención del interlocutor no relacionada con el procedimiento reformulador que empezó el hablante.

Ejemplo 50:

P: pero ¿qué piensas tu? (pregunta a su acompañante)  
A: pero si a ti te están preguntando  
P: \*no ella me miro y:: |  
A: yo puedo decir una cosa (mirando al entrevistador)  
P: \*\*ella me miro y quedo así |(gesticula con sus manos)  
E: congelada (risas) fue un flechazo ahí (PD1:123-128)

Aquí se está hablando sobre el día en que el hablante P conoce a su esposa A. Tras la interrupción de A, el hablante retoma lo dicho reformulando y completando lo que quería decir.

Ejemplo 51:

E: ¿cómo se llama:: | ella? (PD23:162)  
P: \*Lilian fajardo se llama ella (PD23:163)  
E: Lilian bonito nombre (PD23:164)  
P: \*\*Lilian del Carmen (PD23:164)

En este ejemplo la hablante B reformula en P23:164 lo dicho en su turno anterior para precisar la información que estaba entregando.

- **Hetero-reformulación iniciada por otro:** este código se usó para describir una reformulación conversacional de algo que el hablante ha dicho, pero que es iniciada y



terminada por el interlocutor, es decir, sin petición explícita o implícita del hablante mismo y sin su intervención en ningún momento

#### Ejemplo 52:

E: E::h/ la primera vez que usted trabajó se acuerda?  
P: si si me acuerdo pero mira antes de empezar a trabajar viajaba mucho para estudiar pero \*yo después pude digamos dedicarme a algo pero difícil era tenías mi casa  
E: Ya::  
P: con ella con mis padres no me preocupaba\  
E: osea \*\*no tenía como una gran necesidad de trabajar  
P: no pero en esos año no (PD8:159-164)

En el ejemplo 52, la hablante quiere explicar que de joven no trabajaba mucho, pero lo dice de manera tal que no se entiende lo que quiere decir y la entrevistadora inicia y termina una reformulación.

- **Hetero-reformulación del hablante:** se trata de una reformulación hecha por el hablante, sujeto de la investigación, a su entrevistador. Significa que el hablante juzga lo dicho por el entrevistador y es capaz de reformular para la comprensión mutua. Cabe señalar que esta acción se vio solamente dos veces en todo el corpus y con hablantes del grupo control.

#### Ejemplo 53:

E: ¿Y fue?  
P: Fui | allá andamos | si:: | si:: | claro como después no tenía computador  
E: \*Se le olvidaba un poco  
P: \*\*Se va olvidando | pero yo creo que e::m mm fácil o sea lo básico por supuesto (PC25:075-078)

En el ejemplo, E es el entrevistador y P el hablante quien reformula en PC25:078 lo dicho por el entrevistador en el enunciado anterior.

En la tabla 5.30 puede verse que la reformulación más frecuente es la auto-reformulación auto-iniciada y le sigue la hetero-reformulación iniciada por otro. Los participantes don DTA hacen menos auto-reformulaciones auto-iniciadas y más hetero-reformulaciones iniciados por otros en comparación con el grupo control (cfr. *supra* apartado 5.2.1.5 y 5.2.1.6 en la página 129 y 130). La auto-reformulación iniciada por otro es poco frecuente pero mayor en DTA, indicando que para auto-reformular necesitan más apoyo del interlocutor. Generalmente la auto-reformulación se da en el mismo turno, pero en este corpus se marcaron siete reformulaciones que se realizaron en un segundo turno. También pudo observarse dos reformulaciones hechas por hablantes control

para corregir algo dicho por su entrevistadora, mostrando capacidad de corregir lo que dicen ellos mismos y lo que dicen otros, aunque la aparición de esta conducta fue poco frecuente.

**Tabla 5.30** *Cantidad de citas asociados a tipos de reformulación*

CÓDIGOS	CONTROLES	DTA	TOTAL
Auto-reformulación auto-iniciada	80	70	150
Auto-reformulación iniciada por otro	1	6	7
Auto-reformulación en dos turnos	1	6	7
Hetero-reformulación iniciada por otro	10	19	29
Hetero-reformulación del hablante	2	0	2
<b>Totales</b>	<b>94</b>	<b>101</b>	<b>195</b>

- **Tipo de Relación de la reformulación**

- **Reformulación parafrástica:** se consideró que la reformulación era parafrástica cuando el enunciado reformulador tenía una relación de similitud semántica con el enunciado fuente.

Ejemplo 54:

P: Entonces, ella después ya::, consideró que yo estaba siendo como | obstáculo ahí, porque, e:: yo había criado, me decía así (???), que yo había criado un hijo mamón, un hijo mamón, porque era como \*a la antigua, \*\*enchapa´ a la antigua (risas). (sic)

(PC19:041)

Aquí el enunciado reformulador intenta completar la idea del enunciado fuente, manteniendo la misma estructura y repitiendo la misma palabra, por lo que ambos enunciados son similares.

- **Reformulación no parafrástica:** con este código se marcaron todos aquellos enunciados reformuladores que no eran paráfrasis del enunciado fuente y que constituyen un nuevo texto con una función específica en relación con el enunciado fuente, la cual podría ser de recapitulación o resumen, de reconsideración o de separación.

Ejemplo 55:

E: fue, por el civil entonces  
 P: por el civil, si  
 E: ya y quienes fueron sus testigos  
 P: \*personas extrañas, porque no íbamos preparados como para eso,  
 \*\*no sabíamos que nos iban a casar (PC27:53-56)

En este ejemplo se puede apreciar que el enunciado reformulador marcado con el doble asterisco sirve de explicación al enunciado anterior, por lo que se le clasifica como reformulación No parafrástica de ‘reconsideración’.

**Tabla 5.31** *Tipos de relación de reformulación: parafrástica o no parafrástica*

CÓDIGOS	CONTROLES	DTA	TOTALES
<b>Reformulación parafrástica</b>	71	75	146
<b>Reformulación no parafrástica</b>	22	16	38
<b>Totales</b>	<b>93</b>	<b>91</b>	<b>184</b>

Para hacer el conteo total del tipo de relación de reformulación, se tomaron las reformulaciones adecuadas y algunas inadecuadas, aquellas que se pudieron clasificar. Esto significa que varias de las reformulaciones inadecuadas (con errores o incompletas) no tenían características que permitieran interpretar la relación existente entre el enunciado fuente y el enunciado reformulador.

En la tabla 5.31 se ve que la reformulación parafrástica es más frecuente que la reformulación no parafrástica en ambos grupos. Esto puede deberse a que las reformulaciones registradas se ejecutaron principalmente con la intención de corregir lo dicho previamente. Entonces se observaron “refraseos” y paráfrasis correctiva.

En relación con las reformulaciones no parafrásticas, estas son menos comunes en ambos grupos quizás debido a que este tipo de relación reformulativa es más compleja con una intención más retórica que correctiva, implicando el uso de mayores recursos cognitivos y discursivos. Desde este punto de vista, se podría explicar que son levemente más frecuentes en el grupo control, que en el grupo con DTA.

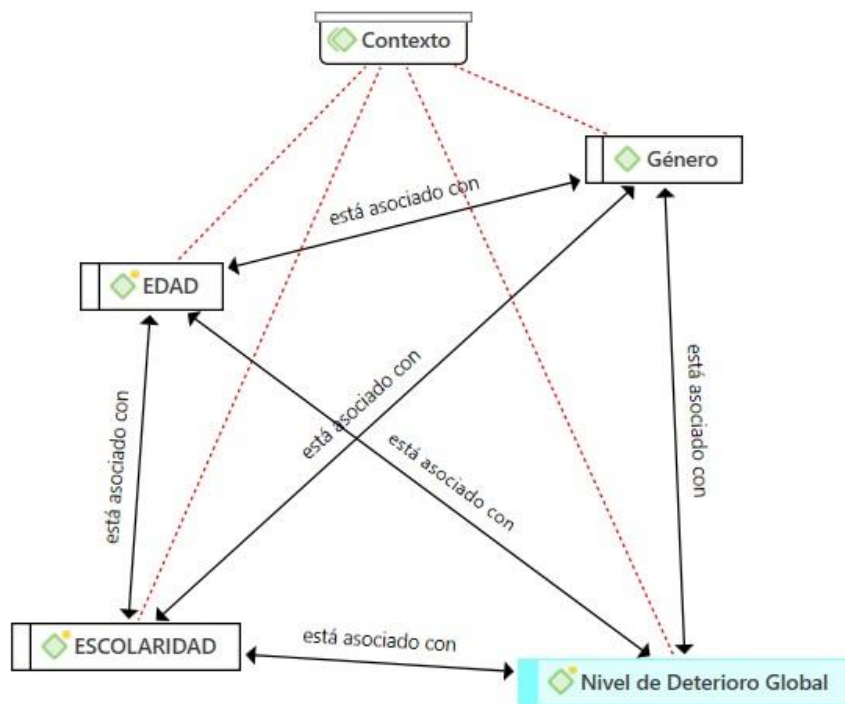
En resumen, para este foco temático se han presentado las principales características relacionadas con el fenómeno de la reformulación. El análisis muestra su estructura, los tipos de reformulación utilizados y los tipos de relación semántica de los elementos de la reformulación.

### 5.2.2.3. Contexto

En este foco temático llamado **contexto**, como se ha explicado antes, se incluyen todos los códigos que hacen referencia a aspectos, cualidades o condiciones no modificables por parte del investigador. Los códigos seleccionados para conformar esta familia son: “Nivel de deterioro global”, “Edad”, “Escolaridad” y “Género” dado que son características intrínsecas de cada sujeto que no se pueden cambiar. Se les considera contexto debido a que representan las características base sobre las que cada participante se desempeña en las tareas conversacionales.

En la imagen de la *network* que aparece a continuación, cada uno de estos códigos se presentan ‘asociados’, debido a que la interacción entre los tres puede tener una influencia en las propiedades que el fenómeno de la reformulación tiene.

**Figura 5.3** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado Contexto



La descripción de los códigos que se asociaron a este foco temático son los siguientes.

- 5.2.2.3.1. Nivel de deterioro global:** como se mencionó anteriormente este código se usó para identificar el desempeño cognitivo de los participantes que se obtiene de la evaluación neuropsicológica y como referencia principal a la Escala de Deterioro Global (GDS).

**5.2.2.3.2. Género:** se usó para identificar al participante de acuerdo a su género, femenino o masculino.

**5.2.2.3.3. Escolaridad:** con este código se marcó el antecedente de los años de escolaridad de cada participante.

**5.2.2.3.4. Edad:** se usó para identificar al dato numérico relativo a la edad del participante.

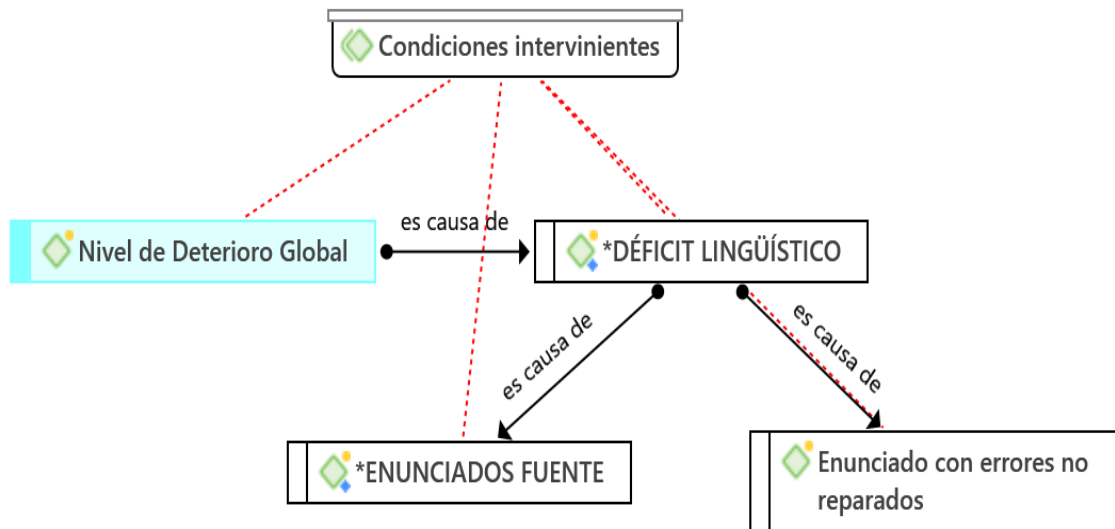
Dentro del modelo de Strauss y Corbin (1990:142), las condiciones contextuales son un conjunto de condiciones específicas que se entrecruzan para reconocer ciertas condiciones o patrones que pueden impactar en el fenómeno. El contexto puede tener vínculos con las condiciones causales o antecedentes ya explicadas más arriba, y con las consecuencias que se describen más abajo. En este caso, los antecedentes a los que se refieren los códigos seleccionados son fundamentalmente descriptivos; sin embargo, las características no modificables de los participantes, especialmente aquella referida al nivel de deterioro global, pueden condicionar la aparición de reformulaciones con ciertas características en un grupo o en otro.

#### **5.2.2.4. Condiciones intervinientes**

Este foco temático llamado **condiciones intervinientes** hace referencia a todas aquellas características que condicionan la aparición de actividades de reformulación. Como puede apreciarse en la imagen de la *network* se identifica al nivel de deterioro global como causante de diversos déficits lingüísticos. A su vez, el déficit lingüístico se considera como causante de enunciados fuentes de reformulación, es decir, de enunciados que requirieron ser reparados conversacionalmente, y de enunciados con errores no reparados.

Recordemos que la reformulación conversacional es un procedimiento que permite modificar lo dicho previamente para mejorarlo y hacerlo más entendible. Entonces, la reformulación existe para mejorar enunciados que se consideraron insuficientes para el entendimiento mutuo. Cuando existen alteraciones lingüísticas, aumenta la probabilidad de realizar enunciados insuficientes que requieran de procedimientos de reformulación. Por esta razón se estableció la relación mencionada en la *network*.

**Figura 5.4** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado *Condiciones Intervinientes*



Los códigos identificados para este foco temático se muestran en la siguiente tabla 5.32 y a continuación se presentan sus definiciones y ejemplos.

**Tabla 5.32** *Códigos y súper códigos asociados al foco temático de ‘condiciones intervinientes’*

<b>CÓDIGOS O SUPER-CÓDIGOS PRINCIPALES</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS O SUPER-CÓDIGOS ASOCIADOS A UN SUPER-CÓDIGO PRINCIPAL</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS DE UN SUPER-CÓDIGO</b>
Nivel de deterioro global	--	--
*Déficits lingüísticos	<p>*Dificultad en el manejo de tópicos</p> <p>*Dificultad en la narración</p> <p>*Parafasias</p> <p>Circunloquio Dificultad de acceso al léxico Enunciados incoherentes</p>	<p>Desvío del tópico Dificultad para adaptarse al tópico Dificultades para identificar el tópico Dificultad para quedarse en el tópico y detallarlo Regreso al tópico de referencia Narración incoherente Narración con faltas a la coherencia Narrativa con errores temporales y espaciales Errores en la narración Faltan elementos en la narración</p> <p>Parafasias fonémicas, Parafasias semánticas Parafasias verbal o léxica</p>
*Enunciados fuentes de reformulación conversacional	<p>Enunciado fuente Enunciado fuente con errores morfosintácticos Enunciado fuente con error referencial Enunciado fuente impreciso Enunciado fuente incompleto Enunciado fuente incoherente Enunciado fuente parafasia fonémica Enunciado fuente parafasia verbal Enunciado fuente pérdida del tópico Enunciado fuente por fallas de memoria</p>	

**Enunciados con errores no  
reparados**

--

--

---



- 5.2.2.4.1. **Nivel de deterioro global:** la definición de este código puede revisarse en el apartado 5.2.2.1 que habla sobre las condiciones antecedentes (página 142)
- 5.2.2.4.2. **\*Déficits lingüísticos:** este súper código puede revisarse en el apartado anterior 5.2.2.1 sobre condiciones antecedentes (página 142).
- 5.2.2.4.3. **\*Enunciados fuentes de reformulación conversacional:** este súper-código se usó para identificar los enunciados que son fuentes de reformulación por considerarse insuficientes o inadecuados. Aquí se conglomeran otros códigos que se describen a continuación:

- **Enunciados fuente sin errores específicos:** se refiere al elemento reformulado en un procedimiento de auto-reformulación o de hetero-reformulación. El enunciado fuente se juzgó como insuficiente para explicar lo que se está diciendo. Se incluyeron todos los enunciados que no presentaban características especiales como los descritos más adelante.

Ejemplo 56:

E: que le diría el caballero: a los niños\  
 P: \* | que: no molesten:/ |  
 E: ya\  
 P: \*\*| que no mole::sten\  
 que le van a botar el sombrero\ (PD12:086-089)

En este ejemplo, el enunciado fuente es el segmento inicial marcado con un asterisco (\*) el que no presentan ningún tipo de error a corregir, sin embargo, la participante decide ampliar lo dicho reformulándolo, esto que se observa en el siguiente turno marcado con doble asterisco (\*\*).

- **Enunciado fuente con errores morfosintácticos:** este código se usó para identificar al elemento reformulado en un procedimiento de auto-reformulación o de hetero-reformulación, cuando en la enunciación se producen errores de tipo morfológico y/o sintáctico. En el siguiente ejemplo, el enunciado fuente (PD4:291) presenta un error morfológico en donde se aplica un morfema femenino cuando debe ser masculino, lo que es corregido en la reformulación (PD4:293) que se identifica con un asterisco.

Ejemplo 57:

E : m: | ym: ¿usted recibe noticias de de sus familiares? (PD4:290)  
 P: |por \*ninguna vega po (PD4:291)  
 E: m ¿cómo? (PD4:292)  
 P: \*\*ahora ninguno navega de mis hijos no | eh: Oscar es ingeniero (PD4:293)

- **Enunciado fuente con error referencial:** se marcaron los enunciados que presentaban algún error de tipo referencial. En el ejemplo 58 siguiente la hablante se equivoca en dar como referencia el lugar en donde vivía antes. El asterisco indica la autocorrección.

Ejemplo 58:

P: Si \*en santa Inés estaba es decir \*\*mi casa estaba en concón (PD9:111)

Ejemplo 59:

P: \*la señora Gabriela, \*\*Graciela perdón (PC21:168)

En el ejemplo 59 el error está en mencionar el nombre de la persona sobre la cual se está hablando.

Ejemplo 60:

P: (...) mi hermana se quedó \*con mi papa \*\*con la mama de él | (...) (PC33:174)

En el ejemplo 60 la falla está en decir papá en vez de *mamá de él*.

- **Enunciado fuente impreciso:** este código se usó cuando el enunciado resultó impreciso o vago en cuanto al contenido, siendo no suficiente para la comprensión mutua y requiriendo reformulación para aumentar la precisión de lo que se está diciendo.

Ejemplo 61:

P: Pero \*las señoras no creían en eso que uno les dijera| \*\*ellas no creían que su marido era un fresco| (...) (PC33:027)

En el ejemplo 61 vemos que el enunciado reformulador precisa la información dada en el enunciado fuente, claramente la hablante consideró al enunciado fuente como impreciso.

- **Enunciado fuente incompleto:** se refiere a enunciados que fueron reparados por presentar información incompleta. El hablante la retoma repitiendo y completando, o bien se generó una reformulación a cargo del hablante o de su interlocutor.

Ejemplo 62:

P: \*esa ve porque | sh.: (levantando las cejas) (PD1:173)  
E: \*\*era de temer el suegro? (PD1:174)  
P := uh:=( levantando sus brazos y mirando a su esposa) (PD1:175)

En el ejemplo, el hablante P deja inconcluso su enunciado PD1:173, apoyándose de gestos y su interlocutor E reformula su idea.

- **Enunciado fuente incoherente:** se trata de enunciados que fueron reformulados porque presentaron errores en la coherencia que los hicieron inteligibles.

Ejemplo 63:

E: Eh:/ la primera vez que usted trabajo se acuerda?

P: si si me acuerdo pero mira antes de empezar a trabajar viajaba mucho para estudiar pero yo después pude digamos dedicarme a algo pero \*difícil era tenía mi casa

E: Ya:

P: con ella con mis padres no me preocupaba\

E: o sea \*\*no tenía como una gran necesidad de trabajar

(PD8:159-163)

El enunciado marcado con un asterisco resulta ininteligible por lo que propicia una hetero-reformulación.

- **Enunciado fuente parafasia fonémica:** se marca con este código cada vez que haya sustitución de un sonido o de una secuencia de sonidos por otro.

Ejemplo 64:

E: sí | ¿esta lista? | Ya | dígame ¿qué es lo que vio?

P: \*una niya | \*\*una niña en un piso... (sic) (PC22:015-016)

En el ejemplo 64 vemos claramente una parafasia que luego es corregida por una auto-reformulación auto-iniciada.

- **Enunciado fuente parafasia semántica:** se substituye una palabra por otra con la cual mantiene relación semántica.

Ejemplo 65:

P: Claro si..mi abuela y ya tenía todo listo entonces estas niñas salían del \*hospital de la \*\*escuela volvía otra vez a ir (PD6:045)

Aquí la hablante P describe lo que hacía para trabajar después de ir a la escuela y, entonces, cuando dice ‘hospital’ lo que en realidad quería decir es ‘escuela’ por lo que en el mismo enunciado se auto corrige.

- **Enunciado fuente parafasia léxica:** se marcó con este código los errores de sustitución de una palabra por otra sin conexión semántica y que generó algún tipo de reformulación. Recordemos que para este código se marcaron solo dos citas, por esta razón reutilizamos para ejemplificar el ejemplo 39.

Ejemplo 39:

P: ahí fue mi matrimonio | y sin nada de una fiesta ni ni: comida así ostentosa nada

E: fue sencillo

P: muy sencillo todo muy sencillo | pero si fui muy feliz

E: maravillo::so! |

P: si si si así que | tengo esa | esas \*cualidades buenas que guardo cariño

E: \*\*un recuerdo

P: =que no se olvidan = (PD4:259-265)

Este ejemplo muestra la sustitución de la palabra ‘recuerdo’ por ‘cualidades’, lo que generó en este caso una hetero-reformulación.

- **Enunciado fuente pérdida del tópico:** se refiere a cuando el hablante cambió de tópico de lo que estaba diciendo, requiriendo de reformulación para volver al tema inicial.

Ejemplo 66:

E: desde el 2014 ¿cómo es que usted llevo acá? ¿Nos puede contar?  
P: e:: si porque yo vivía en los departamentos de aquí de | Donde está el terminal, esos rojos | amari | rosados, no sé de qué color tienen | y | el | una vecina | bueno yo pertenecía al club de adultos mayores | aquí en la ligua  
P: el vínculo se llama e:: | y \*ahí yo era tesorero, y había mucho| y yo donde ando soy tesorero| Soy tesorero (risas) aquí también  
E: le gusta participar en la directiva  
P: e::: si  
E: ya  
P: es que me gusta | no se po será | m::i manera de ser, que cuando hay algo que se puede hacer, yo propongo doy las ideas y | Hasta que no lo logro no me quedo tranquilo  
E: m:: ya  
P: aquí igual  
E: ya | y como supo cuál cuál fue el interés ||  
P: \*\*el contacto | El contacto fue por una vecina  
E: ya  
P: que también era del club del adulto mayor

(PC23:058-070)

En este ejemplo el asterisco muestra el momento en el que el hablante se desvía del tópico y el doble asterisco muestra la reformulación para llegar al punto, en este caso, mencionar quién le dio el dato sobre la casa en la que actualmente vive.

- **Enunciado fuente por fallos de memoria:** se producen enunciados que no se pueden completar por fallos de memoria.

Ejemplo 67:

P: | se llama: | tiene un nombre tan difícil que yo no me puedo recordar\ ||  
E: se llamara Norma?  
P: Norma se llama\ (PD2:120-122)

Ejemplo 68:

E: ¿Con quién vivía?  
P: Con mis papás poh  
E: con sus papás ¿tiene hermanos?  
P: \*Sí tenía a ver dos dos hermanos, la Chela y:: Lucho [con cara de duda mira a su nieta para recibir aprobación] y Pedro [con énfasis] cuatro, \*\*éramos cuatro hermanos (PD9:080-083)

En el ejemplo 68, el hablante no recuerda cuántos hermanos tiene (se indica en el enunciado con el asterisco), pero cuando recuerda, reformula y da la información.

La frecuencia de los enunciados fuente mencionados ha sido analizada en el apartado 5.2.1.7 (ver tabla 5.20, página 132).

**5.2.2.4.4. Enunciados con errores no reparados:** se refiere a enunciados que presentan errores de distinto tipo y que no son reparados ni por el hablante ni por el interlocutor. El interlocutor prosigue debido a que el enunciado es funcional para la conversación.

Ejemplo 69:

P: y de ahí cuando estaba en mi trabajo en el mercurio taba trabajando un día y estaba haciendo departamentos | trabajaba en contabilidad en ese momento y subo y | ... (sic)  
(PD1:281)

En el ejemplo, el participante habla sobre el día en que se entera de que le aprobaron su crédito habitacional para comprar un departamento. Él relata que se encuentra en su trabajo, en las oficinas de prensa de *El Mercurio* de Valparaíso, y dice «estaba trabajando un día y haciendo departamentos», enunciado que presenta un error y que no repara para continuar su relato.

En el corpus se marcaron 18 citas que corresponden a las entrevistas del grupo de personas con DTA. Es decir, las personas del grupo control no presentaron enunciados con errores sin reparar.

Las condiciones intervinientes son aquellas que alteran el impacto de las condiciones antecedentes sobre los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002). En este caso en el deterioro global, dependiendo de su nivel, aparecerán déficits lingüísticos que harán que los enunciados fuentes de reformulación aumenten su frecuencia en la conversación, presentando más errores que requieran ser reparados en los participantes con DTA en comparación con los participantes control. En relación con las características de los enunciados fuentes, es posible afirmar que ambos grupos presentan similares tipos (ver tabla 5.20, página 132) destacando que la mayoría de las citas se concentran en aquellos catalogados como incompletos, con errores, o imprecisiones.

#### **5.2.2.5. Estrategias de intervención**

En este foco temático llamado **estrategias de intervención**, observamos aquellos códigos que funcionan como respuestas activas por parte de los hablantes, frente a las condiciones que se identificaron anteriormente como antecedentes, contexto e intervinientes. Estas respuestas activas se articulan con el fenómeno y en definitiva lo determinan

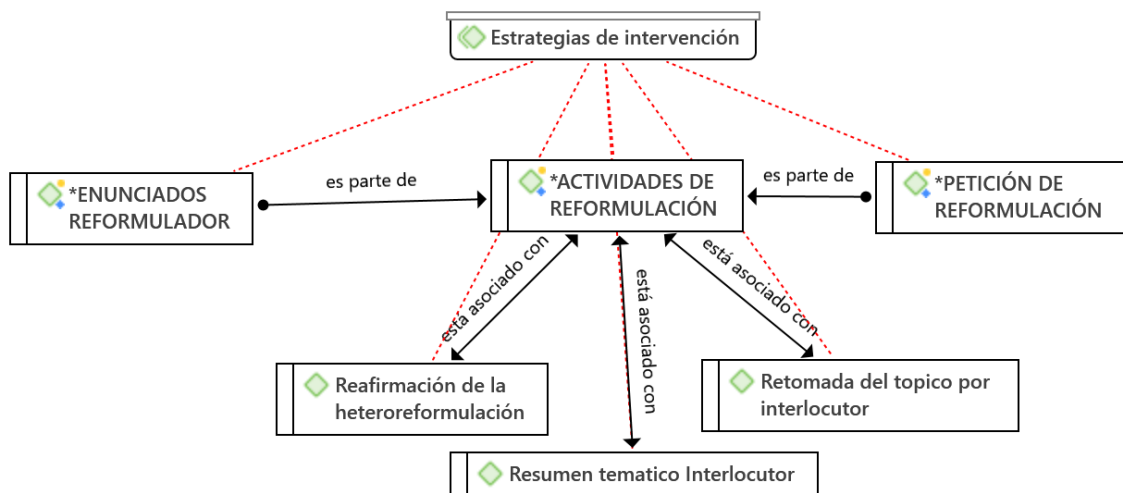
En primer lugar, están las actividades de reformulación conversacional, que como ya se dijo anteriormente, conglomeran las actividades de “auto-reformulación auto-iniciada”, “auto-reformulación iniciada por otro” y “hetero-reformulación iniciada por otro”. Los enunciados reformuladores y las peticiones de reformulación son parte de las actividades de reformulación y se identifican como las estrategias de intervención (relacionado con el fenómeno) por excelencia pues estas constituyen la respuesta activa

frente a la corrección de enunciados fuentes que se estiman como incompletos, insuficientes o inadecuados.

Se identificó además en este foco temático la “reafirmación de la heteroreformulación”, ya que, la validación de este procedimiento es una muestra de que el hablante participa activamente para completar la reparación y es una manera de mostrar que está de acuerdo con el sentido de lo que se está diciendo. Por lo tanto, se entiende que esto es una parte que representa el cierre del procedimiento de reformulación. Cabe mencionar que en la literatura no se encontró ninguna descripción similar a la de este código, por lo que, esta idea de la reafirmación y su relevancia en torno a la continuidad del procedimiento y la conversación es un dato emergente de la presente investigación.

La retomada del tópico por parte del interlocutor y el resumen temático del interlocutor se asocian a las actividades de reformulación debido a que cumplen una función similar de reparación: el primero reparando el tópico y el segundo sintetizando el sentido principal de lo que se está diciendo.

**Figura 5.5** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco temático llamado *Estrategias de Intervención*



A continuación, los códigos utilizados pueden verse en la tabla 5.33 y su descripción le sigue más abajo:

**Tabla 5.33** *Códigos y supercódigos asociados al foco temático de ‘estrategias de intervención’*

<b>CÓDICOS O SUPERCÓDIGOS PRINCIPALES</b>	<b>GRUPO DE CÓDIGOS ASOCIADOS A UN SUPERCÓDIGO PRINCIPAL</b>
<b>*Actividades de reformulación</b>	<b>*Estructura de la reformulación</b> <b>*Tipos de reformulación</b> <b>*Tipo de relación en la reformulación</b>
<b>*Enunciados reformuladores</b>	<b>Enunciado reformulador ampliación sintáctica y semántica</b>  <b>Enunciado reformulador de corrección informativa</b>  <b>Enunciado reformulador de corrección léxica</b>  <b>Enunciado reformulador de corrección morfosintáctica</b>  <b>Enunciado reformulador de completación de información</b>  <b>Enunciado reformulador explicativo</b>  <b>Enunciado reformulador precisión informativa</b>  <b>Enunciado reformulador retórico</b>  <b>Enunciado reformulador de síntesis</b>  <b>Enunciado reformulador de sustitución de un elemento</b>
<b>*Peticiónes de reformulación</b>	<b>Petición de reformulación</b> <b>Petición explícita de reformulación vuelta al tópico</b>

---

	<b>Petición implícita de reformulación</b>
<b>Reafirmación de hetero-reformulación</b>	--
<b>Resumen temático del interlocutor</b>	--
<b>Retomada del tópico por parte del interlocutor</b>	--

---



**5.2.2.5.1. \*Actividades de Reformulación:** la descripción de los códigos que están incluidos en este súper código pueden revisarse en el punto 5.2.2.1 (página 142)

**5.2.2.5.2. \*Enunciados reformuladores:** los enunciados reformuladores son aquellos enunciados que vienen a reemplazar a los enunciados fuentes y que son la evidencia del proceso de reparación y del intento de los hablantes por favorecer la comprensión mutua. La mención de este súper código, al igual que el anterior, es meramente informativa sobre la estructura de la reformulación.

**5.2.2.5.3. Enunciado reformulador ampliación sintáctica y semántica:** este código se usa para identificar al elemento reformulado en un procedimiento de auto-reformulación o de hetero-reformulación, cuando se ha reemplazado un elemento fuente, que se juzga como insuficiente o erróneo, por otro enunciado en el que se incorporan otros elementos sintácticos y semánticos, es decir, se agrega más información.

Ejemplo 70:

P: claro sí yo vi caerse a un carabinero y le sonaron los huesos en el suelo le sonaron  
E: que atroz;  
P: \*en la plaza  
E: ya  
P:\*\* en la plaza al: al frente a donde está la plaza ahí lo vi caerse pero |(se abrazó si mismo produciendo un sonido de dolor)  
E: risa  
P: yo nunca había sentido tantos huesos sonar (PD1: 091-097)

Como se puede apreciar en el ejemplo, el enunciado fuente marcado con un asterisco es una información que se retoma, para luego agregar más información. Se puede interpretar que lo que el hablante quiso fue ampliar la información para completar su idea.

- **Enunciado reformulador de corrección informativa:** aquí se identifican enunciados que se usaron para corregir información del enunciado fuente:

Ejemplo 71:

P: pero ella (mamá) quiso comprarse una casa después \*me las pasó a mi | así que:: e: | \*\*no que me la regalara porque nosotroh le le:: yo encontré lo más justo devolverle toda la plata que ella porque ella se iba pagando de a:: poco | entonces e: (sic)  
A: así fue como:: como =llegó acá= (PD9:039-040)

El ejemplo 71 muestra a una hablante que está explicando cómo es que llegó a vivir en la casa en la que vive. Explica que se la compró a su mamá. La reformulación que realiza es para que no se piense que la mamá le cedió la casa de manera gratis, sino que ella pagó

por su vivienda. Estimó que la forma en que lo dijo podría haberse entendido lo contrario y consideró necesario corregir esa información.

- **Enunciado reformulador de corrección léxica:** se trata de una reformulación en la cual se sustituye un elemento léxico por otro, o bien corrige una palabra mal dicha.

Ejemplo 72:

E: sí | ¿esta lista? | Ya | dígame ¿qué es lo que vio?

P: \*una niya | \*\*una niña en un piso que estaba a punto de caerse para tratar de sacar una galleta (sic)

(PC22:015-016)

Aquí el hablante P comete un error al tratar de decir “niña” y lo corrige enseguida.

- **Enunciado reformulador de corrección morfosintáctica:** incluye reformulaciones que se hacen para modificar aspectos morfosintácticos.

Ejemplo 73: el hablante de la entrevista PC32 corrige su expresión *le vamos* reformulando sin el artículo *le*

P: Estamos | esperando que venga nuestro apoyo | \*le vamos | \*\*vamos a tener una convivencia del apoyo se está en tener un cara a cara con nuestro apoyo (PC32:40)

Ejemplo 74: el hablante corrige el artículo “la” por “el”

P: pero conocí la: | \*la \*\*el lugar donde nació mi padre punta arenas era puntarenense

(PD1:035)

Ejemplo 75: el hablante sustituye “algunos” por “algunas”

E: Le gusta vivir sola

P: si | he tenido a \*algunos \*\*algunas malas experiencias digamos con alguna de mi hijos y por eso ||

(PC21:021-022)

- **Enunciado reformulador de completación de información:** se refiere a reformulaciones que se hacen para completar el enunciado fuente, retomando generalmente con una repetición, como se muestra en el siguiente ejemplo.

Ejemplo 76:

E: ud tenía obligatoriamente hacer e:| o sea | trabajar en escuela rural?

P: Sí | porque de eso se trataba que de dieran el título| \*era una o sea | \*\*era una práctica pagada|

(PC19:195-196)

- **Enunciado reformulador explicativo:** es el reformulador que cumple con la función de explicar lo dicho en el enunciado fuente.

Ejemplo 77: la explicación del enunciado fuente puede apreciarse luego del marcador de reformulación *o sea*.

P: y más encima | o sea no lo hacia lo que pasa que \*la empresa era | era comunista o sea \*\*estaba en contra de la del gobierno

(PD1:304)

- **Enunciado reformulador precisión informativa:** este código se usó para identificar a enunciados reformuladores que tenían la función de precisar lo que se dijo en el enunciado fuente entregando más detalles de la idea expresada.

Ejemplo 78:

P: El próximo fin de semana:: | ahora yo me voy de nuevo a | a cuidar a mi niño hasta que salga de vacaciones el | el viernes | el viernes sale mi hijo | porque mi hijo también \*es profesor | \*\*profesor de inglés ...

(PC20:52)

En este ejemplo la palabra *profesor* es precisada por en la expresión *profesor de inglés*.

- **Enunciado reformulador retórico:** se trata de un enunciado que reformula otro no para corregir sino para adornar lo dicho previamente, por lo que se consideró que la reformulación cumplía con una función retórica. En el ejemplo siguiente la primera expresión marcada con un asterisco es reformulada para explicar o argumentar lo dicho a través de un ejemplo.

Ejemplo 79:

P: \*soy medio naturista pa mis cosas, (risas) \*\*medio nomás no fanático (risas), pero::: por ejemplo ahora que me he estado mejorando gracias a dios del corazón, e::: hace como un año que no le pongo sal a las comidas , como me las preparo yo

(PC23:471)

- **Enunciado reformulador de síntesis:** este código se usó para identificar enunciados que sintetizan o resumen la información de lo dicho previamente.

Ejemplo 80:

P: \*nadie le dice nada: | em:: y el papá también | prácticamente no no preocupado de lo que están haciendo los niños | jugando al lado del fuego que se pueden quemar/ | ósea \*\*desorden total

(PD11:017)

Como puede apreciarse en este ejemplo, el hablante P describe una de las láminas de MetAphas en donde hay una escena caótica en la

cocina. El enunciado marcado con doble asterisco resume todo lo descrito en el enunciado anterior.

El análisis de la frecuencia de los enunciados reformuladores se realizó previamente (ver tabla 5.21 y gráfico 5.3, página 136). En ese apartado se menciona que los enunciados reformuladores son más frecuentes en el grupo con DTA comparado con el grupo control, esto dado que las personas con DTA tienden a reformular mucho más.

**5.2.2.5.4. \*Petición de reformulación:** este súper-código se usó para identificar las peticiones explícitas o implícitas de reformulación conversacional por parte del interlocutor. Las peticiones guían la generación de enunciados reformuladores y representan una evaluación externa a lo dicho por el hablante quien debe adaptarse a su interlocutor.

- **Petición de reformulación:** se entiende que hay una petición de reformulación cuándo se pide reformular mediante una pregunta que indica que algo de lo dicho por el hablante no se entendió.

Ejemplo 81:

E: y en que colegio estuvo?  
P: en el liceo  
E: ah =en el liceo=  
P : =en punta arena=  
E: Ah en punta arenas ; ya: y : | y como se llamaba liceo de= niñas solamente?=  
P: \*=Sara Brown=  
E: cómo?  
P: \*\*Sara Brown (PD2:053-060)

En este dialogo, tras el enunciado marcado por el asterisco viene la pregunta ‘¿Cómo?’. Esta petición de reformulación se responde en el siguiente enunciado marcado con doble asterisco.

- **Petición explícita de reformulación vuelta al tópico:** consiste en una petición de reformulación para volver al tópico que da origen a la conversación.

Ejemplo 82:

E: desde el 2014 ¿cómo es que usted llevo acá? ¿Nos puede contar?  
P: e:: si porque yo vivía en los departamentos de aquí de | Donde está el terminal, esos rojos | amari | rosados, no sé de qué color tienen | y | el | una vecina | bueno yo pertenecía al club de adultos mayores | aquí en la ligua  
P: el vínculo se llama e:: | \*y ahí yo era tesorero, y había mucho| y yo donde ando soy tesorero| Soy tesorero (risas) aquí también  
E: le gusta participar en la directiva  
P: e::: si  
E: ya  
P: es que me gusta | nosepo será | m::i manera de ser, que cuando hay algo que se puede hacer, yo propongo doy las ideas y | Hasta que no lo logro no me quedo tranquilo  
E: m:: ya  
P: aquí igual  
E: ya | y como supo cuál cuál fue el interés || (de preguntar por las casas)

P: \*\*el contacto | El contacto fue por una vecina

(PC23:058-066)

El hablante PC23 debe relatar las circunstancias por las cuales llegó a vivir a su actual domicilio. En medio del relato se desvía del tópico centrándose en explicar aspectos tangenciales de su historia. Se marca con un asterisco el momento en el que se desvía del tópico y en el enunciado anterior a la reformulación está la pregunta que guía el regreso al tópico

- **Petición implícita de reformulación:** se consideraron peticiones implícitas todas las expresiones o repeticiones que orientan sobre la necesidad de reparar de manera indirecta.

Ejemplo 83:

E: ah ¿desde hace cuanto tiempo usted vive aquí?

P: 6 años

E: 6 años?

P: 7 ya

E: 7 ya ah (sic)

(PD3:091-095)

Esta conversación se realiza en un ELEAM, por lo tanto, la participante se equivoca al decir que vive desde hace 6 años. Entonces, el interlocutor le señala repitiendo en tono de pregunta lo que la participante dice y esto genera como respuesta una reformulación. El modo de pedir la reformulación es una petición indirecta.

La frecuencia de las peticiones puede verse en la tabla 5.34 presentada a continuación.

**Tabla 5.34** *Citas asociadas a las peticiones de reformulación*

<b>CODIGOS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>DTA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Petición de reformulación</b>	1	4	5
<b>Petición explícita de reformulación vuelta al tópico</b>	1	0	1
<b>Petición implícita de reformulación</b>	0	6	6
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>12</b>

Las peticiones de reformulación acumulan 12 citas en el corpus, de las cuales 10 corresponden al grupo de personas con DTA. Esto muestra que, en este corpus, las dificultades de comprensión mutua que exigen pedir reformular fueron más frecuentes en personas con DTA que en las del grupo control. La cantidad de peticiones implícitas y explícitas fueron iguales para el corpus total. La petición de reformulación es una estrategia de intervención dado que

es una respuesta activa por parte del interlocutor frente a dificultades de comprensión mutua.

**5.2.2.5.5. Reafirmación de la hetero-reformulación:** se marcó un elemento fuera de la estructura de la reformulación, que viene a validar la hetero-reformulación y se expresa a través de repeticiones, asentimientos a través de un “sí” o “claro” o alguna otra fórmula que indica que el hablante está de acuerdo con la corrección realizada.

Ejemplo 84:

E: ya: | usted le daba comida\  
P: no: yo no lo daba mi abuelita le daba todo |  
E: ya:\  
P: | ósea ella le: | \*arreglaba  
E: \*\*los preparaba  
P: claro (PD14:045-049)

El último enunciado de este ejemplo, en un *claro* que indica que el hablante valida la corrección hecha por su interlocutor.

**Tabla 5.35** Citas asociadas a la reafirmación de la hetero-reformulación

CÓDIGO	CONTROL	DTA	TOTAL
<b>Reafirmación de la hetero-reformulación</b>	9	12	<b>21</b>

Las hetero-reformulaciones son más frecuentes en el grupo con DTA que en el grupo control (cfr. *supra*) y, por lo tanto, es coherente que la reafirmación de la hetero-reformulación también lo sea. Su presencia indica que el hablante está conectado semántica o pragmáticamente a la secuencia de lo que se está diciendo. Al reafirmar la reformulación, el hablante se vuelve partícipe activo del proceso de reparación conversacional.

**5.2.2.5.6. Resumen temático del interlocutor:** en este procedimiento, el interlocutor reformula lo dicho por el hablante con el fin de resumir o sintetizar la información para comprender el sentido de lo que se está diciendo y darle progresión a la conversación.

Ejemplo 85:

E: y:: eh la visitan usted visita a sus nietos\  
P: me vienen a ver  
E: ya\ ellos viven acá en la región? Ah:: en \  
P: ==en Santiago==  
E: ya\ | la vienen a ver relativamente seguido?  
P: más o menos\  
E: con quien vive usted ahora ¿?  
P: ==sola==esta un nieto conmigo  
E: ya| entonces no vive sola/  
P: no| no vivo sola  
E: ya ::  
P: pero vivo sola ¿ahora no vivo sola  
E: ya| ósea \*\*usted me está diciendo que usted es mujer independiente

En el ejemplo 85 se ve en el último enunciado la síntesis del interlocutor respecto a lo que dice la hablante PD10.

**Tabla 5.36** *Citas asociadas al resumen temático del interlocutor*

CÓDIGO	CONTROL	DTA
Resumen temático del interlocutor	0	3

El resumen temático por parte del interlocutor se dio en una baja frecuencia en este corpus. Todas las citas marcadas se dieron solo en las entrevistas con personas con DTA lo que implica que los desvíos o cambios de tópico que requerían de reparación pertenecían a este grupo.

**5.2.2.5.7. Retomada del tópico por el interlocutor:** este código se usó para marcar cuando el interlocutor de manera explícita intenta volver del tópico, después de que el hablante se haya desviado.

Ejemplo 86:

E: qué edad tenía usted cuando se casó?  
P: paso que volví a trabajar a su a casa  
E: ya..  
P: si ahí volví a trabajar  
E: y ahí conoció a su marido?  
P: =por el día no por hacerlo porque me iba a dormir a mi casa=  
E: ya: iba a trabajar por el día pero después usted volvía a su casa\  
P: claro  
E: eh: es así?  
P: yo iba a como le digo a con las estas a dejar esperaba un poco porque como andaba en la escuelita y me los pasaban después desocupados  
E: =ya::= pero \*\* yo le había hecho otra pregunta\ yo le preguntaba/ si usted qué edad tenía usted cuando se caso

En el ejemplo 86 se muestra cómo la hablante P se desvía del tópico y cómo su interlocutor E intenta volver al tópico perdido planteando la pregunta que inició la conversación.

**Tabla 5.37** *Citas asociadas a la retomada del tópico del interlocutor*

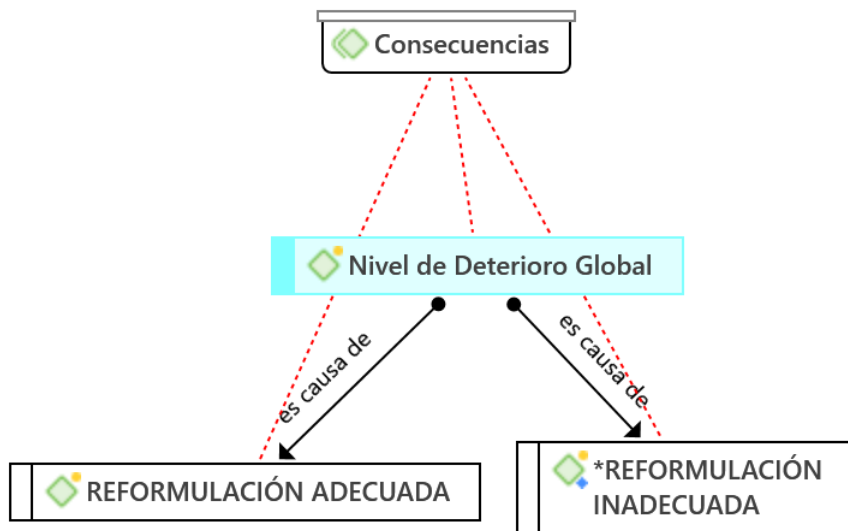
CÓDIGO	CONTROL	DTA
Retomada del tópico del interlocutor	0	2

Las retomadas del t3pico por parte del interlocutor, como estrategia de intervenci3n, fueron poco frecuentes en este corpus, pero aparecieron en las entrevistas de personas con DTA, indicando que esta necesidad no surge en las entrevistas del grupo control.

### 5.2.2.6. Consecuencias

Si tenemos en cuenta que toda reformulaci3n busca aclarar, corregir y, en definitiva, mejorar lo dicho previamente en pro de la comprensi3n mutua, es natural esperar que la consecuencia fundamental de los procedimientos de reformulaci3n sea la reparaci3n, es decir, hacer que los enunciados sean cada vez m3s adecuados para transmitir lo que se quiere decir. Por lo tanto, se ha establecido como consecuencias del fen3meno la calidad de adecuaci3n e inadecuaci3n de las reformulaciones marcadas en este corpus, lo que se puede apreciar en la imagen sacada de la *network*.

**Figura 5.6** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el foco tem3tico llamado Consecuencias



Los c3digos asociados a esta familia est3n presentados en la tabla 5.38 y cada uno de ellos se describen a continuaci3n.



**Tabla 5.38** *Códigos y súper-códigos asociados al foco temático ‘Consecuencias’*

<b>CÓDICOS O SUPERCÓDIGOS PRINCIPALES</b>	<b>CÓDICOS O SUPERCÓDIGOS ASOCIADOS AL SUPER-CÓDIGO PRINCIPAL</b>
<b>Nivel de deterioro global</b>	--
<b>*Reformulación adecuada</b>	<b>Selección de citas del supercódigo *Actividades de reformulación</b>
<b>*Reformulación inadecuada</b>	<b>Reformulación inadecuada</b> <b>Reformulación con errores menores</b> <b>Reformulación con inadecuaciones</b> <b>Reformulación inadecuada con cambio de tópico</b> <b>Reformulación incompleta</b> <b>Reformulación no realizada frente a petición</b>

**5.2.2.6.1. Nivel de deterioro global:** la definición de este código puede leerse en el punto 5.2.2.1. (página 142)

**5.2.2.6.2. \*Reformulación adecuada:** se refiere a la cualidad que se le otorgó a una parte del conglomerado de citas pertenecientes al súper-código “actividades de reformulación”, al valorar si cumplen o no con el objetivo de la reformulación, es decir, si corrigen, adecúan y/o adaptan lo que dice el hablante al interlocutor, favoreciendo la comprensión mutua. Las citas consideradas adecuadas son todas aquellas que no pertenecen a los códigos que identifican específicamente las inadecuaciones. Cabe señalar que las reformulaciones inadecuadas siguen siendo actividades de reformulación y que el juicio de adecuación corresponde a otro nivel de análisis de las mismas.

Ejemplo 87:

P: |\* yo tenía mi casa | vivían en la casa de 2 pisos\ (PD2:024)  
E: m: (PD2:025)  
P: ósea \*\* que esta arrendado la parte de abajo y en arriba vivía yo (PD2:026)

En el ejemplo 87 la hablante P, reformula lo dicho en P2:024 corrigiendo la información, lo que favorece la comprensión.

Ejemplo 88:

P: Toda esa semana estuve donde mi nieto | entonces || \*tenía que venir a, \*\*tenía que volver a la Ligua (PD20:79)

Aquí se puede observar una reformulación en donde se completa la oración con un cambio de verbo, dejando como resultado un enunciado más comprensible.

**5.2.2.6.3. \*Reformulación inadecuada:** este súper-código se usó para identificar al elemento reformulado en un procedimiento de auto-reformulación o de hetero-reformulación, con el que el hablante intenta corregir una formulación inadecuada o insuficiente cambiándola por otra; sin embargo, este cambio no cumple con la condición de aclarar o mejorar la enunciación y puede incluso contener errores de tipo fonológico, léxico o sintáctico en distintos grados.

- **Reformulación inadecuada:** se trata de reformulaciones cuyo resultado no cumple con adecuar, aclarar o mejorar el enunciado fuente, sino que se considera insuficiente para la comprensión mutua.

Ejemplo 89:

E: si? En que trabajaba usted/ ?  
P: \*al principio yo trabajaba yo vivía con mi abuelita yo entonces mi abuelita tenía una fábrica donde tenía que ir a dejar comida\  
E: ya\  
P: ósea \*\*tener que ir a sipo (gesto con mano) a las 12 un pobre a la mitad y después por más 3 veces (PD6:022- 025)

En este ejemplo, la hablante PD6 comienza a relatar su primer trabajo y, cuando reformula, se espera que explique qué es lo que ella hacía; sin embargo, el enunciado reformulador es incoherente, lo que hace que el procedimiento de reformulación no cumpla con el objetivo de reparar o adecuar lo dicho.

- **Reformulación con inadecuaciones:** este código se usó para marcar reformulaciones que están bien realizadas en términos fonológicos y morfosintácticos, pero la información reformulada presenta alguna inadecuación ya sea en términos temáticos, semánticos o pragmáticos.

Ejemplo 90:

E: ese fue su primer trabajo no?

P: | bueno yo trabajaba | bueno fue el primero que empecé a practicar la moda;

E: ah ya:

P: y después bueno el tío me ofreció el negocio\ | iba mejor ahí po\ | y otra cosa que yo tengo una guagua sepultá: en punta arenas\ (sic)

E: YA

P: de 7 meses\ | bueno \*y mi viejo llegó estuvo trabajando | ósea \*\*que tuvimos nuestro hogar nuevo como 10 años ...

(PD2:087-092)

En esta conversación la reformulación está bien realizada pero se desvía del tema relacionado con la pregunta que da origen a la secuencia, en este caso, hablar sobre su trabajo.

- **Reformulación incompleta:** se trata de reformulaciones en las que el enunciado reformulador queda incompleto, lo que se traduce en un discurso desorganizado e incoherente y, por lo tanto, no se comprende lo que el hablante quiere decir.

Ejemplo 91: aquí puede apreciarse claramente el enunciado reformulador incompleto marcado con doble asterisco. La hablante deja inconcluso el enunciado y continúa sin completar la idea.

E: en qué escuela iba usted?

P: iba a la escuela a una que estaba frente al hotel al.. al reloj que estaba ahí en pleno (falta)

E: cómo/?

P: \*me desocupaba inmediatamente de tercera o sea \*\*le pasaban al tiro lo de.. y a ella se iba con las cosas porque tenía que irse al hotel

(PD6:048-051)

- **Reformulación no realizada frente a petición:** este código se usó para marcar cuando se requiere reformulación frente a una petición explícita del interlocutor.

Ejemplo 92: en este ejemplo, se realizan dos peticiones para que el hablante reformule precisando su respuesta; sin embargo, no lo hace, indicando dificultades para adecuarse al interlocutor, comprender lo que se pide y evaluar si su discurso conversacional responde a las necesidades de la interacción

E: ya\ cuénteme eh:: donde vivía usted con su abuelita?  
 P: vivíamos allá en: cerca de los: en del papa vivíamos en en una casa  
 E: pero eso era acá en la región? Acá en viña?  
 P: \*\*em:: mi abuela mi abuela arrendo una casa  
 E: dónde?/  
 P: \*\*arrendó una casa incluso lo que ella contiene hasta luego después un tiempo después.. y así

(PD6:036-041)

**Tabla 5.39** Citas asociadas a la adecuación de las reformulaciones

<b>SUPERCÓDIGOS</b>	<b>CONTROL</b>	<b>DTA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Reformulación adecuada</b>	94	81	175
<b>Reformulación inadecuada</b>	1	28	29
<b>TOTAL</b>	95	109	204

El análisis de las frecuencias de todos los códigos considerados en este foco puede revisarse en el apartado 5.2.1.9 y 5.2.1.10 (páginas 138 y 139 respectivamente). En dicho análisis se muestra que todas las reformulaciones realizadas por los hablantes control fueron adecuadas, excepto una, mientras que el grupo con DTA presentó 28 citas que fueron juzgadas como inadecuadas. Es decir, el 25% de las reformulaciones de las personas con DTA fueron inadecuadas.

En este foco temático, llamado Consecuencias, se puede apreciar, entonces, que los hablantes producen enunciados reformuladores que pueden ser adecuados e inadecuados, lo que se ha relacionado con el nivel de deterioro cognitivo que cada hablante tiene, ya que todas las citas marcadas como inadecuadas corresponde solo a participantes con DTA. Por lo tanto, el desempeño cognitivo asociado al nivel de deterioro global se identifica como causa de la condición de adecuación.

Como se ha dicho antes, las actividades de reformulación conversacional son actividades sumamente frecuentes en la conversación espontánea de cualquier tipo de hablante. De hecho, hemos podido observar que la cantidad de reformulación es incluso un poco mayor en los sujetos control en relación con aquellos con DTA. En este trabajo nos hemos propuesto analizar si existen diferencias en la cantidad, en la caracterización y en la calidad de las reformulaciones. Al respecto, y a grandes rasgos, se ha podido observar lo siguiente:

1. Las reformulaciones más frecuentes en todo el corpus son las auto-reformulaciones auto-iniciadas. Sin embargo, en las personas con DTA son menos frecuentes en comparación con el grupo control.
2. Las hetero-reformulaciones son más frecuentes en personas con DTA, este hecho podría estar vinculado con la capacidad del sujeto para analizar, darse cuenta de lo que está diciendo y luego corregir para favorecer la comprensión mutua. En las personas con DTA podría ser este un factor que acrecienta la aparición de hetero-reformulaciones en desmedro de las auto-reformulaciones auto-iniciadas.
3. Los déficits cognitivos-lingüísticos más frecuentes en el corpus fueron las DAL, las dificultades de memoria, y las dificultades en la coherencia y cohesión en la narración. Solo el primero apareció en el corpus de los participantes controles, siendo los otros más característicos de personas con DTA.
4. Los fallos en la secuencia de la conversación son frecuentes y la reformulación tiende a ser un marcador del proceso mental de un sujeto para formular un texto comprensible en el momento en que se está hablando, por esta razón es natural que los sujetos controles reparen frecuentemente, por dificultades de acceso al léxico, por enunciados imprecisos o incompletos que requieren aclaración, errores de referencia o simplemente para hacer síntesis. Sin embargo, en el corpus de las personas con DTA, muchos de los fallos que requerían una reformulación, sumaron otras características que no estaban en los sujetos controles, como, por ejemplo, incoherencias, parafasias semánticas y algunos fallos de memoria.
5. Por lo anterior, se observaron diferencias en los tipos de enunciados fuentes, aquellos que son necesarios de reparar y que constituyen la primera parte de la reformulación.
6. Se observaron también algunos tipos de enunciados fuentes comunes a ambos grupos, pero con diferencias en los procesos de reparación. Por ejemplo, el enunciado fuente impreciso. En este caso la persona habla de algo, pero para hacerse entender debe reformular para precisar la información. Ambos grupos presentan una gran cantidad de este tipo de enunciados, sin embargo, las reparaciones fueron menos frecuentes en las personas con DTA, con una diferencia de casi dos tercios de las reformulaciones por este ítem en comparación con las personas control. Esto deja entrever algunas implicancias sobre las cuales se profundizará más adelante.
7. La calidad de las reformulaciones, es decir, la capacidad de cumplir el objetivo de reparar fue distinto para ambos grupos. En el caso de los participantes con DTA, muchas de sus reformulaciones resultaron inadecuadas afectando el normal desarrollo de la conversación. Se discutirá más adelante las posibles hipótesis que estarían detrás de este resultado.

Sobre todos estos puntos y otros antecedentes de los resultados aquí expuestos se pretende profundizar y discutir en el capítulo siguiente.

## CAPITULO 6

### DISCUSIÓN

#### 6.1. INTRODUCCIÓN AL MODELO SELECTIVO

La codificación selectiva es un proceso que se desarrolla una vez terminado los dos procesos anteriores de codificación abierta y axial. En esta etapa se pretende integrar y refinar las explicaciones del fenómeno de la reformulación. Strauss y Corbin (2002), explican que los datos no se vuelven teoría de un momento a otro, sino que es algo que se desarrolla desde las primeras fases hasta la escritura final. También afirman que la integración es una interacción entre el analista y los datos, en donde se cruzan las características del analista y la evolución del pensamiento que ocurre con el tiempo gracias a la inmersión de los datos y a los hallazgos acumulados y registrados en los códigos, tablas y diagramas. Entonces, se trata de un trabajo de interpretación y selectividad en donde el analista reconoce las relaciones como tales, y cuando esto sucede la teoría emerge.

El procedimiento en general consiste en determinar una serie de categorías que se entrelacen (relacionen) alrededor de una categoría central que resumirá la idea principal del modelo selectivo y que se convierte en una especie de hilo conductor de las explicaciones en relación con el fenómeno. Este desarrollo analítico descrito hasta ahora es un procedimiento inductivo, pues las interpretaciones del fenómeno parten de los datos mismos; sin embargo, es necesario validar los hallazgos y para esto es necesario contrastar los resultados buscando semejanzas y diferencias con la bibliografía existente. De esta manera el desarrollo analítico pasa a transformarse en un proceso fundamentalmente deductivo.

Entonces, luego de haber terminado el proceso de codificación axial en el capítulo anterior de la presente investigación, y luego de haber establecido las relaciones allí descritas, se seleccionaron aquellos códigos interpretados como más interpretados como más relevantes para establecer el modelo teórico o modelo selectivo. Los códigos que emergieron del análisis del corpus y que fueron seleccionados especialmente para este capítulo son los siguientes:

1. Nivel de deterioro global.
2. Déficit lingüístico asociado a descenso cognitivo.
3. Actividades de reformulación conversacional.
4. Reformulación adecuada.
5. Reformulación inadecuada.

Por otra parte, para contrastar estos conceptos provenientes del corpus, en el modelo selectivo se incluyeron otros códigos provenientes del marco teórico que sustenta esta investigación. Estos códigos que representan el conocimiento previo en la bibliografía existente, son los siguientes:

1. Atención, memoria y funciones ejecutivas.
2. Procedimientos de evaluación metalingüística.

3. Reparación conversacional. Función adecuación.
4. Formulación como resolución de problemas.
5. Dificultades conversacionales de diversa índole.
6. Colaboración de los hablantes para la comprensión mutua.

Estos códigos mencionados más arriba se incluyeron en análisis con el apoyo de ATLAS.ti de manera tal que se pudiese proponer la interacción que pueden tener estos códigos con aquellos que emergieron del proceso de codificación abierta y axial. A continuación, se presentan una breve reseña explicativa de estos códigos teóricos (desde la bibliografía) y su aporte al modelo selectivo.

### **1. Atención, memoria y funciones ejecutivas**

Se eligió abrir este código porque los procesos atencionales, la memoria y las funciones ejecutivas, son aquellas habilidades cognitivas que más afectan el funcionamiento de la comunicación y el lenguaje (Juncos y Facal, 2005). La comunicación se desarrolla en tiempo real y necesita ajustes constantes a partir del procesamiento de la información ya sea del lenguaje mismo como del contexto. Requiere, entonces, de un sistema muy preciso que sea capaz de desplegar de forma simultánea recursos como la atención, la memoria de trabajo, la retroalimentación, el razonamiento y el propio lenguaje.

### **2. Procedimientos de evaluación metalingüística**

Se refiere a la evaluación metalingüística que los hablantes realizan mientras formulan su discurso y que permite juzgar si los enunciados producidos son adecuados o inadecuados. A través de este procedimiento los hablantes designan ciertos problemas de comunicación, a partir de los cuales se reformulan; y representan la manifestación explícita del constante monitoreo cognitivo de los hablantes (Gülich y Kotschi, 1987, 1997, citados por Silva, 2010; y Ciapuscio, 1997). Se elige este concepto como código para el modelo propuesto, pues puede ser un factor incluyente en las diferencias entre las capacidades de las personas de los grupos control y el grupo casos para lograr reparaciones adecuadas.

### **3. Reparación conversacional. Función adecuación**

La reparación conversacional es un fenómeno en el cual los hablantes de una conversación intentan reparar errores o transgresiones de diversa índole, con la finalidad principal de adecuar el discurso (Schegloff et al., 1977; citados por Tusón, 2002; Calsamiglia y Tusón, 2002; Silva 2010). En este contexto la reformulación conversacional es un tipo de reparación (Barbosa, 2009). Tomar las referencias en torno a este concepto es fundamental para contrastar e interpretar los hallazgos del presente trabajo, especialmente aquellas cuestiones relacionadas con la adecuación como una cualidad que puede ser diferencial en la comparación de los grupos de hablantes analizados.

#### **4. Formulación como resolución de problemas**

Este código representa el concepto de que la formulación textual es un fenómeno complejo y que requiere la puesta en marcha de procesos cognitivos y lingüísticos, por lo que dicha tarea se asemeja a una actividad de resolución de problemas (Newel y Simon, 1972; citado por Silva, 2010). La capacidad de resolución de problemas está estrechamente vinculada a las capacidades cognitivas de cada hablante, por lo tanto, es importante discutir cómo las diferencias cognitivas de ambos grupos afectan a los procedimientos de formulación textual y de reformulación.

#### **5. Dificultades conversacionales de diversa índole**

A través de este código se intenta visibilizar que, durante la conversación espontánea, constantemente surgen dificultades o errores de diversos tipos frente a los cuales el hablante pone en práctica una serie de estrategias reparatorias, entre las cuales está la reformulación (Tusón, 1997; Cebria, 2002; Juncos y Facal, 2005). Esto significa también que las dificultades en la conversación son propias de esta actividad, la que se realiza con una planificación en el mismo instante de su desarrollo por lo que las acomodaciones son normales y frecuentes. Este código es interesante para la discusión debido a que se discutirá sobre las diferencias de las dificultades que presentan los participantes del grupo casos y control en el contexto conversacional.

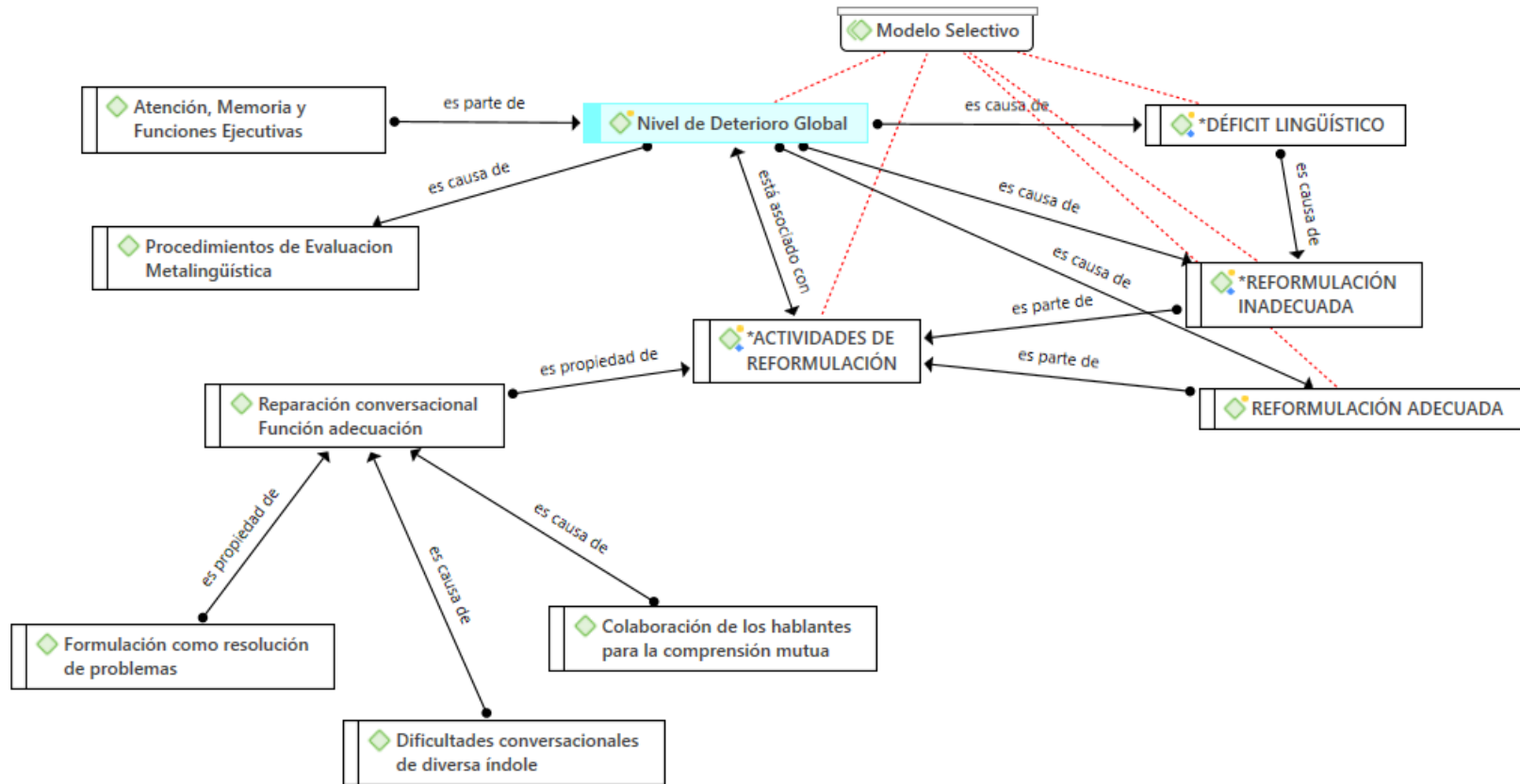
#### **6. Colaboración de los hablantes para la comprensión mutua**

Este código representa el hecho de que la conversación es un proceso complejo de negociación de significados, en donde se establece un trabajo colaborativo por parte de los hablantes para alcanzar la comprensión mutua (Cebria, 2002). Por lo tanto, siendo que el objetivo común es el mutuo entendimiento, se espera que la conducta del hablante se dirija hacia ese objetivo. En el contexto de la presente investigación es interesante discutir si la conducta de los hablantes, de ambos grupos, se orientan de la misma forma en el proceso de conversación.

De esta manera, se han seleccionado códigos que emergieron del análisis de codificación axial y códigos que emergieron de la bibliografía existente. Con el propósito, entonces de establecer relaciones explicativas entre los componentes de esta selección, se realizó un diagrama organizado que representa la propuesta teórica sobre el fenómeno de la reformulación en personas mayores sanas y con DTA. A continuación, se presenta la imagen de la Network del ATLAS.ti, con el cual se hizo este análisis y que representa el presente modelo selectivo.



**Fig. 6.1** Imagen obtenida de la Network en la que se ilustra el *Modelo Selectivo*



## **6.2. DESARROLLO DEL MODELO SELECTIVO: DISCUSIÓN TEÓRICA**

A continuación, se desarrollarán las explicaciones de los resultados respecto a la relación entre los códigos que representan el modelo selectivo de la figura 6.1.

### **6.2.1. Actividades de reformulación conversacional**

Como puede apreciarse en la figura 6.1, el código “nivel de deterioro global” se identificó como eje principal, ya que, en función de este, los fenómenos observados en las entrevistas presentan características particulares. Al mismo tiempo, está asociado al código “actividades de reformulación conversacional”, que como se dijo anteriormente, pueden resultar adecuadas o inadecuadas dependiendo del desempeño cognitivo. Sobre este punto volveremos más adelante. Con independencia de ello, las actividades de reformulación observadas en el corpus fueron de tres tipos.

#### ***6.2.1.1 La auto-reformulación auto-iniciada***

Con este código se pretendió indicar aquella reformulación en la que el hablante en forma independiente y sin petición por parte del interlocutor, realiza una reformulación conversacional para corregir algo ya dicho previamente. La auto reformulación auto-iniciada se realizó en su mayoría, para controles y casos (80 y 70 citas respectivamente) en el mismo turno en el que apareció el enunciado fuente de la reformulación, lo que coincide con Levinson (1983) quien indica que este tipo de reformulación se realiza de manera más frecuente en un mismo turno.

También se observaron reformulaciones realizadas en dos o más turnos, en su mayoría hechas por los participantes del grupo identificado con DTA. En estos casos, las reformulaciones se realizaban luego de la interrupción ocasional del interlocutor, sin esa interrupción, la auto-reformulación podría haber sido en el mismo turno. Es decir, las características de ambas formas de auto-reformulación auto-iniciada, fueron similares.

Por otra parte, este tipo de reformulación aparece en todo el corpus de manera dominante tanto en los sujetos control como con DTA, lo que coincide con lo descrito por Schegloff, Jefferson, y Sacks (1977) quienes afirman que la auto-reformulación auto-iniciada es dominante en la conversación coloquial, en relación a los otros tipos. Esto también coincide con el trabajo de Samuelsson y Hydén (2017) con personas con demencia y afasia, en donde encuentran que la auto-reformulación sigue siendo la más frecuente especialmente en las personas con demencia en comparación con las personas con afasia.

Un aspecto interesante a mencionar es que, del total de auto-reformulaciones registradas, los sujetos control tienen un porcentaje mayor de aparición de auto-reformulaciones auto-iniciadas (55%) en relación a los sujetos con DTA. Esto es similar a lo encontrado por Valles (2009) quién afirma que las personas con DTA utilizan menos reparaciones que las personas control. Teniendo en cuenta que la naturaleza de una auto-reformulación auto-iniciada, indica que la responsabilidad de la reparación recae en el hablante, quien es el que juzga lo dicho para finalmente adecuarlo; la baja en la frecuencia de este tipo de reparación en personas con DTA refuerza la idea de la reducción de la

capacidad de auto-reformulación auto-iniciada por descenso en la capacidad cognitiva y la capacidad de evaluación metalingüística.

### **6.2.1.2. *La auto-reformulación iniciada por otro***

Este tipo de reformulación es una actividad en la cual el hablante realiza una reformulación luego de una petición explícita o implícita de aclaración por parte de su interlocutor, por lo que además esta reformulación queda realizada en un segundo turno.

En el corpus del presente trabajo, las actividades de auto-reformulación iniciada por otro aparecen en su mayoría en los sujetos con DTA. De las siete citas observadas solo una de ellas correspondía a un hablante del grupo control. Esto puede explicarse en relación con los déficits lingüísticos asociados al descenso cognitivo, que propiciaron errores necesarios de reformular y, por otra parte, al descenso de la capacidad de evaluación metalingüística que favoreció la aparición de peticiones explícitas o implícitas de aclaración por parte del interlocutor, acciones que se conforman como guías para el inicio de las auto-reformulaciones del hablante con DTA.

Es importante mencionar que las auto-reformulaciones iniciadas por otros son siempre menos frecuentes que las auto-iniciadas en los registros de conversaciones espontáneas de personas sanas (Schegloff, et al.,1977). En el caso de este corpus, se aplica la misma regla. Sin embargo, existe una diferencia entre el grupo control y en el grupo casos: las reformulaciones iniciadas por otros fueron menos frecuentes en los hablantes control comparados con los casos (80 y 70 respectivamente) y si bien esto podría deberse al hecho de que la toma de datos no ocurrió en una situación totalmente espontánea – como en las situaciones de los trabajos de Schegloff y colaboradores, por lo que el contexto de entrevista pudo sesgar este punto – no es posible negar que el hablante con DTA requiere de acciones colaborativas para reformular tal y como lo mencionan Samuelsson y Hydén (2017). Las peticiones de aclaración ayudan al hablante con DTA a iniciar la auto-reformulación, pues, sin esta retroalimentación por parte del interlocutor, el hablante con DTA no hubiese realizado la reparación.

### **6.2.1.3. *Hetero-reformulación iniciada por otro***

En este formato, el hablante no es el responsable de la corrección, sino el interlocutor. Éste es quien inicia y termina la reformulación de algo dicho por el hablante para corregir o adecuar el discurso. Esta actividad se registra en ambos grupos, pero principalmente en los sujetos con DTA, quienes alcanzan un 66% del total de las hetero-reformulaciones realizadas en todo el corpus.

La realización de una hetero-reformulación implica que el hablante no se da cuenta de que lo que dice puede ser insuficiente a los oídos del interlocutor. Si bien en la conversación oral, espontánea y no planificada, los errores de diversos tipos son frecuentes, las hetero-reformulaciones no son tan comunes como las auto-reformulaciones. Es decir, los hablantes están activa y continuamente evaluando lo que dicen para favorecer la comprensión mutua, por lo tanto, cuando un hablante reduce su actividad evaluativa propicia la aparición de hetero-reformulaciones. Siguiendo esta lógica, un hablante que presenta DTA, y por ende una reducción de sus capacidades cognitivas y lingüísticas, presentará más hetero-reformulaciones que un hablante sin demencia, como lo demuestra la comparación entre ambos grupos, en donde dos tercios

del total de las reformulaciones realizadas por otros se registran en los participantes con DTA.

Otro aspecto interesante para mencionar es que las hetero-reformulaciones con sujetos control se realizaron con fines principalmente retóricos, es decir, para hacer síntesis o resumen de lo que se está diciendo (ver ejemplo 89 que está a continuación), mientras que este tipo de reformulaciones en sujetos con DTA eran para corregir aspectos de contenido de lo que se está diciendo (ver ejemplo 90 de a continuación). Esto último coincide con la investigación de Orange (1996) quien afirma que en conversaciones con sujetos con DTA se propicia significativamente más las posibilidades de reparación de aspectos de comprensión.

Ejemplo 93: en este ejemplo puede observarse que el interlocutor E hace una hetero-reformulación para sintetizar la idea de lo que la hablante P está diciendo.

P - ... En Santiago también trabajé, entonces ya ahora ya no trabajo y estoy viviendo solamente de mi pensión y de repente me voy a cuidar a mi nietito porque ellos ya se separaron, o sea \*yo no era el ohtáculo (risas) las cosas venían como mala. (sic)

E - \*\*Cayeron por su propio peso

P - ¡Claro, claro! ...

(PC19:080-082)

Ejemplo 15 de los resultados: En esta hetero-reformulación realizada por la hablante A (acompañante) corrige la información dada por el hablante P, cuyo error es de contenido.

P: una: departamento y a los | \* 4 meses mas o menos

A: \*\*no no no a los 6 años | compramos un:

P: si un departamento

(PD1:218-220)

Las diferencias de las acciones reparativas por parte del interlocutor sin demencia demuestran que las personas con DTA requieren estas intervenciones para que la conversación sea coherente y cohesiva. La responsabilidad de que el intercambio conversacional sea comprensible, coherente y cohesivo es mayor en el interlocutor en comparación con el hablante con DTA. Por lo tanto, la hetero-reformulación puede identificarse como una estrategia que utiliza el interlocutor para verificar el contenido y las intenciones del hablante con DTA y ayudar a corregir la forma de lo que se está diciendo (Valles, 2006).

Cabe mencionar respecto a la hetero-reformulación iniciada por otro, que la secuencia de reparación, además de incluir un enunciado fuente y un enunciado reformulador, incluye un tercer elemento que es muy relevante para el desarrollo de la conversación. Tras el enunciado reformulador aparece siempre una respuesta del hablante que sirve como validación general del procedimiento. Esta característica es importante debido a que la aceptación de la reparación deja entrever que el hablante ha evaluado lo dicho por su interlocutor y que, al asentir, o repetir la respuesta, el hablante está diciendo que sigue presente en fluir del significado. Tomando en cuenta que las hetero-reformulaciones fueron más frecuentes en las personas con DTA, la afirmación o validación de la reformulación por su parte indica el esfuerzo del hablante con DTA por mantenerse en línea dentro del desarrollo de la reformulación, poniendo en evidencia que la interacción conversacional sigue siendo co- construida por los participantes. El hablante con DTA, entonces, sigue interesado en mantener la conexión interactiva con su interlocutor. La

relevancia de esto recae en el hecho de que las interacciones conversacionales son una forma en la que se explicitan los vínculos entre las personas, no solo como contacto comunicativo, sino como una forma de crear, mantener y reforzar las relaciones interpersonales (Gallardo-Pauls, 2005). Por lo tanto, en el contexto de las conversaciones espontáneas entre familiares y personas con DTA, las hetero-reformulaciones y la aceptación de estas como acciones reparativas por parte del hablante pueden ser valoradas como acciones que facilitan la conversación y el contacto personal en esta interacción. Si bien, mientras más avance la demencia en la persona y las estrategias reparativas se centren en otros aspectos – como, por ejemplo, la simplificación de las estructuras de frases u oraciones (Orange et al., 1996) – el identificar elementos que favorezcan la conexión entre la persona con DTA y su familiar, puede tener un valor especial desde un punto de vista funcional en los procesos de intervención terapéutica.

Desde el marco teórico, Schegloff y colaboradores (1977) a los 3 tipos antes descritos, agrega un cuarto tipo, aquel que hace referencia a una reformulación que es iniciada por el hablante mismo y terminada por el interlocutor, es decir, una hetero-reformulación derivada del auto-inicio. En el presente estudio no se observaron este tipo de reformulaciones. Las posibles explicaciones de este hecho, en el caso del grupo control, podría deberse al contexto de recogida de datos para el corpus, en donde se reduce la espontaneidad de la interacción. Aunque se intenta que el desarrollo sea espontáneo y cómodo, de todas maneras, puede haber faltado más oportunidades en la interacción para que este fenómeno apareciera. La ausencia de este tipo de reformulación también se repite en un trabajo previo de Martínez y Noemi (2016): este es un hecho probablemente particular de ambas muestras debido a que los autores mencionados más arriba (Schegloff, et al.; 1977) afirman que la auto reformulación es preferente sobre la hetero-reformulación y la auto-iniciación es preferente por sobre la hetero-reformulación (Pietrosemoli, 2007). Sin embargo, es importante considerar que este tipo de reformulación se inicia en el hablante gracias a su capacidad de darse cuenta de que lo dicho requiere reparación, tomando en cuenta esto, en el grupo casos, la reducción de esta capacidad también pudo haber influido en la carencia de este tipo de procedimiento reparativo. Para poder ampliar esta afirmación, probablemente se requiera de un corpus más amplio.

En las investigaciones previas, entre los cuatro tipos de reformulación, las auto-reformulaciones auto-iniciadas son siempre las más frecuentes (Schegloff et al., 1977; Levinson, 1983; Figueras, 2000; Cebria, 2002; Valles, 2006; Pietrosemoli, 2007; Valles 2009; Barbosa, 2009; Silva, 2010), lo que coincide con el corpus general de este trabajo. La diferencia principal entre ambos grupos de esta investigación es que en el grupo de personas con DTA las auto-reformulaciones son menos y las hetero-reformulaciones son más, en comparación con el grupo de sujetos control, con un porcentaje de un 47% y 66% respectivamente. Sobre esta diferencia se volverá más adelante.

### **6.2.2. Caracterización de la reformulación conversacional en relación con nivel de deterioro global**

Las actividades de reformulación conversacional se presentan en todos los hablantes entrevistados; sin embargo, las condiciones que generan una determinada reformulación variaron en los sujetos en relación con la actuación cognitiva.

Los hablantes que presentaron un desempeño cognitivo normal en relación con su edad realizaron actividades de reformulación cuando se presentaron errores a nivel de producción que se evidenciaron a través de las correcciones sintácticas o léxicas que realizaron. De acuerdo con el marco teórico, las actividades de reformulación surgen para corregir o aclarar errores o fracasos de habla (Cebria, 2002; Juncos y Facal, 2005) y para favorecer la comprensión mutua (Shegloff et al., 1977; Silva 2010). En este sentido, los hablantes sin demencia realizaron actividades de reformulación en condiciones similares y con objetivos semejantes a los descritas en la bibliografía.

En el caso de los hablantes con DTA, en términos generales, las actividades de reformulación se hicieron con objetivos similares, pero en condiciones ligeramente distintas, asociadas a sus defectos cognitivos y lingüísticos que son más profundos que los cambios cognitivos y lingüísticos asociados a la edad. Por esta razón, en la figura 6.1 el nivel de deterioro global es un factor central en el análisis propuesto.

### **6.2.2.1. Dificultades de acceso al léxico**

Es importante señalar que la dificultad de acceso al léxico (DAL) generó actividades de reformulación en toda ocasión en la que esta se manifestó en el hablante, por lo que se identifica como condición fuertemente relacionada con la reformulación. El código “Dificultad de Acceso al Léxico” se dejó como parte de los déficits lingüísticos asociados al código “Nivel de Deterioro Global” que incluye los perfiles cognitivos de los participantes control como aquellos del grupo casos. Cabe señalar que los participantes control presentaron dificultades de acceso al léxico, los cuales no son constitutivos de patología sino eventos frecuentes en personas mayores sanas, como se explica más adelante.

El acceso al léxico es la habilidad que permite al hablante la disponibilidad rápida, inmediata y aparentemente sin esfuerzo de las palabras al momento de ser producidas, siendo uno de los principales mecanismos cognitivos del lenguaje (Rojas y Riffo, 2018). El acceso a este sistema de información, desde el punto de vista del procesamiento del lenguaje en un cerebro estructural y funcionalmente envejecido, se ha intentado explicar por varios modelos psicolingüísticos (Véliz et al., 2010). En estos modelos el lenguaje es el reflejo de una declinación sistemática de los recursos cognitivos y energéticos, de la velocidad de procesamiento, de la memoria operativa, de la habilidad para inhibir información irrelevante y de la reducción de las conexiones neurales (Burke y Shafto, 2008, citados por Rojas y Riffo, 2018).

En circunstancias normales el acceso al léxico es un proceso automático de activación e inhibición en los diferentes niveles del procesamiento, los cuales son mediados por la memoria de operativa (Juncos, et al. 1998). Se describe que en la adultez mayor se presentan déficits cognitivos y de lenguaje que son parte natural de la evolución de la vejez normal. De acuerdo con la revisión de Juncos y colaboradores (1998) las características del léxico en la vejez son las siguientes:

1. Vocabulario Pasivo aumenta o se mantiene (Fox, 1947).
2. Dificultades importantes en el acceso al léxico.
  - a. Problemas para encontrar la palabra adecuada (Obler y Albert, 1984).
  - b. Incremento en los episodios de «Punta de Lengua» (Burke, Whorthey y Martin, 1988).

- c. Problemas para encontrar la palabra adecuada a una definición (Bowles, 1989).
  - d. Dificultades en el recuerdo de palabras (Crook y West, 1990)
3. Los ancianos no presentan en general problemas en tareas de decisión léxica, en cuanto a la automatización de la activación semántica se refiere.
  4. Conocimiento conceptual no parece deteriorarse con la edad, sino que al parecer se incrementa en los ancianos (Bayles y Kasniak, 1987)

Entonces, el problema parece ser más de ejecución que de competencia (Reilly et al., 2011) pues el anciano tiene dificultades para acceder a su conocimiento. La evidencia, luego de más de 40 años de estudio sobre este tema, muestra que los AM presentan ciertos déficit asimétricos, en donde las dificultades de producción son más altas que las comprensión (Abrams y Farrel, 2011, como se cita en Rojas y Riffo, 2018). Para Juncos y colaboradores (1998) las manifestaciones de la DAL del anciano se manifiestan en una incapacidad para encontrar nombres especialmente de personas o de baja frecuencia; en una demora en los tiempos de reacción y en el uso de paráfrasis como estrategia compensatoria. También se ha observado la imprecisión para definir conceptos y palabras, la menor disponibilidad de sinónimos y la mayor producción de perífrasis verbales (Labos et al., 2009). Todas estas características hacen que la producción del habla se vea interrumpida durante las conversaciones, en las que, también, se ven el uso de rellenos no léxicos ('uh' o 'um'), repeticiones de palabras y pausas no naturales (Kemper et al., 1990; Bortfeld et al., 2001 y Horton et al., 2010; como se citan en Hardy et al., 2020).

En el caso del corpus de esta investigación, se marcaron 54 citas identificadas como DAL, de las que 18 eran de los sujetos control y 36 de los sujetos con DTA. En los sujetos control, frente a estas dificultades, las estrategias observadas fueron las siguientes:

- Ocasionalmente realizaban paráfrasis, pero no fueron muy frecuentes en el corpus.

Ejemplo 94: en este caso la hablante P habla sobre los colegios en los que estuvo. Recuerda el nombre del primero, pero, en el segundo, no llega al nombre, y claramente se percibe que su intención es decir su nombre específicamente; sin embargo, para completar este vacío usa la fórmula indeterminada de “en un colegio”, la cual también puede interpretarse como una auto-reformulación.

E: a que colegio fue?

P: en el Santa Isabel en el Melón

E: M::: | ya

P: Y después estuve \*en el | en el| \*\*en un colegio acá que cuando me trajeron| porque me trajeron de niñita acá a Valparaíso

(PC33:010-013)

- Se observaron auto-reformulaciones y hetero-reformulaciones, en solo tres ocasiones.

Ejemplo 95: en este ejemplo puede verse una demora en la formulación porque el hablante P queda pensando suponemos que en el nombre de la persona que lo atendió. Esto motiva al interlocutor a realizar una hetero-reformulación para facilitar la completación de la idea en desarrollo

E: E:: y Como llegó usted acá? Como se enteró que existía este lugar?  
 P: Mire:: yo antes que me dieran una casa allá en el Peumo arriba porque yo vivía antes en el Peumo esas casas me la proporcionó a mi como se llama e::m por intermedio de la visitadora social de:: Papudo| e::m pero la casa del Peumo una de las murallas era de invierno se llenó de agua| entonces yo di cuentas y me fueron a ver a la casa y me dijeron mire esto no va a tardar un mes que vamos arreglar aquí vamos a cambiar las planchas que estaban malas ese lado y arriba que tenía donde estaba lo que producía el anegamiento del dormitorio| entonces pasó ese mes pasó el otro y el otro y no pasó nada| entonces e::m vine a la municipalidad y converse en la municipalidad \*me mandaron hablar con la señorita [pensando]

E: \*\*la Asistente social?

P: Si la asistente social que hay en la municipalidad| ...

(PC37:015-018)

- En ocasiones frente a la dificultad simplemente se continuó con el discurso, sin reparación.

Ejemplo 96: aquí se observa la discontinuidad cuando la hablante P dice “cómo se llama”. Se espera una reformulación, pero continúa su discurso sin afectar la comprensión mutua.

P: lo puse::| como que le inculqué mi timidez | mi | | yo siempre fue med:: | más o menos tímida| o sea| porque me criaron así, sobreprotegida y yo seguí lo mismo con mi hijo (sonríe)| y | \*y como se llama?| \*\* este otro niño no| como dio bote en tantas partes| sufrió| e:: tiene como más coraza.

(PC19:1

42)

- Frente a la dificultad, luego de un tiempo de interrupción, se llega a la palabra deseada y se continúa con el discurso

Ejemplo 97: En este ejemplo, puede notarse la demora al final del párrafo en donde mientras la hablante P busca la palabra, repite los elementos “de la...” con pausas breves hasta que llega a la palabra y continúa hablando. En este caso no hay reformulación.

P: y yo me inscribí porque yo ando metida en todas partes, a mi dónde hay que meterse me meto, ahí una cola allá me metía, había otra cuestión allá me metía yo, ya y...me inscribí y según los estudios y todo fui seleccionada para ser secretaria de médico de traumatología, no, del hospital Pereira, ahí fui secretaria | \* de la | de la | \*\*enfermera jefe ...

(PC35:062)

- También fue posible identificar una demora en la continuidad que se evidenciaba con la repetición de algún elemento, o con la expresión “cómo se llama...” casi como muletilla para luego simplemente continuar encontrando la palabra o bien con alguna de las estrategias anteriores.

Ejemplo 98: aquí se observa la demora con la expresión “Cuánto se llama” para continuar con una reformulación

E: ¿me puede contar cómo llegó?

P: ¿en qué forma? E:: bueno yo estaba | \*cuánto se llama:: \*\*estaba cuidando una hectárea en



Las DAL son frecuentes en la conversación coloquial y parecen acentuarse durante sucesivas etapas del envejecimiento, con un incremento desde los 70 años en adelante, (Abraham y Davis, 2016). Si consideramos que los participantes control, 9 de 10 son mayores de 70, es normal encontrar en sus discursos las dificultades de acceso al léxico. En este grupo de sujetos se marcaron 18 citas en las que se evidenció este fenómeno.

Existen varias hipótesis que explican diferencias del procesamiento del lenguaje entre AM y jóvenes, las más destacadas incluyen la *Reducción de la Velocidad de Procesamiento*, el *Déficit de la Memoria Operativa* (DMO), la *Hipótesis de Deficits de Transmisión* (HDT) y la *Hipótesis de Déficit Inhibitorio* (HDI) (Véliz, 2014), siendo los dos últimos los más relevantes para el procesamiento léxico-semántico. Mackay y Burke (1990), en relación con la HDT explican que existe una desconexión entre el concepto semántico de la palabra y su representación fonológica a consecuencia de una activación cortical que no alcanza los umbrales necesarios para establecer dicha conexión, por lo tanto, en el envejecimiento existiría un debilitamiento de las conexiones entre las representaciones en la memoria.

Por otra parte, Zacks y Hasher (1994) hablan sobre la HDI, explican que la capacidad para inhibir la información irrelevante disminuye durante el envejecimiento, lo que debilita los procesos responsables de regular la información que entra y sale de la memoria operativa. Esto significa que, en el procesamiento de acceso al léxico, los competidores de la palabra objetivo, no serían inhibidos generando como consecuencia un bloqueo al acceso al nodo fonológico adecuado a la palabra objetivo (Martín y Fernández, 2012).

De acuerdo con los perfiles cognitivos de los sujetos control de esta investigación, todos presentan puntajes descendidos en tareas de fluidez verbal, curva de memoria verbal espontánea y memoria operativa. Estos puntajes si bien descendidos en comparación con la población joven, en su mayoría estaban dentro de los límites normales esperados para la edad. Esta realidad es coincidente con lo que se describe en la bibliografía referida a las características cognitivas del AM. Desde este punto de vista, el haber encontrado DAL también es un fenómeno coincidente. La condición neuropsicológica de este grupo explica la dificultad de acceso al léxico que es frecuente en AAMM con envejecimiento normal (Juncos y Pereiro, 2002; Juncos y Facal, 2005; Labos et al., 2009).

Un factor importante para considerar es el nivel educativo. Es bien sabido que un buen nivel educacional se relaciona con un buen nivel de reserva cognitiva (López-Higges et al., 2013) y para el caso del lenguaje se vincula con el rendimiento exitoso en un extenso rango de tareas lingüísticas, tales como la recuperación léxica, la comprensión gramatical y la densidad conceptual en el discurso narrativo (Martín y Fernández, 2012). En el caso de los participantes control, la mitad del grupo tiene una escolaridad entre 10 y 16 años, mientras que la otra mitad reportó una escolaridad entre 8 y 9, y solo uno de ellos tiene una escolaridad mínima de 4 años. En esta última, no se marcaron episodios de DAL, mientras que la persona que presentó más episodios fue quien tiene la más alta escolaridad (16) lo que no coincidiría con lo expuesto en el párrafo anterior, sin embargo, tomando en cuenta la historia de la participante, en su anamnesis ella reportó que en su juventud tenía una memoria excepcional y que en la actualidad percibía cambios en su desempeño en la memoria y en recordar palabras. Su desempeño global fue el mejor del grupo, pero

si la evaluación se hubiese realizado en su juventud, probablemente sus puntajes también serían excepcionalmente más altos en relación con sus pares. Por lo tanto, la participante presenta cambios en su cognición asociados al envejecimiento que no se reflejan en las pruebas habituales. Si consideramos que ha habido un proceso de cambios asociados a la edad, se hace coherente la manifestación de DAL en su persona, tal como se indica en la bibliografía.

Las estrategias utilizadas por el grupo control frente al DAL, fueron variadas siendo las reformulaciones una de las posibles opciones de continuar el discurso conversacional.

En el grupo de sujetos con DTA también se marcaron citas en donde se evidencian los fenómenos de dificultad de acceso al léxico, en mayor proporción que en el grupo de controles (42 citas). Juncos y colaboradores (2010) afirman que en el contexto de los DTA progresivos la recuperación léxica es uno de los aspectos del lenguaje más afectado, e incluso su presencia puede ser una manifestación temprana de DTA (Taler y Phillips, 2008). Las tareas habituales para medir la capacidad de acceso al léxico son las pruebas de fluencia verbal y las de denominación por confrontación visual. En relación con las primeras Macoir y colaboradores (2019) afirman que la fluencia verbal de acciones es un marcador sensible al deterioro cognitivo desde un GDS-2, en el caso de los participantes con DTA de esta investigación, los puntajes obtenidos en tareas de fluidez verbal semántica y fonológica fueron notoriamente más bajos que los del grupo control con rendimientos similares intragrupo por lo que no es posible verificar la progresión entre los GDS del total de la muestra. En cuanto a los puntajes de denominación medidos con el TVBA la media de 6,6 es indicativa de deterioro cognitivo, sin embargo, es necesario mencionar que las dificultades para acceder son diferentes a las que presentan las personas sin patología, ya que, en las demencias se altera la organización semántico-conceptual y se producen errores de vocabulario que suponen una disgregación o confusión en el contenido de las palabras (Golstein, et al., 1992, como se cita en Juncos, 1998).

Grossman y colaboradores (2004) presumen que para la habilidad de nombrar existe una red neuronal semántico-léxica de gran escala y que la DAL se asocia con la degradación de dicha red y que se ha relacionado con la atrofia de la corteza temporal lateral izquierda. En este mismo sentido Martínez-Nicolás y colaboradores (2019) explican que existe evidencia de que el defecto consiste en la degradación progresiva de redes semánticas, en donde la pérdida comienza en el nivel del atributo del concepto específico, junto con el vínculo con sus coordenadas, mientras que se conservan los superordinados. Algunas características pueden incidir en esta pérdida, como la familiaridad, la edad de adquisición, la frecuencia o los rasgos afectivos.

Los AM frente a tareas de nominación por confrontación visual como en el TVBA, tienden a beneficiarse con el uso de claves fonológicas para acceder a la palabra, igual que las personas con DTA, lo que indica que quizás la red semántica se conserva por más tiempo del que se piensa, aunque la tasa de error semántico sea alta (Martínez-Nicolás et al., 2019). Sin embargo, otros estudios indican que los pacientes con DTA no se benefician con las claves fonológicas (Purves y Small, 2006) pues las respuestas frente a este tipo de claves son siempre otras palabras fonológicamente similares pero semánticamente no asociadas (Martín y Fernández, 2012).

Los participantes con DTA de esta investigación presentaron mayor cantidad de citas (44) vinculadas a las DAL en comparación con el grupo de sujetos control (18). Las características observadas frente a estas dificultades son las siguientes:

- Se llega a la palabra objetivo luego de una demora en la formulación.

Ejemplo 99: en PD2:048 puede verse la demora en llegar al término que logra mencionar después en PD2:050

E: ya: y: usted fue al colegio cuando era niña cierto? (PD2:045)  
 P: hasta segundo año (PD2:046)  
 E: SI? (PD2:047)  
 P: si segundo año cuanto le dicen? Antes era humanidades| \*ahora le llaman:: (PD2:048)  
 E: =No sé es que:= (PD2:049)  
 P: \*\*=segundo medio= (PD2:050)

Ejemplo 100: en este ejemplo puede verse la demora en llegar a la palabra en P7:134

E: fra::ncia/ | porque le gusto\  
 P: | por el aporte que hacen a la: | al: eh: (pausa)|| a la educación::\  
 E: ya\  
 P: en lo que se refiere a pintu::ra\  
 E: en lo que se refiere a dice::ño\  
 (PD7:133-136)

- En varias ocasiones frente a DAL, no se llega a la palabra y cuando esto pasa el hablante puede apoyarse de gestos, apoyarse en el interlocutor, continuar con lo que se está diciendo o dejar la frase incompleta.

Ejemplo 101: en este ejemplo se observa que el hablante P intenta rellenar su DAL con gestos que ayudan a completar su descripción. Este tipo de estrategia es frecuente en este hablante en particular, no así en el resto del corpus.

E: y ¿qué es el calafate? Es un fruta?  
 P: es una fruta | aquí antiguamente cuando uno era cabro chico le decían kilo  
 E: ya  
 P: era una frutita que salía \*en la: (gesticulando con sus manos) también este es más grande que una | una uvita chiquitita (gesticula con sus manos) pero poquito mas  
 (PD1:070-073)

Ejemplo 102: la hablante no consigue llegar al nombre del lugar donde nació pero continúa con una referencia menos precisa. Esa continuidad no le quita funcionalidad a lo que está narrando.

E: y usted nació ahí?  
 P: | no yo nací en | en: | ay! no sé cómo se llama | pero nací en Valparaíso  
 E: si?  
 P: claro en Valparaíso pero:: no me acuerdo | la calle | era cerca de | del mar por ahí (risas)  
 (PD5:052)

Ejemplo 91 de los resultados: en este caso se puede observar que el discurso en general es poco coherente y en PD6:051, destacado en negrita, puede verse un DAL que no repara dejando el vacío del término en el discurso.

E: en qué escuela iba usted?  
 P: iba a la escuela a una que estaba frente al hotel al.. al reloj que estaba ahí en pleno (...)

E: cómo/?

P: me desocupaba inmediatamente de tercera o sea le pasaban al tiro lo de.. y a ella se iba con las cosas porque tenía que irse al hotel

E: hotel?

P: no no hotel sino que las niñas iban al colegio

(PD6:048-053)

Ejemplo 45 de los resultados: en este ejemplo, en la tarea de descripción de una lámina se puede ver que la hablante no llega a la palabra deseada y que suple esta carencia utilizando estrategias evasivas, es decir, usando demostrativos “eso”, “esto” o palabras ómnibus como “algo”. En el ejemplo, las expresiones están subrayadas.

E: le voy a mostrar esta lámina de acá esta vez no se la voy a quitar\ | mírela

P: | (observa la lámina)

E: me gustaría que usted me diga / que es lo que está pasando en ese instante\ | quiero que se fije en las personas que están allí\

P: | dice hay una persona que esta | bebiendo algo parece\

E: ya:/ | que más?

P: | este otro que está sentado aquí que a lo mejor anda el con eso\ | como un pescao (sic)

E: ya:/

P: yo creo\ | veo eso\ | y esta otra no se qué será | una niña\ | este en un niño que es hijo de ella\ y esto no se

A : y allá? (le señala algo en la lámina)

E: este niño que esta con este | que se cayó | se cayó asi de golpe\ | si o no? | y este otro no se\ | tiro algo para parar algo\ | con la mano\

E: en donde están ellos?

P: | ah no se dónde estarán | estoy viendo\

(PD16:065-076)

- Frente a una DAL frecuentemente en el corpus se observó como estrategia el uso de paráfrasis y, a diferencia del grupo de sujetos control, los sujetos con DTA produjeron varias de las paráfrasis que no eran suficientemente explicativas del concepto al que se quería llegar, siendo algunas incompletas y/o imprecisas.

Ejemplo 103: aquí se puede ver la DAL seguida de una paráfrasis con la que se entiende que la hablante quería decir que es “enfermiza”.

E: había imaginado que iba a vivir tanto?

P: no, yo siempre he sido muy:: \*| Muy | em:: | \*\*como le dijera yo | tengo muchas enfermedades de repente

(P4:021-022)

Ejemplo 104: en este caso se puede apreciar la DAL y la paráfrasis que le sigue con la que no llega a expresar claramente el lugar en el que vivía, sino que hace una referencia imprecisa.

E: ya\ cuénteme eh:: donde vivía usted con su abuelita?

(P6:036)

P: vivíamos allá en:: cerca de los:: en del papa vivíamos en en una casa

(P6:037)

- Frente a las DAL otra estrategia recurrente es la Reformulación que alcanza un total de 15 citas, 9 de ellas para hetero-reformulación y 6 para auto-reformulación.

Ejemplo 40 de los resultados: aquí se ve la DAL de la hablante PD7 que continua con una paráfrasis, la que es reformulada por el interlocutor para completar lo que se está diciendo. La hetero-reformulación termina con la validación de esta por parte del hablante.

P: mi mama era diseñado::ra de ropa femeni::na\ |  
E: ya::\  
P: \* | o::sea ella la miraba:/ | y cortaba un molde\ | (gestualiza con sus manos)  
E: \*\*ya:\ | ella:: era:: algo así como modista?  
P: | como modista si!/  
(PD7:098-102)

Ejemplo 84: en este ejemplo de los resultados, se observa la demora en llegar a la palabra y el error en encontrarla. El interlocutor procede a reparar y la hablante valida la reparación

E: ya: | usted le daba comida\  
P: no: yo no lo daba mi abuelita le daba todo |  
E: ya:\ |  
P: | o sea ella le: | \*arreglababa  
E: \*\*los preparaba  
P: claro  
(PD14:045-049)

Ejemplo 105: en este ejemplo el hablante PD4 formula la pregunta que esta vez va dirigida explícitamente al interlocutor quien responde con la palabra objetivo, la que es confirmada por la hablante. Entonces, se genera un procedimiento de hetero-reformulación que surge como respuesta a la conducta de búsqueda de apoyo de su interlocutor, conductas que se describen como relativamente frecuentes en conversaciones con personas con DTA (Valles 2013).

P: un día iba por la calle:: que van los buses |  
E: ya  
P: \*¿cómo se llama esa? | En viña?  
E: \*\*a::h Arlegui ?  
P: Arlegui  
(PD4:030-034)

De las estrategias mencionadas, el uso de reformulaciones era la más frecuente junto con el uso de paráfrasis y la capacidad para llegar a la palabra luego de la demora en la formulación por las DAL. Esta es una de las principales diferencias con el grupo control. Es decir, es notoria la preferencia por la reformulación en sujetos con DTA como estrategia de resolución de eventos de DAL, en comparación con los sujetos control.

Schegloff y colaboradores (1977) explican que la ocurrencia de la reparación no necesariamente va ligada a errores a corregir como los que suceden cuando la palabra en el hablante no está disponible, es decir, este tipo de eventos no es distintivo de los procesos de reformulación. Desde este punto de vista, coincide con el hecho de que los hablantes control prefirieran otras estrategias para favorecer su expresión de ideas durante la conversación. Sin embargo, para los hablantes con DTA, las reformulaciones pasan a ser una estrategia relevante para favorecer la comprensión mutua, de las 44 citas marcadas para este grupo 15 de ellas están asociadas a reformulación.

### 6.2.2.2. *Comprensión y producción del discurso*

Si volvemos a mirar la figura 6.1 en la que se representa el presente modelo selectivo, veremos que en ella está el supercódigo “déficits lingüísticos” que agrupa un variado grupo de códigos utilizados para marcar errores o dificultades relacionadas con el lenguaje. Dentro de este grupo se incluyen aquellos que hacen referencia a las dificultades de comprensión y narración, por lo que se pretende hacer explicación de esos puntos dentro del marco de la noción de discurso.

La noción de discurso es usada para tratar todos los tipos de interacciones lingüísticas (Mac-kay, et al., 2017), que incluye el texto, la interacción, los gestos, las expresiones e imágenes que producen una dimensión significativa de la vida (Pinho, et al., 2009; Van Dijk, 2006). A continuación, se hará referencia a algunas características de la comprensión y la producción.

#### *Comprensión de Discurso*

Desde un punto de vista lingüístico, las unidades léxicas se relacionan con otras de acuerdo con reglas sintácticas para conformar unidades mayores conocidas como sintagmas y oraciones que a su vez pueden analizarse desde su forma sintáctica y desde su significado como proposición. Por otra parte, las oraciones además pueden formar otros encadenamientos mayores que dan lugar a los textos o discursos que se analizan desde su forma lingüística y desde su semántica (Riffo 2016).

La capacidad para comprender un discurso oral implica la construcción de un proceso cognitivo de significación e interpretación, que depende de habilidades cognitivas y lingüísticas. En el circuito del habla, la comprensión del mensaje debe incluir el análisis en un plano físico del texto que puede ser auditivo o visual si se trata de un texto oral o escrito. Al mismo tiempo, existe un plano fisiológico que se encarga de percibir y transformar las señales para su interpretación en el córtex cerebral y un plano psicológico en donde el mensaje se reconstruye en términos de significado y significante (Saussure, 1916).

Según Cassany, Luna y Sans (1994) la comprensión oral va desde las unidades mínimas de la lengua hasta las estructuras inferenciales complejas, y estos autores consideran que se aplican las siguientes estrategias

- *Reconocimiento*: consiste en diferenciar los sonidos del lenguaje de los sonidos del ambiente y en segmentar la cadena acústica en unidades que permitan reconocer fonemas, morfemas y palabras.
- *Selección*: se refiere a identificar los elementos relevantes y agruparlos en unidades superiores y significativas, por ejemplo: morfemas, palabras y oraciones.
- *Interpretación*: es el proceso de dar sentido a la palabra, a la sintaxis y al valor comunicativo de cada oración, se interpreta el significado global del mensaje considerando ideas principales y secundarias, información relevante e irrelevante, información explícita e implícita, la organización del discurso, etc.
- *Anticipación*: se refiere a usar la información para prever el tema, el lenguaje, el estilo del discurso y lo que se dirá a partir de lo ya dicho.
- *Retención*: se trata de recordar información para interpretarla más tarde, utilizando varios tipos de memoria.

- *Inferencia*: se refiere a la extracción de información de otras fuentes no verbales como el contexto y el hablante.

Junto con todo lo anterior, el hablante debe ser capaz de interpretar pausas, cambios prosódicos, cambios de roles (Schober y Clark, 1989) y marcas discursivas (como “bien” y “¡oh!”) que juegan un rol tan importante como el lenguaje no verbal (Gimeno et al., 2006). Es necesario considerar además que en el discurso oral se manifiestan una multiplicidad de características vinculadas con el dialecto, estatus social y estado emocional sobre los cuales el hablante-oyente debe estar atento (Gumperz, 1999)

Van Dijk y Kintsch (1983) en su estudio de la comprensión del discurso, proponen tres representaciones: superficie, base textual y Modelo de Situación (MS), que se describen a continuación

1. El código de superficie corresponde a la representación de palabras (Ibáñez, 2012) y frases del texto, es decir, la representación literal de la forma lingüística (Riffo, 2016). Este nivel de representación se vincula con los procesos de decodificación fonológica y sintáctica, en donde, la percepción, la atención y la memoria a corto plazo juegan un rol central en el reconocimiento y asociación de sílabas y palabras. Gernsbacher (1985) afirma que poco después de que se haya comprendido una oración, la información sobre su forma de superficie exacta (por ejemplo, su orden de palabras) se vuelve menos disponible, presumiblemente por limitaciones de la memoria.

2. La base textual se refiere a la representación mental del significado del texto cuyo formato representacional es de orden proposicional. La base textual sería, entonces, una estructura jerárquica organizada en niveles de micro y macroestructura, entendidas como una serie de principios a través de los cuales se forman los tipos de textos que se encuentran en una comunidad lingüística. Como afirma Ibáñez (2012) en relación con la comprensión escrita, “los textos, generalmente describen situaciones, ya sean reales o imaginarias, las cuales no pueden ser comprendidas cabalmente si el lector no integra la base textual que ha construido de un texto determinado a su conocimiento previo”. La base del texto representa los contenidos semánticos explícitos que el lector u oyente debe relacionar con su conocimiento del lenguaje y el conocimiento del mundo disponible en su memoria declarativa de tipo semántico, para lograr una comprensión profunda (Riffo, 2016).

3. El MS o modelo mental consiste en la vinculación de la representación semántica del texto con los elementos almacenados en la memoria episódica lo que permite llegar al nivel más profundo de comprensión (Ibáñez, 2012). En este nivel, el oyente o lector desarrolla MMSS específicos para cada texto en particular que incluye la suma de la información explícita más la información previa. Por ejemplo, en “ir a comer a un restaurante” el MS incluirá el día en que tuvo lugar el evento, los participantes, el restaurant visitado, lo que se comió y cuánto costó, etc. (Tijero, 2009). Van Dijk y Kintsch, 1983 ofrecen cuatro argumentos que sustentan el planteamiento de este constructo y permiten ver al MS como un proceso que va más allá de simplemente contener el conocimiento implícito de un texto. Primero, los MMSS reducen las posibilidades de distorsionar las relaciones de coherencia local (microestructura) del texto. Segundo, permiten reconstruir un texto base desorganizado, recordando y organizando la información. Tercero, los

MMSS permiten que cada oyente o lector genere una interpretación particular del texto la cual está sujeta a la experiencia de cada individuo. Por último, los MS, no sólo integran la base-textual con el conocimiento previo del oyente o lector, sino que constituyen el fundamento para el aprendizaje, entendido como la modificación constante de MS.

En la comprensión del discurso oral un factor importante es la presencia de las relaciones causales compuestas por oraciones que expresan una causa que origina un efecto determinado (Galán, 1998). Los autores Cevasco y Broek (2008), en su estudio sobre la importancia de las conexiones causales en la comprensión de discurso oral espontáneo, encontraron que aquellos enunciados que poseen un mayor número de conexiones causales son más incorporados a la representación del discurso que aquellos enunciados con un menor número de conexiones causales de manera similar que en la comprensión del discurso escrito.

En una conversación espontánea el discurso se desarrolla con aportes de cada uno de los participantes de la interacción y con dialogicidad, es decir, con cambios de turnos en la toma de la palabra. Es, además, un proceso no planificado, pero para que funcione requiere que entre los interlocutores haya un saber compartido, una serie de vivencias que permiten comprender e hilar el discurso.

En definitiva, la comprensión del discurso en el marco de la oralidad requiere de una serie de procesos cognitivos y lingüísticos que van haciéndose menos efectivos en el envejecimiento. Será frecuente encontrar disgresiones, dificultades en el manejo de presuposiciones, errores en el mantenimiento de los referentes y una menor complejidad en la estructura sintáctica de los enunciados (Juncos et al., 1998).

En esta investigación, no se observaron dificultades de comprensión en las entrevistas de AAMM control, esto pudo haber sido por el tipo de contexto comunicativo en que se dieron los registros analizados. Primero, la entrevista semiestructurada contenía preguntas sencillas cuyo objetivo era despertar en el entrevistado sus recuerdos autobiográficos para su posterior relato al interlocutor. El hablante debe revisar constantemente sus propios recuerdos y conocimientos previos para construir un relato coherente al contexto de lo que se está preguntando y estar atento a los comentarios o preguntas de profundización de su interlocutor. Por lo tanto, el hablante entrevistado está en constante relación con sus propias representaciones mentales lo que no exige interpretar o acomodarse a lo que está diciendo otro en mayor medida. De todas maneras, hay que considerar que varios estudios muestran que la construcción y uso de MS durante la comprensión está bien preservada en los AAMM, e influyen positivamente en la memoria (Radvansky et al., 2001; Radvansky, et al., 2003; citados por Veliz et al. 2010). Aparentemente la elaboración de MS no se ve afectada por la memoria sino por cambios en los objetivos y prioridades pragmáticas (Veliz et al. 2010).

En segundo lugar, la entrevista *MetAphAs* cuyo contexto es más estructurado que el anterior incluía preguntas sencillas que buscaban respuestas un poco más acotadas y además contenía dos láminas para descripción de escenas. En estas tareas, tampoco se observaron dificultades de comprensión a nivel de instrucciones ni a nivel de preguntas y su buena ejecución. Desde el punto de vista de la comprensión puede explicarse porque el acceso a sus representaciones mentales se encuentra conservada.



En el caso de los participantes con DTA, se marcaron dificultades de comprensión especialmente en la aplicación de *MetAphAs*, en donde se debía seguir instrucciones simples e interpretar escenas. En el ejemplo siguiente, el hablante PD11 intenta interpretar situaciones, específicamente con la lámina del parque de *MetAphAs*, y tiene dificultades para interpretar la imagen de un gato, al cual no le puede decir gato porque está en el parque y no en una casa, su conocimiento previo le dice que los gatos solo son gatos si están dentro del hogar.

#### Ejemplo 106:

P: el perro/ está ahí como | tranquilo\ | no se mete en nada\  
E: m: es un perro?  
P: | si un perro\ | por la cola  
E: ya: y? (señala la lámina) | los bigotes?  
P: | pero los perros también tienen bigotes!  
E: si en todo caso\  
P: sipo |  
E: no no no tienen bigotes tan largos!  
P: pero es que no puede ser un gato |  
E: porque no?  
P: por el lugar que esta: la calle\  
A: si hay gatos de la calle (risas) que tu tengas tu gato en la casa es otra cosa  
E: si: hay gatos callejeros también\  
A: si\  
P: | es que nosotros no tenemos gatos | ...

(PD11:059-073)

En este caso, la dificultad de interpretar imágenes no es solo un problema de denominación por confrontación visual en el cual se observa un DAL, sino que se puede apreciar una leve confusión del contenido conceptual de la palabra “gato” la cual queda restringida solo al conocimiento de que estos habitan en las casas. En la revisión de Juncos y colaboradores (1998) se afirma que en las demencias se altera la organización semántico-conceptual y que se producen errores de vocabulario que suponen una disgregación o confusión en el contenido de las palabras (Golstein et al., 1992). En la revisión de Ivanova (2019) se afirma que la alteración anómica en la demencia se ubica en la base conceptual (Salehi et al., 2017) y que en la DTA se producen alteraciones en la organización y la estructura de los conocimientos semánticos, dando lugar a la pérdida o la degradación de los conceptos, sus atributos y enlaces entre ellos, y, en consecuencia, de las redes semánticas responsables de la activación de las representaciones léxicas y fonológicas (Willers et al., 2008).

En el contexto de las entrevistas semiestructuradas de corte autobiográfico, no se marcaron dificultades de comprensión, no porque no las tuvieran, sino, porque se demostraban a través de la presentación de otros fenómenos como, por ejemplo, el cambio, o más bien, el desvío inapropiado del tópico, y/o su dificultad para detallarlo o ampliarlo.

#### Ejemplo 107:

E: señora Olivia y usted más adelante se casó?  
P: quien yo?  
E: si/  
P: Si si me case  
E: qué edad tenía usted cuando se casó?

P: paso que volví a trabajar a su a casa  
 E: ya..  
 P: si ahí volví a trabajar  
 E: y ahí conoció a su marido?  
 P: =por el día no por hacerlo porque me iba a dormir a mi casa=  
 E: ya: iba a trabajar por el día pero después usted volvía a su casa\  
 P: claro  
 E: eh: es así?  
 P: yo iba a como le digo a con las estas a dejar esperaba un poco porque como andaba en la  
 escolita y me los pasaban después desocupados  
 E: =ya= pero yo le había hecho otra pregunta\ yo le preguntaba/ si usted qué edad tenía usted  
 cuando se caso  
 P: si pero no no se po  
 E: se casó joven? O se casó mayor\?  
 P: no po se casó joven  
 E: usted?  
 P: si si

(PD6:071-090)

La hablante PD6, quien tiene un GDS5, es una mujer que habla solo de la época en que era niña y vivía con su abuela hasta que ella falleció. Mientras vivía con ella, la ayudaba a trabajar entregando almuerzos a los trabajadores. En la entrevista cada vez que se le pregunta por otro dato sobre ella u otra situación, responde llevando la conversación a los hechos que ella conoce, y lo hacía de manera repetitiva. En el contexto de la narrativa autobiográfica, las personas con DTA tienden a contar frecuentemente las mismas historias repetidamente lo que puede hacer que sus historias no sean de fácil comprensión para el oyente (Hydén, 2008). Si bien esto puede interpretarse como una conducta perseverativa (Fraser et al., 2016), también puede interpretarse como el resultado de los problemas de comprensión a causa de los defectos de memoria, en los que primero se pierde información autobiográfica y luego se genera incapacidad de relacionar información y temas nuevos a sus representaciones mentales conservadas, circunscribiendo su discurso solo a los eventos conocidos.

### *Producción del discurso*

Las conversaciones cotidianas están hechas de historias, estamos constantemente contando cosas, desde la rutina diaria hasta eventos complejos de historias de vida, es por eso que el relato oral es una de las formas más básicas de interacción comunicativa (Witting, 2005). En el envejecimiento diversas investigaciones indican que hay un decremento de funciones cognitivas que afectan a la expresión de discurso (Kemper, 1992, Kemper, Herman y Liu, 2004; Mac-Kay, 2010; Valles, 2011). Los cambios asociados a la edad, como el descenso en el desempeño de los procesos de atención y de inhibición, afectan aspectos lingüísticos como el acceso al léxico y la comprensión–producción de oraciones complejas (eventos que inciden en el discurso) y suelen ser compensados por estrategias lingüísticas y comunicativas (Pinto y Veloso, 2005; Valles, 2011). Otras investigaciones mencionan que el discurso del AM presenta frecuentes disgresiones, dificultades en el manejo de presuposiciones, errores en el mantenimiento de los referentes y una menor complejidad en la estructura sintáctica de los enunciados (Kemper, 1992; Juncos et al., 1998).

En el corpus del presente trabajo en el grupo de sujetos control se observaron comúnmente disrupciones a consecuencia de las dificultades de acceso al léxico, también a algunas disgresiones temáticas. En ambas situaciones fue posible reparar mediante

actividades de reformulación, lo que permitía que el diálogo fuese comprensible y funcional.

#### Ejemplo 108:

- E: ok. A:: ¿ desde hace cuánto tiempo que vive usted acá en las viviendas tuteladas?  
P: e:: | el octubre del 14  
E: desde el 2014 ¿cómo es que usted llevo acá? ¿Nos puede contar?  
P: e:: si porque yo vivía en los departamentos de aquí de | Donde está el terminal, esos rojos | amari | rosados, no sé de qué color tienen | y | el | una vecina | bueno yo pertenecía al club de adultos mayores | aquí en la ligua  
P: el vínculo se llama e:: | y ahí yo era tesorero, y había mucho| y yo donde ando soy tesorero| Soy tesorero (risas) aquí también  
E: le gusta participar en la directiva  
P: e::: si  
E: ya  
P: es que me gusta | no sé po será | m::i manera de ser, que cuando hay algo que se puede hacer, yo propongo doy las ideas y | Hasta que no lo logro no me quedo tranquilo  
E: m:: ya  
P: aquí igual  
E: \*ya | y como supo cuál cuál fue el interés ||  
P: \*\*el contacto | El contacto fue por una vecina

(PS23:056-068)

En el ejemplo anterior vemos el extracto de la transcripción de un sujeto mayor del grupo control de 91 años que cuenta cómo fue que llegó a vivir donde vive actualmente. En un momento de su relato, se desvía del tópico para profundizar detalles tangenciales y en PS23:068 se puede apreciar la reformulación que se hace luego de una petición en el enunciado anterior. La auto-reformulación iniciada por otro sirve en este contexto como un medio de retomada o vuelta al tópico, es decir, como estrategia reparativa del tema.

En el caso de los sujetos con DTA, Machado y colaboradores en su revisión del 2014, mencionan que el discurso se caracteriza por ser repetitivo, con una gran cantidad de términos indefinidos, frases sin sentido, cambios en el tema, falta de coherencia e información y ausencia de elementos importantes para la comprensión del interlocutor (March et al., 2006; Da Cruz, 2010); y que, por lo tanto, a consecuencia de lo anterior, el defecto más importante en la producción del discurso es la interrupción.

Por otro lado, se presentan varias dificultades en términos de coherencia y cohesión. Un texto, ya sea, oral o escrito, como ya se ha dicho antes, para que sea entendible debe ser coherente y cohesivo (ver capítulo 2). Los sujetos con DTA de la presente investigación presentaron varios errores en términos de coherencia y cohesión que se macaron con varios códigos que aludían a problemas con la coherencia. En total se incluyeron 71 citas lo que se aprecia como un alto volumen de eventos de este tipo.

#### Ejemplo 6 de los resultados:

- E: y usted se acuerda en que colegio iba ella? (Preguntándole a A)  
A: no.. Ahí sí que no tiene que haber sido en un colegio =cerca de 13 norte por ese sector=  
P: = no se a ella no la conocía para nada, no la conocía nada= como le digo yo llegaba a las 12 mi abuela me tenía listo yo salía de la playa (gesto con cabeza de error) ósea de la playa de la escuela entonces iba donde estaba ya le decía yo aquí esta...ósea la casa y después tenía que entregar | que entregarla segunda vez tenía que volver

(PD6:060-062)

En el ejemplo 6 de los resultados, la conversación era sobre el colegio al cual iba la hablante PD6 (GDS-5) cuando era niña. Como en un principio no contestó apropiadamente, la pregunta se redirige a su acompañante A. En ese momento ella empieza su turno para hacer su contribución a la interacción. Se puede ver en su intervención que su relato no es entendible, primero el pronombre “ella” en la pregunta refiere a la misma hablante B, pero cuando la hablante responde “ella” refiere a un tercero, esto causa desconexión entre lo que se pregunta y lo que se responde. Luego continua con su intervención cambiando el tópico, y su desarrollo tiene defectos en donde el sentido de lo que está diciendo se altera. Se aprecia falta de recursos léxicos y gramaticales que faciliten la cohesión. Frente a esta situación el interlocutor tiene dos opciones, retomar el tópico inicial por medio de una actividad de reformulación o bien continuar la conversación introduciendo una pregunta nueva asociada al tópico en el que está la hablante o bien a un tópico nuevo.

Ejemplo 109:

- E: e::m:: y bueno en la infancia usted tenía amigos? ¿alguna amiga que recuerde?  
 P: sí montones, comadres \*que han sido ahora la mah/ (más) (sic)  
 E: \*\*que han durado por años?  
 P: años sí poh (sic) (PD9:094-097)

En este ejemplo, la hablante PD9 (GDS4) en su respuesta a la pregunta planteada por E, formula un enunciado que se juzga con incoherencias, al notar que podría completarse seleccionando palabras o formas gramaticales apropiadas, sin embargo, progresa su frase con adverbios que la dejan inconclusa. Seguida a su respuesta el interlocutor interviene con una hetero-reformulación que repara lo dicho a una frase más entendible, y la secuencia termina con la validación de la hablante PD9 respecto a lo reformulado.

Valles (2006) afirma que el lenguaje de la persona con demencia deja de ser normal y comienza a ser especial a medida que sus trastornos de memoria avanzan y empieza a demostrar dificultades en el uso de diversas estrategias cohesivas como el empleo de las preposiciones, o por las limitaciones en establecer la concordancia de número o en lo relacionado con recordar o seleccionar la palabra correcta. Por lo tanto, esto coincide con lo demostrado en los ejemplos 6 y 108.

Un aspecto relevante es el rol del interlocutor y las hetero-reformulaciones que aplica en la interacción con sujetos con DTA. Se ha dicho que para que cualquier tipo de texto sea comprensible debe ser coherente y cohesivo, y en la intervención conversacional de los sujetos con DTA aparecen defectos que ponen en riesgo este aspecto de la comunicación. El discurso de la persona con DTA puede llegar a ser absolutamente incomprensible, pero la conversación no depende de un participante, sino de al menos dos. Entonces, el interlocutor sin demencia es quien tiene la posibilidad de proporcionar las marcas faltantes para que el discurso co-creado sea adecuado. Sobre esto se discutirá más adelante.

### **6.2.2.3. Aspectos cognitivos: atención, memoria, funciones ejecutivas**

La conversación cotidiana es un fenómeno complejo que tiene implicaciones sociales, cognitivas y lingüísticas. La elaboración del lenguaje, especialmente en contextos

espontáneos, requiere de la puesta en marcha de diversos procesos cognitivos en donde están involucrados los procesos atencionales, la memoria y las funciones ejecutivas.

La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje (Sánchez-Gil y Pérez-Martínez, 2008). Se pueden distinguir cuatro componentes: alerta, atención sostenida, atención selectiva y atención dividida. En la adultez mayor los procesos atencionales sufren cambios que se manifiesta en una debilitación progresiva para atender estímulos que cuando se da en el contexto de demencia llega a impedir que la persona seleccione los estímulos adecuados y colabora con las dificultades para guardar información relevante (Sánchez-Gil y Pérez-Martínez, 2008).

La memoria, en especial la memoria episódica, en donde se guarda la información biográfica es sumamente relevante a la hora de generar un texto en relación con la propia historia de vida. En la memoria semántica se guardan modelos de eventos, actos o situaciones que consisten en esquemas fijos en el que se establecen categorías situacionales bien conocidas por el medio circundante, los participantes y los eventos (Van Dijk, 1994). Estos modelos interactúan con la información almacenada en la memoria semántica y pueden guardar, también, información sobre opiniones personales, actitudes y opiniones de grupo. Cuando las personas recuerdan un texto o su propia historia de vida, reproducen principalmente los contenidos del modelo construido durante la comprensión de ese texto (Van Dijk, 1994) o en este caso de su historia personal. Cuando la memoria episódica falla, la comprensión y producción del discurso se ve afectada. En la presente investigación se marcaron las dificultades de memoria autobiográfica y dificultades de memoria episódica que estuvieron presente solo en los sujetos con DTA y abarcaron 54 citas en todo el corpus. La consecuencia principal es una dificultad de elaborar textos relacionados con la historia de vida y elaborar relatos sobre hechos recientes de la vida cotidiana, esto evidenciado por quiebres en la conversación marcados con pausas largas y uso de fórmulas como “no, no me acuerdo”. En la bibliografía es reconocido que las alteraciones de memoria son una característica central y definitoria de la DTA, manifestándose en dificultades de memoria episódica, semántica y en memoria de trabajo (Stopford et al., 2010), por lo tanto, haber encontrado estas dificultades en el corpus es coherente con el diagnóstico del grupo casos.

En este mismo ámbito, la memoria de trabajo, también llamada memoria operativa es un sistema de memoria de recursos limitados, dotado al mismo tiempo de capacidad para almacenar y manipular información, que se reduce a causa del envejecimiento (Véliz, et al., 2010). Esta reducción genera dificultades en las personas para comprender o producir oraciones semántica o sintácticamente complejas (Carpenter et al., 1994; Just y Carpenter, 1992; Kemper y Kempes, 1999, citados por Véliz, et al., 2010). En el corpus del presente trabajo no se marcaron dificultades de memoria operativa, aunque en la evaluación neuropsicológica se evidencia una bajada en las puntuaciones directas de la memoria operativa en los participantes control y mucho más en los participantes con DTA. Estos últimos obtuvieron puntajes claramente enmarcados en el nivel de la patología.

Las funciones ejecutivas, por otra parte, son un concepto complejo con variadas definiciones (Marino, 2010). En palabras de Marino:

La función ejecutiva es un concepto que describe un conjunto de funciones susceptibles de ser clasificadas de acuerdo con criterios conductuales, cognitivos y neuroanatómicos, tales

como planificación, monitoreo y memoria de trabajo, cuya finalidad es permitir la adaptación de una persona a su medio ambiente y ajustar su comportamiento en torno a objetivos, seleccionando acciones y pensamientos que trascienden e integran temporalmente la información. A la vez, las FE mantienen una relación jerárquica con capacidades cognitivas como atención y memoria, ejerciendo un control de su funcionamiento para adecuarlo a las metas conductuales de las personas.

(p.35)

Tirapu-Ustárrroz y colaboradores (2002) hacen una revisión del concepto de funciones ejecutivas y concluyen que en todas las definiciones hay consenso en considerar que dicho término se refiere, de forma genérica, al control de la cognición y a la regulación de la conducta a través de diferentes procesos cognitivos relacionados entre sí. Esto permite la realización de varios tipos de conductas cotidianas incluidas el raciocinio, la planificación y aquellas que permiten la resolución de situaciones complejas, tal y como lo sería la conversación (Newel y Simon (1972, como se cita en Silva, 2010). Siguiendo esta misma línea, es posible entender que la conversación es un proceso, también, complejo que depende en gran medida de la indemnidad de las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas dan cuenta, entonces, de la capacidad que se tiene para adaptarse de manera novedosa al entorno, proporciona flexibilidad cognitiva y/o conductual ejecutando cierto control sobre el operar del sistema en distintos entornos, por lo que la FE se identifica con la capacidad metacognitiva general. Desde este punto de vista, el lenguaje, en el contexto de las funciones ejecutivas, se ha tomado como instrumento implicado en determinadas operaciones metacognitivas, en donde también, el lenguaje ejerce control sobre el propio lenguaje (Rosell y Hernández-Sacristán, 2014).

El acceso al léxico y el procesamiento sintáctico requieren de atención consciente en donde la información activada debe mantenerse en la memoria para su posterior procesamiento, por lo tanto, también se depende de la memoria operativa como muchos otros procesos lingüísticos como la comprensión y producción del lenguaje (Mac-Kay, 2018). Un compromiso de la memoria operativa, así como de otras FE como el monitoreo, la iniciación y el planeamiento, pueden ser predictivos del lenguaje receptivo y al mismo tiempo puede afectar la organización oral del relato o la narrativa, favoreciendo las dificultades en la mantención del tópico, de adecuación del tópico al contexto/interlocutor y de organización sintáctico-semántica (Mac-kay, 2018).

Actualmente se piensa que un déficit en la memoria operativa podría contribuir a una serie de problemas significativos en otros procesos que involucran la atención y la función del ejecutivo central (Huntley y Howard, 2010). Baddeley y Hitch (1974, como se cita en Muñoz y González, 2009 y en Huntley y Howard, 2010) propusieron que la memoria operativa estaba compuesta por tres subsistemas organizados jerárquicamente: bucle fonológico o lazo articulatorio, agenda visuoespacial y ejecutivo central, siendo este último en la jerarquía más alta que planifica, organiza y controla los otros dos subsistemas y permite la manipulación de la información. Más tarde, el modelo es ampliado y es agregado un “búfer episódico” (Baddeley, 2000, como se cita en Huntley y Howard, 2010) un sistema de almacenamiento temporal capaz de integrar información de diferentes fuentes, que pretende actuar como interfaz entre la memoria de trabajo y la episódica. (Stopford et al., 2010). La importancia de todo esto radica en que la evidencia muestra que en las personas con DTA la función ejecutiva central puede verse alterada desde etapas preclínicas de la enfermedad (Huntley y Howard, 2010) y este deterioro jugaría un papel relevante en las dificultades de memoria de trabajo de las personas con DTA (Stopford et al., 2010)

El perfil de funciones ejecutivas de los sujetos control del presente estudio, hablan de un leve descenso en los controles el cuál es más pronunciado en los sujetos con DTA. En el caso de los controles, éstos llevan una vida funcional independiente y autovalente por lo que se podría decir que el descenso en funciones ejecutivas no se condice con la funcionalidad en actividades cotidianas. Al respecto Mac-Kay (2018) explica que, si bien durante el envejecimiento está demostrado que el desempeño tiende a bajar con la edad, las evaluaciones neuropsicológicas tradicionales no muestran las reales capacidades de las personas, ya que, la evaluación típica no está centrada en tomar en cuenta, por ejemplo, las estrategias compensatorias o las demandas cognitivas del contexto, por lo que incluir estas variables podría mejorar el conocimiento del sujeto en su entorno natural. Los participantes control de esta investigación, las mediciones de funciones ejecutivas obtenidas en las pruebas FAB, fluencia verbal, Span de dígitos inversos, los puntajes muestran un leve descenso en relación con la norma, descenso que no afectan su funcionalidad general. Por otra parte, a nivel conversacional, en el corpus, se marcaron, 18 citas por dificultades de acceso al léxico y 89 citas con enunciados fuentes de errores reparables mediante la reformulación, aunque de todas maneras no hay que olvidar que los errores en la formulación son frecuentes en las conversaciones cotidianas (Schegloff et al, 1977; Tusón, 2002; Cebria, 2002; Valles 2009; Barbosa, 2009).

En el caso de los participantes con DTA, los puntajes de las pruebas neuropsicológicas de funciones ejecutivas fueron más bajas que las del grupo control, observándose también un aumento de las dificultades de acceso al léxico (44) y de las fuentes de error reparable (108) con reformulaciones, sumando la aparición de parafasias (15) y errores en la narración (32) y el manejo del tópico (14). En este punto se podría hacer una asociación entre los resultados neuropsicológicos y las citas marcadas, en donde es posible afirmar que existe una relación entre el desempeño descendido y la aparición de dificultades de acceso al léxico y de errores en la formulación (parafasias, narración y tópicos), pues claramente, en condiciones de peores puntajes, las dificultades conversacionales aumentan, esto coincide con lo que afirma Valles (2018) sobre las personas con demencia, pues desde las primeras etapas es posible observar las dificultades en el acceso al léxico o fallas a nivel léxico semántico (parafasias, circunloquios anomia), dificultades en mantener el tópico, y limitaciones en la coherencia y cohesión del discurso.

Otro aspecto para mencionar, sobre la diferencia de desempeño neuropsicológico en ambos grupos, es que mientras más desciende el nivel cognitivo, la capacidad de monitoreo de lo que se dice también desciende y en consecuencia desciende la capacidad de reparación de los errores o quiebres conversacionales, esto en los participantes con DTA. Sobre esto se hará referencia más abajo.

En el modelo selectivo presentado (Figura 6.1, página 192) el código “atención, memoria y funciones ejecutivas” se señaló como parte del código “nivel de deterioro global”, que a su vez se vincula con los déficits lingüísticos y el grado de adecuación de las reformulaciones. La principal hipótesis consiste en que el perfil cognitivo de los grupos control y casos determina la calidad de las conversaciones y las reformulaciones. El descenso en los diferentes dominios cognitivos define a la persona con DTA como un ‘hablante especial’, dado que se ve restringido algún aspecto de la facultad lingüística normal (Pietrosevoli, 2007) y la conversación se ve afectada debido a que esta es la manifestación prototípica del lenguaje (Levinson, 1983; Schegloff, 2002).

### 6.2.3. Principales diferencias de ambos grupos

#### 6.2.3.1. Hipótesis de la evaluación metalingüística

La expresión del lenguaje a través de la oralidad o la escritura supone una actividad cognitiva, donde lo metacognitivo y lo metalingüístico juegan un papel fundamental (Valles, 2018). Esto significa que toda persona tiene una capacidad reflexiva sobre su conducta, ya sea lingüística o de otro orden, en donde es capaz de seleccionar las formas más apropiadas para responder adecuadamente al contexto, todo esto mediado por las funciones ejecutivas. En este sentido, las habilidades metalingüísticas forman parte del soporte cognitivo necesario para el uso del lenguaje (Valles, 2018).

El discurso metalingüístico tiene que ver con un decir del lenguaje, en donde en cualquiera de sus enunciados se dice algo del lenguaje o de cualquiera de sus aspectos (González et al., 2019). La conciencia metalingüística, entonces, se manifiesta en el hablar sobre el hablar mismo, en el hablar sobre la lengua y en el hablar sobre el lenguaje (González et al., 2019). Los procedimientos metalingüísticos son aquellos que además permiten, a través del uso verbal del lenguaje, el control metacognitivo sobre el propio lenguaje (Hernández-Sacristán y Rosell, 2014). La relevancia de las habilidades metalingüísticas en el contexto de la presente investigación recae en el hecho de que las reparaciones, especialmente las auto-iniciadas, sirven como una señal de monitoreo cognoscitivo efectivo sobre lo que se está diciendo en el momento mismo en que ocurre la conversación (Valles, 2006). En palabras de Valles (2006) esto significa que:

... son una muestra de que el hablante es capaz de identificar una falla en su expresión o de exigir información para comprender a su interlocutor. Por otra parte, son una muestra del interés que un hablante tiene por aquello que dice el otro. Este dato, que puede ser considerado como algo trivial, representa un elemento muy importante en el estudio de los trastornos del lenguaje en el paciente con demencia, especialmente en lo relativo a la pragmática, pues su interlocutor se ve obligado a pedir clarificaciones y correcciones con mayor frecuencia, pero esta actividad requiere una gran motivación especialmente en etapas avanzadas de la demencia, cuando los trastornos del lenguaje aumentan. (p. 186)

Es por esto que cuando observamos que la auto-reformulación auto-iniciada disminuye en los participantes con DTA (80 citas control, 70 citas DTA), y al mismo tiempo, la aparición de hetero-reformulaciones aumenta en el mismo grupo (10 citas control y 19 citas DTA), se interpreta que la causa de esto, probablemente, es una baja en las habilidades metalingüísticas de las personas con DTA que genera un descenso en la capacidad de monitoreo continuo de lo que se está diciendo y disminuye el interés por lo que está diciendo el otro.

El test *MetAphAs* (Rosell y Hernández-Sacristán, 2014), en la presente investigación, fue utilizado como contexto de entrevista ecológica que permite producir conversaciones para hacer AC. Pero además de esto, hay que considerar que el protocolo tiene como objetivo explorar las habilidades metalingüísticas naturales, lo que significa que podemos utilizar sus resultados para determinar los niveles de habilidades metalingüísticas que los participantes de esta investigación tienen. Como ya se presentó en el capítulo de “Resultados”, los participantes con DTA obtuvieron puntajes que se posicionan bajo el percentil 10 en comparación con sujetos control (Mac-kay et al., 2020) y los participantes



control obtuvieron puntajes con percentiles mayores entre 40 y 90. Tomando en consideración estos resultados, es posible afirmar que las habilidades metalingüísticas, en efecto, están descendidas en los sujetos con DTA, por lo tanto podría asociarse esto al descenso de la auto-reformulación auto-iniciada y al aumento de la hetero-reformulación.

En el esquema del modelo selectivo del presente trabajo (Figura 6.1, página 192) el rol de la evaluación metalingüística o procedimiento de evaluación metadiscursiva, de acuerdo con Gülich y Kotschi (1987, 1997, como se cita en Silva, 2010 y Ciapuscio, 1997), permite juzgar si los enunciados producidos son adecuados o inadecuados, y esta capacidad está diferenciada en el grupo control y en el grupo casos. Por lo tanto, la reformulación demuestra el fuerte vínculo entre la cognición y el lenguaje. Los desempeños cognitivos y metalingüísticos diferenciados, en ambos grupos, revelan que la reflexión consciente y el autocontrol deliberado (elementos esenciales de la metalingüística, de acuerdo a Gombert, 1990) se reducen considerablemente en los participantes con DTA, siendo la reformulación evidencia de esto.

### ***6.2.3.2. Propósito de reformulación y sus consecuencias: adecuación e inadecuación***

La finalidad de la conversación es co-contruir un texto adaptado a la finalidad que motiva la interacción, que sea comprensible para todos los involucrados y adaptado al contexto en el que sucede. Para juzgar si una intervención es adecuada es importante considerar qué se entiende por capacidad lingüística normal y saber qué es el contexto y cómo influye en las formas de comunicación.

Valles (2006), entiende que una producción lingüística normal es cuando se produce tomando en cuenta su contenido, su forma y las posibilidades de actuación en un determinado contexto. Para ello, el hablante debe desplegar diversos recursos de coherencia y cohesión que permitan generar la comprensión y las respuestas esperadas.

Por otra parte, Van Dijk (1999) explica que el contexto es un modelo mental que el hablante ha construido con el que puede establecer relaciones entre lo general y particular, entre lo personal y social, es decir, el hablante a través del contexto enlaza estructuras lingüísticas a situaciones sociales. El hablante, entonces selecciona y construye la forma lingüística que permite una actuación ajustada a unos fines previamente determinados por él (Valles, 2006).

Un aspecto relevante observado en los hablantes control, es que el resultado de la actividad de reformulación conversacional se identificó como adecuado, en la medida en que se reparó la información semántica, sintáctica y/o pragmática. Para ello se usó el código “reformulación adecuada”. Se considera relevante porque esta condición de adecuación, que es el objetivo principal de cualquier tipo de reparación conversacional, fue menos frecuente o simplemente no ocurrió en los hablantes que registraron un menor desempeño en las habilidades cognitivas evaluadas y que presentaban el diagnóstico de DTA. Cabe hacer notar que Schegloff y colaboradores (1977) mencionan que es posible que la reformulación sea fallida, los autores registraron en su corpus casos fallidos de reformulación, a pesar de esto, las condiciones de la conversación que ellos registraron son ligeramente diferentes a las registradas en este estudio, por lo que puede ser que en conversaciones totalmente libres y espontáneas, los hablantes control cometan errores también en la reformulación.

Aquellos identificados con DTA, si bien realizaron actividades de reformulación de manera similar a los sujetos control, éstas en su mayoría se realizaban por otro tipo de dificultades, dentro de las cuales se mencionan las dificultades de acceso al léxico, elaboración de enunciados incoherentes, parafasias, errores en sus narraciones y por la marcada dificultad para mantenerse en el tópico. Estas dificultades se representan en el código “Déficit Lingüístico”, por lo que se desprende que un bajo desempeño cognitivo genera dificultades lingüísticas que a su vez generan actividades de reformulación conversacional.

En relación con el grado de adecuación en estos hablantes, se observó que son capaces de producir enunciados reformuladores que adecúan la información semántica, sintáctica y/o pragmática. Sin embargo, a diferencia de los sujetos control, es frecuente observar enunciados reformuladores que resultan inadecuados o que no cumplen el objetivo de adecuar el discurso a la interacción conversacional o de favorecer la comprensión mutua.

Ejemplo 110: el hablante PD7 está hablando de cuando se juntaba con amigos para ver películas en la televisión. Se marca con el asterisco el enunciado fuente que luego es reformulado. Sin embargo, la reformulación resulta en un enunciado poco coherente que no completa la idea inicial. Se aprecia el esfuerzo del hablante por contar lo que quiere contar y por intentar aclarar su relato, pero no lo consigue

P: \* | pero: al mismo tiempo ellos: | lo están:: mira::ndo a uno\|

E: ya:\

P: \*\*| ósea cuando yo mira a un:: a un:: | a una película/ | cuan::do viene: la parte de: del: | como se podrá::a llamar\ || sobre de lo que se trata la peli::cula\ | y aparecen: y vende::mos comida de gato\ por ejemplo\ | (PD7:251-253)

Ejemplo 52: como se puede apreciar en este extracto del ejemplo 52 de los resultados, se está hablando del primer trabajo de PD8. El relato presenta incoherencias por lo que ha sido necesaria la intervención del interlocutor E a través de una hetero-reformulación.

E: Eh:/ la primera vez que usted trabajo se acuerda?

P: si si me acuerdo pero mira antes de empezar a trabajar viajaba mucho para estudiar pero yo después pude digamos dedicarme a algo pero difícil era tenía mi casa

E: Ya:

P: \* con ella con mis padres no me preocupaba\

E: \*\*o sea no tenía como una gran necesidad de trabajar

(PD8:159-162)

En general, la adecuación pudo conseguirse en sujetos con DTA con las hetero-reformulaciones que, al estar a cargo de un interlocutor sin demencia, posibilitan la reparación del sentido de lo que se está diciendo.

La reducción de auto-reformulación en los hablantes con DTA puede deberse al descenso o ausencia de procedimientos de evaluación metalingüística. Estos procedimientos permiten al hablante juzgar si los enunciados son adecuados o inadecuados, para proceder a partir de esa valoración a ejecutar un determinado procedimiento reformulador. Esta habilidad metalingüística corresponde entonces al monitoreo cognitivo que los hablantes realizan durante la conversación (Gülich y Kotschi, 1987, 1997, como se cita en Silva, 2010 y en Ciapuscio, 1997). Por lo tanto, al tener un desempeño reducido en las habilidades cognitivas, la capacidad de monitoreo conversacional y la capacidad de reformulación se reduce o se hace nula. Por estas

razones el código “nivel de deterioro global” se identificó como eje principal en el presente modelo selectivo (Figura 6.1, página 192).

### 6.2.3.3. *Rol del interlocutor*

La conversación coloquial es un proceso de co-contrucción de un texto entre dos o más interlocutores. Los AAMM presentan algunas dificultades en su formulación que se relacionan con aspectos cognitivos y lingüísticos asociados a la edad. Frente a estas dificultades es frecuente el uso de actividades de reformulación como estrategias de reparación. Los tipos de actividades de reformulación pueden ser varios, como se ha descrito más arriba, lo interesante, es que los AAMM presentan capacidades que les permiten adaptar su discurso y repararlo en función de las necesidades del contexto.

Cuando se trata de personas con DTA, las condiciones cambian y la comunicación se hace dificultosa e incluso poco comprensible porque las aportaciones, en cada intervención en el proceso de co-contrucción, suelen presentar fallas como incoherencias, parafasias, problemas de acceso al léxico, etc. (Valles, 2006, 2009, 2018). Estos enunciados, en estas condiciones, ponen en riesgo la comprensibilidad y el sentido de la interacción comunicativa.

Al reducirse la capacidad del hablante para evaluar lo que está diciendo y para modificar acertadamente lo dicho, sin las acciones del interlocutor, la comunicación queda fracturada. Por esa razón la participación del interlocutor es clave.

En el corpus pudo observarse hetero-reformulaciones que repararon fallas de diversa índole, en donde se intenta reparar algún aspecto a nivel fonológico, semántico, sintáctico y/o pragmático. En el siguiente ejemplo puede verse que la intervención del interlocutor ayuda a la hablante a llegar a la palabra y es una hetero-reformulación típica.

#### Ejemplo 111:

E: mire | le voy a mostrar una lámina | ya? | pero se la voy a mantener por un tiempo para que la mire y después usted me va a contar de qué se trata | ¿de acuerdo? | mire | ¿se la puede acercar otro poquito?

P: a:: está cocinando | en la cocina | ahí está el gato |\*parece que esa cosa

A: \*\*este es el lavaplato

P: lavaplato si

(PD16:097-099)

También se marcaron como hetero-reformulación varias acciones del interlocutor que tenían la finalidad de reparar un aspecto que va más allá del enunciado dado en un turno específico, el tópico conversacional. La particularidad de los cambios de tópicos identificados en el presente estudio en los sujetos con DTA recae en el hecho de que en ningún punto son consensuados entre los interlocutores, como ocurre en una conversación con personas sin DTA. En cambio, se observó que los entrevistados con DTA en forma autónoma, realizaban constantes desvíos del tópico que resultaron no funcionales para la conversación, lo que a su vez exigió una acción de reparación por parte del interlocutor. Por esta razón, se usaron los códigos “desvío del tópico”, “dificultad para adaptarse al tópico”, “dificultad para identificar el tópico”, y “dificultad para quedarse en el tópico y detallarlo”; que son parte del supercódigo “déficit lingüístico” del modelo selectivo (Figura 6.1, página 192). Cabe hacer notar que la mayoría de las dificultades con el manejo de los tópicos lo presentan las personas con GDS-5, mientras que las personas

con GDS-4 tendían a preservar mejor el desarrollo temático y en presencia de desvíos, tendían a seguir las estrategias de retomada del tópico que proporcionaba el interlocutor.

Las acciones reparativas por parte del interlocutor aparecen por la necesidad de traer el significado perdido por el cambio de tópico que frecuentemente los hablantes con DTA con GDS4 realizan y que no son capaces de reparar por sí mismos. Entonces como una acción de “presentificación del sentido”, el interlocutor cumple la función de reparar el tópico conversacional. Lo mismo sucede con los hablantes con GDS-5, aunque más que por un cambio de tópico, el fenómeno se observa por el hecho de estar de manera no pertinente en otro tópico, o por las incoherencias, o por las dificultades para reconocer el tema propuesto por el interlocutor.

Bajo el contexto de la presente investigación y dadas las características de esta actividad, se interpretó la intención de presentificación del sentido conversacional, como una hetero-reformulación iniciada por otro. En la literatura, la acción del interlocutor de resumir el tema o volver a hacer la pregunta no contestada como en el ejemplo 82 se asemeja a lo descrito como “retomada del tópico”, actividad que suele ser frecuente, por parte del interlocutor, en la interacción con personas con demencia (Brandão et al., 2008, Martínez y Noemi, 2016).

Ejemplo 86: nuevamente si miramos este ejemplo vemos que se intenta conversar sobre su matrimonio, específicamente sobre qué edad tenía la hablante PD6 al contraerlo. En el desarrollo, la hablante se desvía del tópico y el interlocutor intenta reparar el sentido primero con una hetero-reformulación en P6:081 y luego con una acción de retomada del tópico con lo que espera poder volver al tema.

B: Si si me case	(PD6:074)
A: qué edad tenia usted cuando se casó?	(PD6:075)
B: paso que volví a trabajar a su a casa	(PD6:076)
A: ya..	(PD6:077)
B: si ahí volví a trabajar	(PD6:078)
A: =y ahí conoció a su marido?=-	(PD6:079)
B: *=por el día no por hacerlo porque me iba a dormir a mi casa=	(PD6:080)
A: **ya: iba a trabajar por el día pero después usted volvía a su casa\	(PD6:081)
B: claro	(PD6:082)
A: eh: es así?	(PD6:083)
B: yo iba a como le digo a con las estas a dejar esperaba un poco porque como andaba en la escuelita y me los pasaban después desocupados	(PD6:084)
A: =ya= **pero yo le había hecho otra pregunta\ yo le preguntaba/ si usted qué edad tenía usted cuando se casó	(PD6:085)

En una investigación previa sobre actividades de reformulación conversacional en personas mayores controles, con DCL y demencia, utilizando una tarea de elaboración de narraciones a partir de un guion en imágenes, las dificultades de manejo del tópico se intervenían mediante un recuento temático que el interlocutor hacía cada tanto hasta que se completaba el relato (Martínez y Noemi, 2016). De esta manera se conseguía retomar el tópico. Esta actividad se observó con los hablantes identificados con DCL y demencia de manera dominante en comparación con sujetos control. En el caso de la presente investigación, no se marcaron ese tipo de acciones debido probablemente a una diferencia de tarea, elaborar un relato a partir de un guion en imágenes es distinto a desarrollar entrevistas. En la primera tarea, el conocimiento sobre personajes, acciones y eventos es compartido entre los interlocutores, mientras que en la segunda tarea se habla sobre las historias de vida de manera más o menos libre, en donde el participante que sabe más es

el entrevistado. Por lo tanto, este recurso tendría usos más limitados. Existe, eso sí, la posibilidad de que acciones de retomada del tópico, por parte del interlocutor sin demencia, puedan ser acciones relevantes para reparar tópicos en casos de desvío, acciones que podrían ser más frecuentes en conversaciones entre personas con DTA y sus familiares, quienes contarán con información previa e historias compartidas que facilitarían la realización de estos procedimientos. Se pone en evidencia aquí la necesidad de seguir investigando especialmente en contextos más naturales.

En la literatura también es posible encontrar un concepto que se llama “reparación indirecta” (Sabat, 2001, como se cita en Valles 2006) que se refiere a múltiples acciones del interlocutor para facilitar la comprensión y la co-construcción del discurso. Las acciones pueden ser con el uso de interrogativos o parafraseos que permiten chequear si el hablante está comprendiendo el tema que se está tratando y revisar la propia comprensión con respecto a los deseos o argumentos del entrevistado (Breaner y Merel, 2006; como se cita en Valles 2006).

En principio, en el corpus en general no se marcaron las reparaciones indirectas, sino que las acciones del interlocutor se interpretaron siempre como hetero-reformulaciones, pero se reconoce que el interlocutor frecuentemente realiza más acciones para preservar la interacción comunicativa, y la coherencia y la cohesión en su desarrollo.

En el trabajo de los autores Hall y colaboradores (2018) la pérdida del tópico era tratada de dos maneras. La primera era a través del inicio explícito de una reparación, mientras que la segunda se trataba de cambios de tema que funcionaban como puente hacia la vuelta al tópico del turno anterior. Este tipo de estrategia también fue observada ocasionalmente en este corpus con la finalidad de que a través de un pequeño giro temático atraer la atención del hablante y centrarla en el tema nuevo. De todas maneras, los giros temáticos registrados no fueron demasiado alejados de los temas personales de los hablantes, ya que, si así lo fueran, probablemente la estrategia habría fallado.

En muchas ocasiones, los desvíos del tópico en las entrevistas autobiográficas, no se realizan hacia cualquier tema, sino a temas de preferencia del hablante de acuerdo con su historia y a los recuerdos más preservados que finalmente son los que le dan sentido a su existencia. Desde este punto de vista Hydén (2008) afirma que recontar historias autobiográficas, es decir, aprovechar los tópicos que persisten en la persona con DTA, puede ser una oportunidad de solución para fortalecer el sentido de la vida de la persona y para establecer algunas conexiones basadas en el significado. Por lo tanto, el desarrollo temático centrado en la historia personal de la persona con DTA sería lo más funcional.

Como se ha dicho antes, las acciones del interlocutor son claves para conseguir una comunicación funcional. Para ello, dispone de varias estrategias como las revisadas anteriormente: las hetero-reformulaciones, las retomadas del tópico, las reparaciones indirectas y los giros temáticos funcionales. Dado que el rol del interlocutor se vuelve fundamental en la medida en que progresa la demencia, desde el punto de vista de la intervención fonoaudiológica o logopédica, se hace necesaria la capacitación de interlocutores claves, idea coincidente con varios otros autores (Savundranayagam y Orange 2013; Martínez y Noemi, 2016; y Samuelsson y Hydén, 2017; Hall et al, 2018)

Por último, y para cerrar la presente discusión se realizarán algunas observaciones generales. La primera, guarda relación con el hecho de que en el presente corpus se observaron muy pocos marcadores textuales asociados a los fenómenos de reformulación. Esto podría explicarse por la naturaleza informal de la actividad de elicitación y frente al hecho de que las reformulaciones realizadas por los sujetos control no requerían de una presentación formal del nuevo enunciado a través de un marcador especial. Esto mismo es válido para algunas reformulaciones de los hablantes con DTA, aunque, también puede asociarse a la reducción de la coherencia y las limitaciones en el uso de elementos que caracteriza a este tipo de hablante (Valles, 2013).

La segunda observación para mencionar es aquella vinculada con la complejidad sintáctica. Esta es mayor en los hablantes identificados como normales, quienes produjeron enunciados más largos y más complejos en término de tipos de estructuración oracional. En los hablantes con DTA, se observaron enunciados menos complejos que presentaban errores morfológicos y sintácticos que incluían omisiones, errores en el uso de la deixis y alteración de la ordenación de los elementos oracionales. Cabe hacer notar que las producciones discursivas eran más extensas y ricas en el caso de las personas control, mientras que en los participantes con DTA elaboraron discursos más breves y escuetos. Esto para la entrevista autobiográfica y para la conversación basada en *MetAphAs*.

La tercera y última observación para mencionar, es aquella relacionada con el tipo de entrevista. En el corpus de ambos grupos no se observaron diferencias relevantes en la producción de reformulaciones que se pueda asociar al formato de entrevista. Pero, en el caso de las personas con DTA la entrevista autobiográfica tendía a ser más breve y concreta que la de los AM del grupo control y en el caso del *MetAphAs*, los participantes con DTA tendían a aumentar levemente su producción. Esto significa que, en un contexto natural y espontáneo, la participación de la persona con DTA tiende a bajar y su producción también, y que el protocolo *MetAphAs*, en esta investigación, le otorgó a los participantes con DTA un marco funcional para que produjeran un discurso que puede ser analizado mediante estrategias cualitativas.

Para finalizar, el modelo selectivo obtenido del proceso inductivo de análisis del corpus pretende reflejar que los desempeños generales fueron distintos en los dos grupos comparados. Observándose un descenso en sus capacidades de reformulación (descenso de la auto-reformulación y aumento de la hetero-reformulación) en personas con DTA en comparación con los AM del grupo control.

## CONCLUSIONES

Las actividades de reformulación conversacional son frecuentes en la interacción coloquial y tienen como objetivo principal reparar errores de formulación que puedan afectar a la comprensión mutua. En la presente investigación se ha podido evidenciar que esta capacidad de reparación conversacional es sensible al desempeño cognitivo de personas con DTA.

Para llegar a esta conclusión se respondieron a las cuatro preguntas inicialmente planteadas. La primera de ellas fue ¿Cuáles son las actividades de reformulación conversacional que el AM con y sin DTA realizan en tareas conversacionales? Para responderla se describieron y caracterizaron las actividades de reformulación, encontrándose 3 tipos: la auto-reformulación auto-iniciada, auto-reformulación iniciada por otro y hetero-reformulación derivada del inicio del otro. La primera de ellas fue frecuente y dominante en ambos grupos, pero en menor escala en los casos de DTA. La última es menos frecuente en el corpus en general, pero en mayor proporción en los participantes con DTA en comparación con los participantes control. La aparición de actividades de reformulación conversacional en la conversación depende en gran medida de la capacidad de los participantes para evaluar y corregir lo que están diciendo para favorecer la construcción de un discurso colaborativo. En este sentido, es natural que en la persona con DTA, cuya habilidad metalingüística y cognitiva está descendida, disminuya la responsabilidad de las acciones reparativas para transferirlas al interlocutor. Por esta razón las hetero-reformulaciones fueron más frecuentes en este grupo. De aquí se desprende que la AC está fuertemente relacionada a aspectos cognitivos, especialmente de funciones ejecutivas y de habilidades metalingüísticas. Como afirman Rosell-Clari y colaboradores (2021) la pérdida de conciencia metalingüística, es decir, de la capacidad de control atencional y seguimiento de la propia conducta, conduce inevitablemente a un déficit en la conducta verbal.

La segunda pregunta ¿Qué características tienen los procedimientos de reformulación conversacional en ambos grupos? Los procedimientos de reformulación se dieron de manera similar en sujetos con y sin DTA, no obstante, existen algunas diferencias. Los participantes con DTA realizaron, de manera más frecuente y predominante, reformulaciones para corregir información más que para ampliarla o para ser más precisos, como en el caso de los participantes control, que además usaban la reformulación como herramienta retórica. Esto significa que los propósitos de las actividades de reformulación conversacional en los controles tendían a ser más complejos que en los participantes con DTA, lo que estaría relacionado directamente con las habilidades cognitivas y lingüísticas de ambos grupos que condicionaría la competencia de cada participante para responder a las demandas de colaboración en la conversación. Si bien, los propósitos difieren en complejidad, el objetivo central de las actividades de reformulación conversacional se mantiene, es decir, existe un interés en ambos grupos de facilitar la comprensión mutua y un interés por parte de los participantes de mantenerse en la conversación, independiente del éxito de las actividades de reformulación conversacional. Un ejemplo de ello es el procedimiento de hetero-reformulación, en muchos casos se identificó que el hablante con DTA ante la reformulación por parte del interlocutor, responde afirmando o repitiendo lo reformulado para validarlo. Esto indica que el hablante con DTA mantiene su interés en estar presente en la interacción y en estar en línea en el proceso comunicativo. Esto es muy relevante debido a que la conversación es una actividad cotidiana central que permite el contacto socioafectivo con sus familiares

y cuidadores, por lo tanto, el interés en la conversación permite mantener los vínculos afectivos. Tomar en cuenta esto, ayuda a poner en relevancia que la intervención fonoaudiológica debe poner siempre el foco en las estrategias que permitan enriquecer el intercambio comunicativo.

La tercera pregunta planteada fue ¿Qué características tienen los contextos cognitivos-comunicativos de la reformulación conversacional en ambos grupos? Las reformulaciones analizadas se dieron en dos tipos de contexto. El primero tiene relación con la adultez mayor, etapa en la cual se producen cambios físicos, emocionales, cognitivos y lingüísticos. Estos cambios se representan con algunas dificultades en la memoria y en las funciones ejecutivas que en concreto no afectaron a la capacidad del participante para formular el discurso conversacional, ni tampoco para detectar errores y corregirlos. Sin embargo, se observaron frecuentes dificultades de acceso al léxico que se asociaron a reformulaciones conversacionales. El segundo contexto se relaciona con el diagnóstico de DTA del grupo casos. El contexto patológico determinó la aparición de dificultades de memoria, algunas parafasias, dificultades leves de comprensión y dificultades de acceso al léxico que son más frecuentes en sujetos con DTA. En términos de actividades de reformulación, se pudieron observar, a consecuencia de esto, enunciados fútiles con errores, imprecisos o incompletos. Los déficits cognitivos y lingüísticos repercuten indudablemente en las AC, generando condiciones especiales en ambos grupos. Los participantes del grupo control mostraron mayor productividad discursiva que las personas con DTA, siendo discursos y actividades lingüístico-comunicativas incluso más complejas. En este sentido, hay que destacar que el contexto de entrevista a través del test *MetAphAs* ofrece un marco para la producción de diversas tareas metalingüísticas, en las que los hablantes con DTA mostraron un leve aumento de la productividad discursiva, lo que sugiere que las conversaciones guiadas o inducidas pueden ser mucho más beneficiosas que la conversación libre.

La última pregunta ¿Existirán diferencias entre las actividades de reformulación que realizan las personas con DTA y control? Los datos analizados señalaron un descenso de la capacidad de reformulación, evidenciado en los hablantes con DTA en comparación con los hablantes del grupo control. Esto se manifiesta con reformulaciones que no cumplieron con el objetivo de corregir o adecuar el discurso, sino que, más bien, resultaron inadecuadas. El grado de adecuación es el principal factor de diferencia entre ambos grupos, por lo mismo, creemos que el resultado más importante es el relacionado con la funcionalidad de la interacción conversacional. En este punto es importante precisar que el hablante con DTA tiene menos capacidades para adecuar su discurso y esto es observable en las actividades de reformulación conversacional registradas, especialmente en las auto-iniciadas, y en la funcionalidad de la interacción conversacional, entonces, dependerá fundamentalmente de la respuesta del interlocutor. Por lo tanto, es importante visibilizar el aporte que el interlocutor puede proporcionar para que la comunicación con diversos propósitos se mantenga el mayor tiempo posible.

Si bien en este estudio se intentó describir el fenómeno de la reformulación conversacional, cabe señalar que estas actividades son sumamente complejas y que las conclusiones del presente trabajo no son generalizables. Para ello se requiere continuar investigando quizás con grupos de distintos grados de deterioro global y ampliando la muestra de participantes.

Frente a las posibles implicaciones relacionadas con los presentes hallazgos, destacar los resultados que están vinculados principalmente con el rol del interlocutor de los



hablantes con DTA y su importancia en el desarrollo de la conversación y la comunicación. Esto porque como afirma Valles (2013) las limitaciones lingüísticas de las personas con demencia deben 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. Desde este punto de vista, la fonoaudiología se debe preocupar de sistematizar estas estrategias para proporcionar intervenciones terapéuticas adecuadas.

Por otra parte, el estudio de la conversación y en particular de las actividades de reformulación puede permitir conocer más profundamente las consecuencias de las alteraciones cognitivas en las actividades naturales de comunicación, especialmente los déficits relacionados con la memoria y las funciones ejecutivas, y sus repercusiones sobre las interacciones comunicativas. Puede además permitir, desde este punto de vista, comprender un poco más la conducta comunicativa de la persona con DTA y de su interlocutor y, así, como indica Valles (2018), identificar los ajustes positivos necesarios para potenciar la comunicación y mejorar el desempeño de la conversación cara a cara con todos sus interlocutores en sus diferentes contextos de vida.

Respecto a la evaluación neuropsicológica, del lenguaje y de habilidades metalingüísticas es destacable observar en la muestra las correlaciones vinculadas al grado de deterioro, en donde, los puntajes en las diversas pruebas se ven afectados por el deterioro global. Sobre esto, es importante señalar las limitaciones de los análisis estadísticos relacionados principalmente al tamaño de la muestra que hacen difícil la aplicación de estadísticos complejos. Por esta razón, estos datos son fundamentalmente descriptivos, preliminares y orientativos respecto a las características, semejanzas y diferencias del grupo control y grupo casos en razón a la cognición, el lenguaje y el metalenguaje. Los resultados obtenidos en este ámbito requieren mayor investigación y especialmente un aumento significativo del tamaño muestral para alcanzar conclusiones ampliamente generalizables.

Finalmente, se destaca la importancia de continuar investigando sobre las habilidades conversacionales y las actividades de reformulación en el contexto del AM sin demencia y en aquellos con patologías que afectan las funciones cognitivas. En los primeros, permitirá comprender el fenómeno en su contexto normal y natural desde el cual pueden emerger estrategias aplicables o moldeables a adultos con patologías. En los segundos permitirá comprender mejor, cómo los interlocutores se adaptan colaborativamente hacia una comunicación funcional. Y, por último, estudiar y aplicar estrategias de intervención basadas en los hallazgos y evaluar la efectividad de dichos procesos terapéuticos, permitirá avanzar en la creación de mejores servicios de apoyo a la calidad de vida de personas con DTA.

## REFERENCIAS

- Abraham, M., Della, R., Gauchant, S. y Marino, J. (2008). Valores normativos de la prueba de fluidez de acción (nombramiento de verbos). *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2):11-19.
- Abrams, L. y Davis, D. (2016). The Tip-of-the-Tongue Phenomenon. En W. Harris (Ed.), *Cognition, Language and Aging* (pp. 13-54). Philadelphia, USA: John Benjamins Publishing Company.
- Aceiro, M.A., Saux, G., Rubio, M., Gonzalez-Aguilar, M.J. y Grasso, L. (2017). *Estudio preliminar de la evaluación de las funciones ejecutivas en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo leve mediante la Frontal Assessment Battery*. Repositorio Pontificia Universidad Católica de Argentina 27:23-33.
- Aschiero, M. B., Gonzalez-Aguilar, M. J., y Grasso, L. (2019). Influencia de variables sociodemográficas en el rendimiento de la Frontal Assessment Battery en adultos mayores argentinos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12 (2): 115 - 124. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/1574>
- Acuña, E., Pérez, J.C., Villalón, J. y Villalón, G. (2005). Chile: Proyecciones y estimaciones de población, Total país período información 1950-2050. *Instituto Nacional de Estadísticas INE, CELADE*, serie de la publicación (CEPAL): OI N° 208
- Altmann, L.J.P., Kempler, D. y Andersen, E.S. (2001). Speech errors in Alzheimer's disease: reevaluation of morphosyntactic preservation. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44:1069-1082
- Alzheimer Disease International [ADI]. (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. Disponible en <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>.
- Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS spectrums*, 24(1), 78-87
- Appell, J., Kertesz, A. y Fisman, M. (1982). A study of language functioning in Alzheimer patients. *Brain and Language*, 17: 73-91.
- Appollonio, I., Leone, M., Isella, V., Piamarta F, Consoli T, Villa M.L., ..., Nichelli, P. (2005) The Frontal Assessment Battery (FAB): Normative values in an Italian population sample. *Neurological Sciences*. 26: 108–116.
- Aranda, L., Gordillo-Villatoro, M., Enamorado, J. M. y López-Zamora, M. (2017). Estudio del lenguaje en las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer a través del Test de Boston. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 37(3): 111-120.

Arevalo-Rodriguez, I., Smailagic, N., Roqué I., Figuls, M., Ciapponi, A., Sanchez-Perez, E.; ... y Cullum, S. (2015). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(3), CD010783. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010783.pub2>

Asgari, M., Kaye, J. y Dodge, H. (2017). Predicting mild cognitive impairment from spontaneous spoken utterances. *AlzheimerDemnet(NY)*, 3(2):219-228.

Ashmore, M. y Reed, D. (2000). Innocence and Nostalgia in Conversation Analysis: The Dynamic Relations of Tape and Transcript. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Investigación social cualitativa*, 1(3), <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000335>.

Asociación Panamericana de Psiquiatría. (2014). *Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*, 5º Ed. Arlington, VA, Asociación Panamericana de Psiquiatría.

Atri, A. (2019). The Alzheimer's disease clinical spectrum: Diagnosis and management. *Medical Clinics*, 103(2), 263-293.

Barbosa, C. (2009). *Atividades de reformulação na conversação entre afásicos e não-afásicos*. Tesis do grau de Mestre em Linguística. Campinas.

Bayles, K. (1984). Language and dementia. En Holland, A. (ed.): *Language disorders in Adults: Recent Advances* (pp. 209-244). San Diego: College-Hill Press.

Bayles K. A. (2003). Effects of working memory deficits on the communicative functioning of Alzheimer's dementia patients. *Journal of communication disorders*, 36(3): 209–219. [https://doi.org/10.1016/s0021-9924\(03\)00020-0](https://doi.org/10.1016/s0021-9924(03)00020-0)

Beaugrande, R. y Dressler, W. (1981). Introduction to Text Linguistics. *XIV Congress of Linguists*, Berlin 1987

Beaugrande, R. de (2004). A new introduction to the study of text and discourse. Recuperado en: <https://es.scribd.com/document/273415285/A-New-Introduction-to-the-Study-of-Text-and-Discourse>

Becker, J.T. y Overman, A.A. (2002). El déficit de la memoria semántica en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 35(08): 777-783

Berkenbusch, G. (1995). Planteamientos interactivos en el análisis conversacional: la etnometodología y la teoría de la producción de textos orales. *Sintagma*, 7 :69-84.

Berrewaerts, J., Hupet, M. y Feyereisen, P. (2003). Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de Neuropsychologie*, 13: 165-207

Bezdicek, O., Rosická, A. M., Mana, J., Libon, D. J., Kopeček, M. y Georgi, H. (2021). The 30-item and 15-item Boston naming test Czech version: Item response analysis and normative values for healthy older adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 43(9), 890-905.

Blackford, R. y La Rue A. (1989). Criteria for diagnosing age-associated memory impairment: Proposed improvements from the field. *Developmental Neuropsychology*, 5(4):295-306

Blasco, J. y Pérez, J. (2007). *Metodologías de investigación en educación física y deporte: Ampliando horizontes*. Alicante, España. Editorial Club Universitario. Imprenta Gamma

Bondi, M.W., Edmonds, E.C., Jak, A.J., Clark, L.R., Delano-Wood, L., McDonald, C.R., ... y Salmon, D.P. (2014). Neuropsychological criteria for mild cognitive impairment improves diagnostic precision, biomarker associations, and progression rates. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 42 (1): 275-289. <https://doi.org/10.3233/JAD-140276>

Borkowski, J.G., Benton, A.L. y Spreen, O. (1967). Word fluency and brain damage *Neuropsychologia*, 5: 135-140

Botelho, J. M. (2011). Conversação: mudança e desvio de tópico conversacional. *Revista Philologus*, 17(50). Rio de Janeiro: CiFEFiL, maio/ago.

Bouamor, H. (2012). Etude de la paraphrase sous-pharastique en traitement automatique des langues. *Autre [Cs. OH]*. Université Paris Sud – Paris XI. Français. Disponible en: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00717702>.

Bowles, R. P., y Salthouse, T. A. (2008). Vocabulary test format and differential relations to age. *Psychology and Aging*, 23(2), 366–376. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.2.366>

Boyé, M.; Grabar, N. y Thi Tran, M. (2014). Contrastive conversational analysis of language production by Alzheimer's and control people. *Studies in Health Technology and Informatics*. 205:682-6.

Brañas F. y Serra JA. (2002). Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*;26:66-7

Breton, A., Casey, D., y Arnaoutoglou, N. A. (2019). Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(2): 233-242

Brown, E.E., Kumar, S., Rajji, T.K., Pollock, B.G., y Mulsant, B.H. (2020). Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(7): 712–721. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>

Burke, D., Mackay, D., y James, L. (2012). Theoretical approaches to language and aging. En T.J. Perfect, y E. A. Maylor (eds.). *Models of cognitive aging*. (pp. 204-237). New York: Oxford University Press.

Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P. y Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español. Datos normativos en Argentina. *Medicina*, 60(5/1): 561-564.

Cassany, D. Luna, M. y Sans, G. (1994) *Enseñar Lengua*. Barcelona: Graó

Calero, M.D., Arnedo, M.L., Navarro, E., Ruiz-Pedroza, M. y Carnero, C. (2002). Usefulness of a 15-Item Version of the Boston Naming Test in Neuropsychological Assessment of Low-Educational Elders with Dementia. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*;57B (2):187–191.

Calsamiglia, H. y Tusón, A. (2002). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Editorial Ariel S. A. Barcelona, España.

Carbajo, M. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, 18, 237-254.

Cardoso, S., Silva, D., Maroco, J., de Mendonça A. y Guerreiro M., (2014). Non-literal language deficits in mild cognitive impairment. *Psychogeriatric*, 14(4):222-228.

Casanova-Sotolongo, P.; Casanova-Carrillo, P. y Casanova-Carrillo, C.; (2004). Trastorno de memoria asociados a la edad en la atención médica básica. Aspectos conceptuales y epidemiológicos. *Revista de Neurología*; 38 (1): 57-61.

Castillo, E. y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3):164-167.

Cebria, M. (2002). *La reparación conversacional en español: Un análisis de los talk shows*. Master o Arts. Athens Georgia.

Cevasco, J. y van den Broek, P. (2017). La importancia del procesamiento de la causalidad en la comprensión del discurso oral espontáneo. *Ciencia Cognitiva*, 11(2): 40-42.

Chávez-Oliveros, M., Rodríguez-Agudelo, Y., Acosta-Castillo, I., García-Ramírez, N., Rojas de la Torre, G. y Sosa-Ortiz, A.L. (2015). Fluidez verbal-semántica en adultos mayores mexicanos: valores normativos. *Revista Neurología*, 30(4):184-194.

Cheng, Y. W., Chen, T. F., y Chiu, M. J. (2017). From mild cognitive impairment to subjective cognitive decline: conceptual and methodological evolution. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 491.

Ciapuscio, G. (1997). Los científicos explican: la reformulación del léxico experto en la consulta oral. *Cuadernos do Instituto de Letras*, 18: 36-46.

Ciapuscio, G. (2003). Formulation and reformulation procedures in verbal interactions between expert and (semi-)laypersons. *Discourse Studies*, 5(1): 207-233.

Cisneros, T. A., Castro, S. T., Montes, B. M., y Carrillo, N. M. T. (2017). Alzheimer: Diferencias por género entre América Latina y otras regiones del mundo. *Género y Salud en Cifras*, 15:5-11.

Clarens, M. F., Crivelli, L., Calandri, I., Chrem Méndez, P., Martin, M. E., Russo, M. J., ... y Allegri, R. F. (2020). Neuropsychological profile of Alzheimer's disease based on amyloid biomarker findings results from a South American cohort. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(3), 345-350.

Clark, L.J., Gatz, M., Zheng, L., Chen Y.L., McCleary, C. y Mack, W.J. (2009). Longitudinal Verbal Fluency in Normal Aging, Preclinical, and Prevalent Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(6):461-468

Contador, I., Bermejo-Pareja, F., Fernández-Calvo, B., Boycheva, E., Tapias, E., Llamas, S., y Benito-León, J. (2016). The 37 item versión of the Mini-Mental State Examination: Normative data in a populationbased cohort of older Spanish adults (NEDICES). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(3): 263-272.

Connor, L.; Spiro, A.; Obler, L.; y Albert, M. (2004). Change in Object Naming Ability During Adulthood. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 59. P203-9. 10.1093/geronb/59.5.P203.

Cook, T.D. y Reichardt, Ch.S. (8a. ed. 2005). *Métodos Cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Ediciones Morata, Madrid. (Primera edición publicada en 1982).

Crook TH, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, y Gershon S. (1986). Age-associated memory impairment: proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. *Developmental Neuropsychology*; 2:261-76.

Cossio-Bolaños, M., Vidal-Espinoza, R., Castelli, L.F., Acevedo- Cabrera, Y., Orostica-Navarro, M.J., Oyarce-Méndez, P.M. y Gómez-Campos, R. (2021). Análisis bibliométrico de las funciones ejecutivas de adultos mayores en Iberoamérica. *Revista de Neuropsiquiatría*. 84(2):94-102. DOI:<https://doi.org/10.20453/rnp.v84i2.3996>

Cuetos, F. (2003). *Anomia: La dificultad para recordar palabras*. Madrid: TEA.

Cuetos, F. (2012). The role of aphasic disorders in the study of the brain-language relationship. En C. Boeckx, M. C. Horno-Chéliz y J. L. Mendivil-Giró (Eds.), *Language, from a Biological Point of View. Current Issues in Biolinguistics*(pp. 143-164). Cambridge: Cambridge Scholars.

Cuetos, F.; Rodríguez-Ferreiro, J. y Martínez, C. (2003). Alteraciones de la memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. *Revista española de Neuropsicología*, 5(1):15-31.

Cummings, L. (2020). *Language in dementia*. Cambridge University Press.

Custodio (2018). Los nuevos criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer no dependen de los síntomas clínicos. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(2):55-57.

Custodio, N.; Cortijo, P.; Castro, S.; Herrera-Pérez, E.; Linares, J.; Lira, D.; Núñez, L.; Montesinos, R. (2012). Análisis comparativo de las características neuropsicológicas de pacientes con demencia fronto-temporal, variante conductual y enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(4):120-128.

Custodio, N.; Herrera, E.; Lira, E.; Montecinos, R.; Linares, J.; Bendezú, L. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la facultad de medicina.*; 73 (4):321-30.

De Lira, J., Cianciarullo, T., Ferreira P.H., y Zazo, K. (2014). Analysis of word number and content in discourse of patients with mild to moderate Alzheimer's disease. *Dementia and Neuropsychologia*, 8(3): 260-265.

De Lira, J., Zazo, K., Carvalho, A., Ferreira, P.H., y Cianciarullo, T.H. (2011). Microlinguistic aspects of the oral narrative in patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 23(03): 404-412.

Saussure, F. (1916). Nature of the Linguistic Sign. En. David H. Richter, Ed. *The Critical Tradition: Classic Texts and Contemporary Trends* (pp 832-835). Boston: Bedford/St. Martin's Press, 1998.

Delbeuck, J.; Debachy, B.; Pasquier, F. y Moroni, C. (2013). Action and noun fluency testing to distinguish between Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35(3): 259-268, Doi: 10.1080/13803395.2013.763907

Delgado, C. y Salinas, P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*; 20: 244 – 51.

Delgado-Losada, M.L., López-Higes, R., Rubio-Valdehita, S., Facal, D., Lojo-Soane, C., Montenegro-Peña, M., Frades-Payo, B. y Fernández-Blázquez, M.A. (2021). Spanish Consortium for Ageing Normative Data (SCAND): Screening Tests (MMSE, GDS-15 and MFE). *Psicothema*; 33(1), 70-76. Doi: 10.7334/psicothema2020.304

Diéguez-Vide, F. y Peña-Casanova, J. (2012). *Cerebro y lenguaje: sintomatología neurolingüística*. Madrid: Panamericana.

Dinamarca, J. L. (2012). Dismovilidad en Geriátrica: una década definiendo un concepto. *Bol. Hospital Viña del Mar*, 68 (2).

Ding, D., Zhao, Q., Guo, Q., Liang, X., Luo, J., Yu, L., Zheng, L. y Hong, Z. (2016). Shanghai Aging Study (SAS). Progression and predictors of mild cognitive impairment in Chinese elderly: A prospective follow-up in the Shanghai Aging Study. *Alzheimers Dement (Amst)*. 9(4):28-36. doi: 10.1016/j.dadm.2016.03.004.

Dodge, HH.; Mattek, N.; Gregor, M.; Bowman, M.; Seelye, A.; Ybarra, O.; Asgari, M.; y Kaye, JA. (2015). Social Markers of Mild Cognitive Impairment: Proportion of Word Count in Free Conversational Speech. *Current Alzheimer Research*, 12:513-519.

Domagala-Bielazka, A. (2011). Les opérations de reformulation dans la communication inférentielle. *Synergies Pologne*, 8 :209-216.

Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41(2):13-22.

Donoso Hermosa, I. G. (2015). *Normalización del test de Boston formato abreviado en población adulta de Quito*. Master's thesis, Quito: UCE.

Donoso, A.; Venegas, P.; Villaroel, C. y Vásquez, C. (2001). Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 39(3): 231-238.

Dörr, O. (2005). Aspectos Fenomenológicos y Éticos del Envejecimiento y la Demencia. *Revista Médica de Chile*, 133: 113-120.

Dos Reis, T.G., Machado, T.H., Caramelli, P., Scornavacca, F., Fernandez, L.L., y Beber, B.C. (2021). First Symptoms of Primary Progressive Aphasia and Alzheimer's Disease in Brazilian Individuals. *Frontiers in neurology*, 12, 628406. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.628406>.

Duarte, L., Espitia, A. y Montanés, P. (2016). Aportes y limitaciones del Boston Naming Test: evidencia a partir de controles colombianos. *Acta Neurológica Colombiana*. 32(4): 290-296.

Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I. y Pillon, B. (2000). The FAB: A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*. 55(11):1621-6.

Ebly, E.; Hogan, D.; y Parhad, I. (1995). Cognitive impairment in the nondemented elderly. Results from the Canadian Study of Health and Aging. *Archives of Neurology*. 52(6):612-619.

Edmonds, E. C., Delano-Wood, L., Clark, L. R., Jak, A. J., Nation, D. A., McDonald, C. R., ... y Bondi, M. W. (2015). Susceptibility of the conventional criteria for mild cognitive impairment to false-positive diagnostic errors. *Alzheimer's and Dementia*, 11(4): 415-424

Edwards, A. J. (1993). *Dementia*. Nueva York: Springer.

Ellis, R., y Barkhuizen, G. (2005). *Analysing Learner Language*. Oxford: Oxford University Press

Eshkol-Taravella, I. y Grabar, N. (2016). Reformulation à l'oral et dans le forum Web. 5<sup>e</sup> Congrès Mondial de Linguistique Française. 27:19. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20162711003>



Esparza, A. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(3).

Estrada, A., Cardona Arango, D.C. y Agudelo García, H.B.A. (2003). Aspectos subjetivos del envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. *Investigación y educación en enfermería*, 21(2), 80-91.

Evrard M. (2002). Ageing and lexical access to common and proper names in picture naming. *Brain and language*, 81(1-3): 174-179. <https://doi.org/10.1006/brln.2001.2515>

Fernández, X. (1992). Actos de reformulación conversacional: a corrección. *Cadernos de Lingua*, 6:65-76.

Fiest, K.M., Roberts, J.I., Maxwell, C.J., Hogan, D.B., Smith, E.E., Frolkis, A, ... ,y Jetté, N. (2016) The Prevalence and Incidence of Dementia Due to Alzheimer's Disease: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Neurological Science*;43 (1):S51-82. doi: 10.1017/cjn.2016.36. PMID: 27307128.

Fernández-Blázquez, M.A.; Ruiz-Sánchez de León, J.M.; López-Pina, J.A.; Llanero-Luque, M.; Montenegro-Peña, M.; y Montejo-Carrasco, P. (2012). Nueva versión reducida del test de denominación de Boston para mayores de 65 años: aproximación desde la teoría de respuesta al ítem. *Revista de Neurología* , 55 (7): 399-407.

Figueras, C. (2000). Reflexiones en torno a las estrategias de reformulación. Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera (ASELE) actas XI.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2º Edición) Ediciones Morata S. L. Madrid.

Flicker, C., Ferris, S. y Reisberg, B. (1991). Mild Cognitive Impairment in the elderly Predictor of dementia. *Neurology*, 41(7):1006-9

Flicker, C.; Ferris, S.; y Reisberg, B. (1993). A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(10):1029-1032.

Flores, E. (2003). *Los marcadores de reformulación: análisis aplicado a la traducción español/italiano, de en fin y, de hecho*. Tesis Doctoral, departamento de traducción e interpretación, Universidad de Málaga.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3):189-98.

Fontanella, B.J.B., Ricas, J. y Turato, E.R., (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27

Fraser, KC., Meltzer, JA. y Rudzicz, F. (2016). Linguistic Features Identify Alzheimer's Disease in Narrative Speech. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49(2):407-22.

Fuenmayor, G., Villasmil, Y., y Rincón, M. (2008). Construcción de la microestructura y macroestructura semántica en textos expositivos producidos por estudiantes universitarios de LUZ. *Letras*, 50(77), 159-187.

Fuentes, P. (2003). Enfermedad de Alzheimer: una nota histórica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41(2):9-12.

Galán, C. (1998). La dimensión explicativa y deóntica de los conectores "o sea" y "es decir". *Anuario de estudios filológicos*, 21:85-104

Gallardo-Paúls, B. (1991): Pragmática y análisis conversacional: hacia una pragmática del receptor. *Sintagma*, 3:25-38.

Gallardo-Paúls, B. (1996): *Análisis conversacional y pragmática del receptor*, Valencia: Episteme.

Gallardo-Paúls, B. (1998). *Comentario de textos conversacionales. I. De la teoría al comentario*. Editorial Arco/Libros, Madrid.

Gallardo-Paúls, B. (2005). *Afasia y Conversación*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Gallardo-Paúls, B. (2009). Valoración del componente pragmático a partir de datos orales. *Revista de Neurología*; 48(2): S57-S61.

Garcés, M. P. (2006). Las operaciones de reformulación. *Actas del XXXV Simposio Internacional de la Sociedad Española de Lingüística*, editada por Milka Villayandre Llamarez, León, Universidad de León, Dpto. de Filología Hispánica Clásica. Disponible en: <http://www3.unileon.es/dp/dfh/SEL/actas.htm>.

Garcés, M. P. (2008). *La organización del discurso: Marcadores de ordenación y reformulación*. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana/Vervuert.

García, S. (2009). *Alteraciones de los Astrocitos en el envejecimiento y en la enfermedad de Alzheimer*. Tesis Doctoral. Barcelona.

García-Morales, P., Gich-Fulla, J., Guardia-Olmos, J. y Peña-Casanova, J. (1998). Series de dígitos, series automáticas y orientación: normas ampliadas del Test de Barcelona. *Neurología*, 13(6):271-276.

García-Negroni, M. M. (2009). Reformulación parafrástica y no parafrástica y ethos discursivo en la escritura académica experta y escritura universitaria avanzada. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, 44(1):46-56.

Gauthier, S., Chertkow, H., Theriault, J., Chayer, C., Ménard, M. C., Lacombe, G., Rosa-Neto, P., e Ismail, Z. (2020). CCCDTD5: research diagnostic criteria for Alzheimer's Disease. *Alzheimer's and dementia (New York, N. Y.)*, 6(1), e12036. <https://doi.org/10.1002/trc2.12036>.

Gernsbacher, M. (1985). Surface information loss in comprehension. *Cognitive Psychology*, 17:324-363.

Gimeno, A.; Anguera, M.T.; Berosa, A. y Ramírez, I. (2006). Detección de patrones interactivos en la comunicación de familias con hijos adolescentes. *Psicothema*, 18(4):785-790.

Goldstein, F. C., Green, J., Presley, R., y Green, R. C. (1992). Dysnomia in Alzheimer's disease: An evaluation of neurobehavioral subtypes. *Brain and Language*, 43(2), 308-322.

Gombert, J. E. (1990). *Le développement métalinguistique*. París: PUF

González-Pérez, R. (2003). La coherencia textual como fenómeno discursivo. *RILCE Revista de filología Hispánica*. 19(2): 217-242.

González, E.; Mendizabal, N.; Jimeno, N. y Sánchez, C. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de investigación en Logopedia*, 9(1):29-50.

González, M.J.; Aceiro, M.A.; Aschiero, M.B. y Grasso, L. (2017). Frontal Assessment Battery (FAB): Rendimiento en Adultos Mayores Argentinos según edad y nivel educativo. *XIX Congreso Argentino de Neuropsiquiatría y Neurociencia Cognitiva*. Buenos Aires Argentina.

Goodglass, H., Barresi, B., y Kaplan, E. (2005). *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados*. Editorial Médica Panamericana. Madrid (España).

Grice, P. (1975). Lógica y Conversación. La búsqueda del significado, pp. 511-530. Original: *Logic and Conversation*; publicado en 1975, reimpresso en *Studies in the Ways of Words*, pp. 22-40

Grossman, M.; Mickanin, J.; Robinson, K. y D' Esposito, M. (1996). Anormaly judgments of subject-predicate relations in Alzheimer's disease. *Brain Lang.* 54: 216-232

Grossman, M., McMillan, C., Moore, P., Ding, L., Glosser, G., Work, M., y Gee, J. (2004). What's in a name: voxel-based morphometric analyses of MRI and naming difficulty in Alzheimer's disease, frontotemporal dementia and corticobasal degeneration. *Brain: a journal of neurology*, 127(3): 628-649. <https://doi.org/10.1093/brain/awh075>

Gülich, E. y Kotschi, T. (1983). Les marqueurs de reformulation paraphrastique. *Cahiers de Linguistique Française*, 5, 305-35

Gumperz, J. J. (1999). Inference. *Journal o Linguistic Anthropology*; 9(1):131-133

Gutiérrez-Rexach, J., y Schatz, S. (2016). Cognitive impairment and pragmatics. *Springer Plus*, 5:127. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-1759-7>

Hall, K.; Lind, C.; Young, J. A.; Okell, E. y van Steenbrugge, W. (2018). Familiar communication partners' facilitation of topics management in conversation with individuals with dementia. *International Journal of Language and communication disorders*, 53(3):564-575.

Hamilton, H. (1994). *Conversations with an Alzheimer's Patient*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hardy, S. M.; Segart, K. y Wheeldon, L. (2020). Healthy aging and sentence production: Disrupted lexical access in the context of intact syntactic planning. *Frontiers in Psychology*, 257.

Hays, S., Niven, B., Gidfrey, H. y Linscott, R. (2004). Clinical Assessment of Pragmatic Language Impairment: A generalisability study of older people with Alzheimer disease. *Aphasiology*, 18 (8): 693-714.

Hernández, J. (2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. *Acta Neurología Colombiana*. 26(3:1):101-111.

Hernández-Sacristán, C. y Rosell, V. (2014). *MetAphAs: Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia*. NauLibres, Valencia, España.

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación cualitativa, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixtas*. McGraw-Hill Interamericana editores, Año de edición, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p. S.A., Mexico.

Herrera, M.; Hernández, M.; Manzo, J.; Aranda, G. (2010). Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. *Revista de Neurología*, 51(3):153-164.

Horcajuelo, C.; Criado-Álvarez, J.J.; Correa, S. y Romo, C. (2014). Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2:112-131.

Hosoki, K., Chakraborty, A. y Sur, S. (2020). Molecular Mechanisms and Epidemiology of COVID-19 from an Allergist's Perspective. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 146 (2), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.05.033>

Huenchuan, S.; González, D.; Paredes, M.; y Guzmán, J.M. (2007). *Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. CELADE/CEPAL

Huerta, S. (2010) Coherencia y cohesión. *Herencia: Estudios literarios, lingüísticos y creaciones artísticas*, 2(2): 76-80.

Hughes, C.P.; Berg, L.; Danziger, W.L.; Coben, L.A. y Martin, R.L. (1982). A new clinical escale for thestating of dementia, *The British Journal of Psychiatry*, 140:566-72.

Hupet, M.; Chantraine, Y. y Nef, F. (1993). References in conversation between young and old normal adults. *Psychology and Aging*, 8(3): 339–346. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.3.339>

Hutchinson, J. y Jensen, M. (1980). A pragmatic evaluation of discourse communication in normal and senile elderly in a nursing home (pp. 59-73). En Obler, L. y Albert, M. (eds.): *Language and Communication in the Elderly*, Lexington: Lexington Books.

Huntley, J.D. y Howard, R.J.(2010). Working memory in early Alzheimer's disease: a neuropsychological review. *Geriatric Psychiatry*; 25: 121–132.

Hyden, LC (2008). Att analysera berättelser i forskningsintervjuer (pp. 111-132). En: Sam Larsson, Y. y John, L. [ed]: *Student litteratur Narrativa metoder i socialt arbete*.

Hydén, L. C. y Samuelsson, C. (2018). So, they are not alive?: Dementia, reality disjunctions and conversational strategies. *Dementia (London)*, 18(7-8):2662-2678.

Ibáñez, R. (2012). La comprensión del discurso escrito: Una propuesta teórico-metodológica para su evaluación. *Revista signos*, 45(78), 20-43.

INE - Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de Chile. (2018). *Estimaciones y Proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Síntesis de resultados*. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/>

INE - Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de Chile. (2019). *Estimaciones y Proyecciones a Nivel Regional de la Población de Chile 2002-2035. Infografía*. Disponible en: [https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/infografias/base-2017/ine\\_estimaciones-y-proyecciones-2002-2035\\_base-2017\\_reg\\_%C3%A1rea\\_infograf%C3%ADa.pdf?sfvrsn=1aae9c0\\_6](https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/infografias/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-2002-2035_base-2017_reg_%C3%A1rea_infograf%C3%ADa.pdf?sfvrsn=1aae9c0_6)

Itsuko, S.; Braz, E.; Baeta, MF; Gonçalves, N.; Nakano, R.; Rodrigues, J.; Aguiar, R.; y Leandro, A. (2011). Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 45(Esp. 2):1763-8

Ivanova, O.; García, J.; Martínez-Nicolás, I. y Llorete, T.E. (2020). La habilidad léxico-semántica en la Enfermedad de Alzheimer: Un estudio de la fluidez verbal con categorías semánticas. *Revista signos. Estudios de lingüística*, 53(102):319-342.

Jack, C.R, Bennettb, A.; Blennowc, K.;Carrillod, M.C.; Dunne, B.; Haeberleinf, S.B.; ... y Sperling, R. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*; 14(4): 535–562

Jefferson, G. (1983). On exposed and embedded correction in conversation. En G. Button y J. Lee (Eds.). *Talk and Social organization* (pp. 86-100). Clevedon: MultilingualMatters.

Jiménez, J. y Vela, C. (2011). El sistema de alternancia de turnos en los intercambios sincrónicos mediatizados por ordenador. *Pragmalingüística* 19: 121-138.

Jin, H.M.; Li, D.; Yu, Y.Y.; Zhang, M., Liu, X.N.; Li, F.Y.; Wu, L.Y. y Wang, F. (2019). Features of a modified WHO/UCLA AVLT performance in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 20;99(31):2423-2428.

Jódar Vicente, M. (Coord.), Barroso Ribal, J., Brun i Gasca, C., Dorado Mesa, M., García Jiménez, A., Martín Plasencia, P. y Nieto Barco, A. (2005). *Trastornos del lenguaje y la memoria*. Barcelona: Editorial UOC.

Jongsiriyanyong, S. y Limpawattana, P. (2018). Mild cognitive impairment in clinical practice: a review article. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(8), 500-507.

Juncos-Rabadán, O.; Elosúa, R.; Pereiro, A. y Torres, M. (1998). Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 14(2), 169-176.

Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. y Facal, D. (2006). Comunicación y lenguaje en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes portal mayores, nº67. *Lecciones de Gerontología*, XI.

Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A.X., y Rodríguez, M.S. (2005). Narrative speech in aging: Quantity, information content and cohesion. *Brain and Language*, 95: 423-434.

Juncos-Rabadán, O., y Pereiro, A. (2002). Problemas del lenguaje y la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia. *Revista Galego-portuguesa de Psicoloxía e Educación*, (8), 387-398.

Juncos-Rabadán, O y Facal, D. (2005). Capacidades Conversacionales y Envejecimiento. En: Castro Pinto M, y Veloso J, (Eds). *University Programmes for Senior Citizens: From Their Relevance to Requirements*(101-118).. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Juncos-Rabadán, O., Facal, D., Rodríguez, M.S., y Pereiro, A.X. (2010). Lexical knowledge and lexical retrieval in ageing: Insights from a tip-of-the-tongue (TOT) study. *Language and Cognitive Processes*, 25(10): 1301-1334.

Kavé, G., Leonard, C., Cupit, J. y Rochon, E. (2007). Producción narrativa estructuralmente bien formada frente a un deterioro conceptual severo: un estudio de caso longitudinal de una mujer con demencia semántica. *Revista de Neurolingüística*. 20: 161-177.

Kavé, G. y Levy, Y.J. (2003) Sensibilidad al género, la persona y la inflexión tensa en personas con enfermedad de Alzheimer. *Cerebro y lenguaje*. 87: 267-277.

Kay, D. W. K.; Beamish, P. y Roth, M. (1964). Old Age Mental Disorders in Newcastle upon Tyne: Part I: A Study of Prevalence. *The British Journal of Psychiatry*, 110:146-158.

Kemper, S. (1992). Language and aging. En F.I.M. Craik y T.A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (pp. 213-270). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Kemper, S.; Greiner, L.H.; Marquis, J.G.; Prenovost K. y Mitzner, T.L. (2001). Language decline across the life span: findings from de Nun Study. *PsycholAging*, 16(2):227-39

Kemper, S., Herman, R. E. y Liu, C. J. (2004). Sentence Production by Younger and Older Adults in Controlled Contexts. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59(5), 220-224.

Kemper, S. y Summer, A. (2001). The structure of verbal abilities in young and older adults. *Psychology and Aging*.16:312-322

Kemper, S.; La Barge, E.; Ferraro, R.; Cheung, H.; Cheung, H. y Storandt, M. (1993). On preservation of syntax in Alzheimer's disease. Evidence from written sentences. *Archives of Neurology*. 50:81-86.

Kempler, D., Curtiss, S. y Jackson, C. (1987). Preservación sintáctica en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de investigación del habla y la audición*. 1987; 30: 343-350.

Kempler, D., Almor, A., Tyler, L.K., Andersen, E.S. y McDonald, M.C. (1998). Déficits de comprensión de oraciones en la enfermedad de Alzheimer: una comparación del procesamiento de oraciones fuera de línea frente a en línea. *Cerebro y lenguaje*. 64: 297-316.

Kempler, D., y Goral, M. (2008). Language and Dementia: Neuropsychological Aspects. *Annual review of applied linguistics*, 28:73-90. <https://doi.org/10.1017/S0267190508080045>

Kim, J.; Shim, J. y Yoon J.H. (2019). Subjective rating scale for discourse: Evidence from the efficacy of subjective rating scale in amnesic mild cognitive impairments. *Medicine (Baltimore)*, 98(2): e14041.

Klaassen, G., Werlinger, E., Contreras, L., González, A., Vera, A., Juica, S., y Fuentealba, M. (2021). Calidad de Vida en Demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 361-367.

Korobov, N. (2001). Reconciling Theory with Method: From Conversation Analysis and Critical Discourse Analysis to Positioning Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(3), Art. 11, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0103119>.

Knopman DS, Petersen RC. (2014) Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. *Mayo Clinic Proceedings*. (10):1452-9. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.06.019.

Kral, V.A. (1962). Senescent forgetfulness: benign and malignant. *The Canadian medical association journal*, 86(6):257-260.

Kreuz, R. y Riordan, M. (2018). The art of transcription: Systems and methodological issues. En *Methods in Pragmatics*. doi: 10.1515/9783110424928-003. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/325974093\\_3\\_The\\_art\\_of\\_transcription\\_Systems\\_and\\_methodological\\_issues](https://www.researchgate.net/publication/325974093_3_The_art_of_transcription_Systems_and_methodological_issues)

Kukull, W.A. y Ganguli, M. (2000). Epidemiology of dementia: concept and overview. *Neurology Clinic*, 18(4):923-50.

Labos, E.; Del Río, M. y Zabala, K. (2009). Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista argentina de Neuropsicología*; 13:1-13.

Lai, Y. H. (2014). Discourse Features of Chinese-Speaking Seniors with and without Alzheimer's Disease. *Language and Linguistics*, 15(3), 411-434.

Lee, J. C.; Kim, S. J.; Hong, S.; y Kim, Y. (2019). Diagnosis of Alzheimer's disease utilizing amyloid and tau as fluid biomarkers. *Experimental and molecular medicine*, 51(5), 1-10.

Langa, K. M., y Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. *Jama*, 312(23): 2551-2561

Levinson, S. (1983). *Pragmatics*. (Cambridge Textbooks in Linguistics). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511813313.

Leyton, C. E., Hodges, J. R., Piguet, O. y Ballard, K. J. (2017). Common and divergent neural correlates of anomia in amnesic and logopenic presentations of Alzheimer's disease. *Cortex*, 86: 45-54.

Linn, R.T.; Wolf, P.A.; Bachman, D.L.; Kanoefel, J.E.; Cobb, J.L.; Belanger, A.J.; Kaplan, E.F. y D'Agostino R.B. (1995). The preclinical phase of probable Alzheimer 'disease. A 13 years prospective study of the Framingham cohort. *Archives of Neurology*, 52(5):485-90.

López de Ibáñez, M. (1998). *Evaluación Neuropsicológica: principios y métodos*. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Caracas: U.C.V.

López, VN (2016). *Evaluación del discurso en personas con Enfermedad de Alzheimer: una revisión*. Tesis de grado. Universidad de Castilla La Mancha.

López-Álvarez, J. y Agüera-Ortiz, L.F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1):3-14.

López-Higes, R., Rubio-Valdehita, S., Prados, J., y Galindo, M. (2013). "Reserva cognitiva y habilidades lingüísticas en adultos mayores sanos". *Revista de Neurología*; 57(3): 97.



Luengo, C.; Maicas, L.; Navarro, M.J.; y Romero, L. (2006). Justificación, Concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En Tratado de Geriátrica para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. IM&C, Madrid, 2006.

Machado, T., Brandão, L., Mattos Pimenta Parente, M. A., y Peña-Casanova, J. (2014). Alzheimer's disease: cognition and picture-based narrative discourse. *Revista CEFAC*, 16(4), 1168-1177.

Mac-Kay A.P.M.G. (2010). Linguagem e Gerontologia. En F. Fernandes, B. Mendes & A. Navas (Orgs.), *Tratado de Fonoaudiologia* (pp. 386-391). São Paulo: Roca.

Mac-Kay, A.P.M.G. (2018). Lenguaje y Funcionamiento ejecutivo en el adulto mayor. En Rossel Clari, V. Cervera Crespo, T. y Hernández Sacristán, C.. (Ed). *Lenguaje y funcionamiento ejecutivo, una perspectiva pluridisciplinar* (pp. 141-154). Editorial Tirant Humanidades.

Mac-Kay, A.P.M.G., Guerra, P., Sanhueza, T. y Martínez, C. (2017). Discurso oral en el envejecimiento: estudio de caso. *Forma y Función*, 30 (1): 59-75.

Mac-Kay, A.P.M.G., Martínez, C., Gutiérrez, D., Reyes, C. y Figueroa, A. (2018). Análisis de la funcionalidad discursivo-pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve. *Logos (La Serena)*, 28(1): 192-205.

Mac-Kay, A.P.M.G., Rosell-Clari, V., Espinosa, F., Miranda, A. y Palacios V. (2020) Adaptación y datos psicométricos de la versión chilena del Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en Afasia (MetAphAs). *Revista Codas, comunicaciones cortas*, 32(5):1-4.

Mack W.J., Freed D.M., Williams B.W. y Henderson V.W. (1992). Boston Naming Test: shortened versions for use in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*; 47(3): P154-P158. doi:10.1093/geronj/47.3. p154

MacKay, D. y Burke, D. (1990). Cognition and Aging: a theory of new learning and the use of old connections. In T. M. Hess (Ed.), *Advances in psychology*, 71. *Aging and cognition: Knowledge organization and utilization* (p. 213–263). North-Holland.

MacKay, D.G., y James, L. E. (2004). Sequencing, Speech Production, and Selective Effects of Aging on Phonological and Morphological Speech Errors. *Psychology and Aging*, 19(1), 93–107. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.93>.

Macoir, J., Lafay, A., y Hudon, C. (2019). Reduced lexical access to verbs in individuals with subjective cognitive decline. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(1), 5-15.

Maki, Y., Yamaguchi, T., Koeda, T., y Yamaguchi, H. (2013). Communicative competence in Alzheimer's disease: metaphor and sarcasm comprehension. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28(1), 69-74

Malagon, C., Rodríguez, J., Hernández, J. y Pardo, R. (2005). Análisis del desempeño del Lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer (DTA). *Revista de la Facultad de Medicina*; 53(1):3-9.

Manzo, D. (2015). *Mecanismos de cohesión en textos narrativos y argumentativos producidos por estudiantes de 7° básico*. Tesis para optar al grado de Magíster. Departamento de postgrado, Facultad de Humanidades, Universidad de Chile.

March, E., Wales, R. y Pattison, P. (2006). The uses of nouns and deixis in discourse production in Alzheimer's disease. *Journal of Neurolinguistics*, 19: 311-340.

Marini, C., De Santis, F., Sacco, S., Russo, T., Olivieri, L., Totaro, R., y Carolei, A. (2005). Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study. *Stroke*, 36(6): 1115–1119.

Marino, J. (2010). Actualización en tests neuropsicológicos de funciones ejecutivas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1):34-45.

Marino, J. y Alderete, A.M. (2010). Valores Normativos de Pruebas de Fluidez Verbal Catoriales, Fonológicas, Gramaticales y Combinadas y Análisis Comparativo de la Capacidad de Iniciación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 10:82-93.

Martín, M. y Fernández. M. (2012). El lenguaje en el envejecimiento: procesos de recuperación léxica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 34-46.

Martínez, C., Noemi, C. (2016). Reformulación conversacional en adultos mayores. *Revista Humanidades Médicas*. 16(2); 227-245.

Martínez, M., Polo, M. y Carrasco, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los cuidados*, 6(11): 40-46.

Martínez-Nicolás, I., Carro, J., Llorente, T. E., y García Meilán, J. J. (2019). The Deterioration of Semantic Networks in Alzheimer's Disease. En T. Wisniewski (Ed.), *Alzheimer's Disease*. Codon Publications.

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. y Stadlan, E.M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7):939-44.

McKhann G.M., Knopman D.S., Chertkow H., Hyman B.T., Jack, C.R. Jr, Kawas, C.H., ... y Phelps CH. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7(3):263-9

Meilán, J., Martínez-Sánchez, F., Carro, J., Sánchez, J., y Pérez, E. (2012). Acoustic Markers Associated with Impairment in Language Processing in Alzheimer's Disease. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 487-494.

Meng X, y D'Arcy C. (2012) Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analysis and qualitative analysis. *PLoS One*; 7 (6): e38268. doi: 10.1371 / journal.pone.0038268.

Miles, M. y Huberman, M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Beverly Hills (Ca): Sage Publications, INC.

Ministerio de Salud. (2017). *Documento preliminar para la elaboración del plan nacional para las demencias. Gobierno de Chile*. [http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN\\_DEMENCIA\\_final.pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN_DEMENCIA_final.pdf)

Montagut, N., Sánchez-Valle, R., Castellví, M., Rami, L. y Molinuevo, J.L. (2010). Reaprendizaje de vocabulario. Análisis comparativo entre un caso de demencia semántica y enfermedad de Alzheimer con afectación predominante del lenguaje. *Revista de Neurología*, 50(3), 152-156

Morales, E. (2013). Discurso. Publicado en *Diccionario de lingüística online*. Recuperado de: <http://www.ub.edu/diccionarilinguistica>

Morris, J.C. y Price, A.L. (2001). Pathologic correlates of nondemented aging, mild cognitive impairment, and early-stage Alzheimer's disease. *J Mol Neurosci*; 17:101-118.

Morris, J. C. (2012). Revised criteria for mild cognitive impairment may compromise the diagnosis of Alzheimer disease dementia. *Archives of neurology*, 69(6), 700-708.

Mueller, K.D., Hermann, B., Mecollari, J. y Turkstra, L.S. (2018). Connected speech and language in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: A review of picture description tasks. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 40(9):917-939

Müller, N. y Guendouzi, J. (2005). Order and disorder in conversation: Encounters with dementia of the Alzheimer's type. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 19 (5): 393-404.

Mungas, D., Marshall, S.C., Weldon, M., Haan, M. y Reed, B.R. (1996). Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speaking elderly. *Neurology*; 46:700-706

Muñoz, E y González, B. (2009). En Muñoz, E. (Coord). *Estimulación Cognitiva y rehabilitación Neuropsicológica* (pp 81-130). Editorial UOC

Nadeau, S. E. (2020). Aging-Related Alterations in Language. En: Heilman, K y Nadeau, S.E. (Eds) *Cognitive Changes and Aging Brain*. Cambridge University Press

Nagaratnam, J.M., Sharmin, S., Diker, A., Lim, W.K. y Maier, A. B. (2020). Trajectories of Mini-Mental State Examination scores over the lifespan in general populations: A systematic review and metaregression analysis. *Clinical Gerontologist*, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2020.1756021>

Nebreda, M.C. (2011). *Versión reducida del “Boston Naming Test “para despistaje de demencia en el medio rural gallego*. Tesis. Departamento de Bioquímica, Genética e Inmunología. Universidad De Vigo. España.

Nitrini, R., Bottino, C.M., Albala, C., Custodio, N., Capuñay, N.S., Ketzoian, C., ... y Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International psychogeriatrics*, 21(4):622–630. <https://doi.org/10.1017/S1041610209009430>

Niu, H., Alvarez-Alvarez, I., Guillén-Grima, F. y Aguinoaga-Ontoso, I. (2017). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8):523-532.

Oba, H., Sato, S., Kazui, H., Nitta, Y., Nashitani, T. y Kamiyama, A. (2018). Conversational assessment of cognitive dysfunction among residents living in long-term care facilities. *International Psychogeriatric*. 30(1):87-94.

Oltra-Cucarella, J., Ferrer-Cascales, R., Alegret, M., Gasparini, R., Díaz-Ortiz, L.M., Ríos, R., ... y Sánchez-SanSegundo M. (2018) Risk of progression to Alzheimer's disease for different neuropsychological Mild Cognitive Impairment subtypes: A hierarchical meta-analysis of longitudinal studies. *Psychology and Aging*; 33(7):1007-1021. doi: 10.1037/pag0000294..

Orange, J.B., Lubinski, R.B., y Higginbotham, D.J. (1996). Conversational repair by individuals with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Speech and Hearing Research*. 39: 881-895.

Orange, J.B. (1996). Conversational discourses and cognitive impairment: implications for Alzheimer's disease. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 20(2):139-150.

Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud OMS. (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington DC-OPS. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256\\_spa.pdf;jsessionid=7FCED48CE5F7595AC0AA5827FF4FF747?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=7FCED48CE5F7595AC0AA5827FF4FF747?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Demencia, nota descriptiva. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision. Ginebra.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (4 de Agosto de 2002) - Madrid, España. Recuperado de:

<https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-asamblea-mundial-envejecimiento-paises-aprueban-plan-accion-internacional>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2019). Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU. Comunicado de prensa. Documento de divulgación prohibida hasta el lunes 17 de junio de 2019, 12 horas EDT. Disponible en: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_PressRelease\\_ES.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf)

Palacio, C. A. y Toro, A. C. (2018). *Psiquiatría*. Medellín: CIB

Palloni, A., McEniry, M., Wong, R. y Pelaez, M. (2005). El Envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Revista Galega de Economía*, 14 (1-2): 1-37.

Panza, F., D’Introno, A., Colacicco, A.M., Capurso, C., Del Parigi, A., Caselli, R.J., ... y Solfrizzi V. (2005). Current epidemiology of mild cognitive impairment and other predementia syndromes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13:633–644.

Pandya, S. Y., Clem, M. A., Silva, L. M., y Woon, F. L. (2016). Does mild cognitive impairment always lead to dementia? A review. *Journal of the neurological sciences*, 369, 57-62

Paredes-Arturo, Y., Yarce-Pinzón, E., Rosero-Otero, M., y Rosas-Estrada, G. (2015). Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16(1): 30-39.

Paulino, A; Sierra, G.; da Cunha, I. y Hernández-Dominguez, L. (2020). Análisis de las relaciones discursivas como recurso e el seguimiento de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Signos*. 53(102):242-271

Pence BD (2020). Severe COVID-19 and aging: are monocytes the key?. *GeroScience* , 42 (4), 1051–1061.

Pereiro, A. X. y Juncos Rabadán, O. (2003). Relación entre cambios cognitivos y lenguaje narrativo en la vejez. *Psicothema*, 15(1):71-74. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8140>

Pérez, E. (1997). Cohesión y coherencia en las narraciones de niños y niñas con Trastorno específico del Lenguaje. *Revista de Logopedia, foniatría y audiolología*, 17(2): 103- 11.

Pérez., G. (1994). *Investigación Cualitativa: Retos e interrogantes*. Editorial Madrid: La Muralla

Pérez, A. y Fernández, S. (2003). La capacidad para conversar en la demencia tipo Alzheimer. *II International Congress of Neurology in the Internet. Communication, topic: Specific Neuropsychological Syndromes*.

Pérez-Mantero, J.L. (2012). El déficitlingüístico en personas con demencia tipo Alzheimer: breve estado de la cuestión. *Pragmalingüística*. 20:220-238.

Pérez Mantero, J.L. (2014). Interacción y predictibilidad: Los intercambios conversacionales con hablantes con demencia tipo alzhéimer. *Revista de investigación lingüística*, 17, 97-118.

Pérez Mantero, J.L. (2015). La transgresión de las máximas conversacionales en hablantes con demencia tipo Alzhéimer. E-Aesla. *Revista Digital de Lingüística Aplicada*, 1:1-9.

Pérez Mantero, J. L. (2017). *Descripción y análisis pragmático del lenguaje en la demencia de tipo alzhéimer*. Tesis Doctoral. Facultat de Filologia, Traducció i Comunicació. Universitat de Valencia. España.

Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Tangalos, E. y Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3):303-8.

Petersen, R.C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J.C., Rabins, P.V. ... y Winblad, B. (2001). Current concept in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 58:1986-1992.

Petersen R.C. (2003). Mild cognitive impairment clinical trials. *Nature Reviews Drug Discovery*, 2:646–653.

Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256:183-194.

Petersen, R.C., Thomas, R.G., Grundman, M., Bennett, D., Doody, R., Ferris, S., ... y Thal, L.J. (2005). Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *The new England Journal of medicine*; 352(23):2379-88. doi: 10.1056/NEJMoa050151.

Petersen, R.C., Roberts, R.O., Knopman, D.S., Boeve, B., Geda, Y., Ivnik, R., Smith, G. y Jack, C. (2009). Mild cognitive impairment: ten years later. *Archives of Neurology*; 66: 1447–55.

Petersen, R., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., y Fratiglioni, L. (2014) Mild Cognitive Impairment: a concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*; 275(3): 214–228

Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2): 404.

Petersen, R.C., Lopez, O., Armstrong, M.J., Getchius, T.S.D., Ganguli, M., Gloss, D., ... y Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3):126-135. doi: 10.1212/WNL.0000000000004826.

Pettigrew, C., y Soldan, A. (2019). Defining cognitive reserve and implications for cognitive aging. *Current neurology and neuroscience reports*, 19(1): 1-12.

Piatt, A.; Fields, J.; Paolo, A.M. y Troster, A. (2004). Action verbal fluency normative data for the elderly. *Brain and Language*. 89(3):580-3. doi: 10.1016/j.bandl.2004.02.003

Pietrosemoli, L. (2007). Análisis del discurso en poblaciones especiales. En Adriana Bolívar. *Análisis del Discurso. Por qué y para qué* (pp 305-319). Libros de El Nacional.

Pinho, L. B. D., Kantorski, L. P., y Bañon Hernández, A. M. (2009). Análisis crítico del discurso: nuevas posibilidades para la investigación científica en el campo de la salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17:126-132.

Pinto, M. G., y Veloso, J. (2005). *University Programs for Senior Citizens: From their Relevance to Requirements*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Pistono, A., Jucla, M., Barbeau, E. J., Saint-Aubert, L., Lemesle, B., Calvet, B.; Köpke, B.; Puel, M. y Pariente, J. (2015). Pauses During Autobiographical Discourse Reflect Episodic Memory Processes in Early Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's disease*, 50(3): 687-698.

Portolés, J. (2001). *Marcadores del Discurso*. Editorial Ariel S. A. Barcelona, España.

Potter, J. y Wetherell. M. (1987). *Discourse and social psychology*. Londres: Sage.

Purves, B. y Small, J. (2006). Responsiveness to phonemic cueing versus semantically related multiple-choice in Alzheimer's disease. *Brain and Language*; 99(1):45-46

Quiroga, P., Albala, C., y Klaasen, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista Médica de Chile*. 132: 467-478.

Rahman, M.A., Islam, K., Rahman, S., Alamin, M. (2021). Neurobiochemical Cross-talk Between COVID-19 and Alzheimer's Disease. *Molecular Neurobiology*; 58(3):1017-1023. doi: 10.1007/s12035-020-02177-w.

Rami, L., Serradell, M; Bosch, B; Villar, A. y Molinuelo, J.L. (2007). Valores normativos de tests de función cognitiva frontal para la población mayor de 60 años. *Revista de neurología. (Ed. impresa.)*; 45(5): 268-271.

Ramírez, M., Ostrosky-Solís, F., Fernández, A., y Ardila-Ardila, A. (2005). Fluidez verbal semántica en hispanohablantes: un análisis comparativo. *Revista de neurología*, 41(8), 463-468.

Reilly, J., Peelle, J. E., Antonucci, S. M., y Grossman, M. (2011). Anomia as a marker of distinct semantic memory impairments in Alzheimer's disease and semantic dementia. *Neuropsychology*, 25(4), 413.

Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*, 24(4):653-9.

Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., y Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139: 1136-1139.

Rendell, P.G.; Castel, A.D. y Craik, F.I.M. (2005) Memory for proper names in old age: A disproportionate impairment?, *The Quarterly Journal of Experimental Psychology Section A*, 58:1, 54-71, DOI: 10.1080/02724980443000188

Ricci, M., Graef, S., Blundo, C. y Miller, L. (2012). Using the Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) to Differentiate Alzheimer's Dementia and Behavioural Variant Fronto-Temporal Dementia. *The Clinical Neuropsychologist*, 26(6): 926-941.

Riffo, B. (2016). Representaciones mentales en la comprensión del discurso: del significado lineal al modelo de situación. *Revista Signos*, 49(1): 205-223.

Ripich, D. y Terrell, B. (1988). Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53: 8-15.

Robles, A. (2010). Demencia: el tiempo pasa, la medicina evoluciona. *Galicia Clínica*, 71(4):169-178.

Robles, F. (2012). Los marcadores de reformulación alemanes: entre la conexión y la argumentación. *Revista de Lingüística y Lenguas Aplicadas*, 7:213-224.

Rochon, E., Waters, G.S. y Caplan, D. (2000). The relationship between measures of working memory and sentence comprehension in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 43: 395-414.

Rodríguez, J. (2013). Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos. *Lengua y Habla*; 17:253-267.

Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O. y Facal, D. (2008). El fenómeno de la punta de lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1):28-33.

Rodríguez, J., Martínez, H. y Valles, B. (2015). Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos. *Revista de investigación en logopedia*, 5(1), 40-59.

Rodríguez-del Álamo, A.; Catalán-Alonso, M.J. y Carrasco Marín, L. (2003). FAB: aplicación preliminar española de la batería neuropsicológica de evaluación de funciones frontales a 11 grupos de pacientes. *Revista de Neurología*; 36(7):605-8

Rodríguez-Piñero, L. (2011). Los Derechos de las Personas Mayores. *CELADE-CEPAL*.



Rojas, C., y Riffo, B. (2018). Procesamiento léxico-semántico en el envejecimiento e influencias sociodemográficas: una mirada actual. *Logos (La Serena)*, 28(1): 3-11.

Rojas, C., Riffo, B., y San Martín, M. (2022). Habilidades lingüísticas en un cerebro envejecido: revisión de estudios empíricos en adultos de tercera y cuarta edad cognitivamente sanos. *Estudios filológicos*, (69): 213-233.

Rossari, C. (1993). Problèmes posés par la traduction français-italien des connecteurs de fait et en fait. *XX Congrès International de Linguistique et Philologie Romanes*, Tomo II, Section II – Analyse de la conversation.

Roseberg, P.B.; Johnston, D.; y Lyketsos, C.G. (2006). A clinical approach to mild cognitive impairment. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11):1884-90

Rosell-Clari V., y Hernández C. (2014). *MetAphas. Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas naturales en la afasia*. Valencia: Editorial Nau Llibres.

Rosell-Clari, V. y Valles, B. (2016). Theory of Mind (ToM) and language: stimulating metalinguistic skills in people with dementia. *CoDAS Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 28 (3):252-260.

Rosselli, M. y Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1):151-162.

Rumbos, H. y Valles, B. (2010). Análisis discursivo de los textos narrativos en el adulto con queja de memoria. En GallardoPaúls, B y Moreno Campos, V (eds.). *Estudios de Lingüística Clínica, V: aplicaciones clínicas*, Valencia. Universitat de València.

Sacks, H, Schegloff, E. A y Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50: 4, 696-735.

Salehi, M., Mohsen, R. y Ghasisin, L. (2017). Lexical retrieval or semantic knowledge? Which one causes naming errors in patients with mild and moderate Alzheimer's Disease? *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(3), 419-429.

Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado en 26 de mayo de 2021, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es).

Saling, L., Laroo, N., y Saling, M. (2012). When more is less: Failure to compress discourse with re-telling in normal aging. *Acta Psychologica*, 139: 220–224. doi:10.1016/j.actpsy.2011.10.005

Salthouse, T. (2012). Consequences of age-related cognitive declines. *Annual Review of Psychology*, 63: 201-226. doi:10.1146/annurev-psych-120710-100328

Salthouse, T. A., y Mandell, A. R. (2013). Do age-related increases in tip-of-the-tongue experiences signify episodic memory impairments? *Psychological Science*, 24(12), 2489–2497.

Samper Noa, J. A., Llibre Rodríguez, J. J., Sánchez Catasús, C., Pérez Ramos, C., Morales Jiménez, E., Sosa Pérez, S., y Solórzano Romero, J. (2011). Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 40(3-4), 203-210.

Samuelsson, C., y Hydén, L., (2017), Collaboration, trouble and repair in multiparty interactions involving couples with dementia or aphasia, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(5), 454-464. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1221448>

Sánchez Benavides, G. (2012). *Perfiles cognitivos y de neuroimagen en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

Sánchez Gil, I. Y. y Pérez Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General Integral* [online]. 24(2). Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

Sánchez-Nieto, J.M.; Villa, M.A. y Mendoza-Nuñez, V. (2016). Rendimiento en el test de aprendizaje auditivo verbal de Rey en una población de adultos mayores de México. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(4): 37-44

Sanhueza, M.; Castro, M. y Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 17-21.

Savundranayagam, M. Y. y Orange, J.B. (2013). Matched and mismatched appraisals of the effectiveness of communications strategies by family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(1), 49-59.

Schatz, S. y González-Rivera, M. (2016). Pragmatic function impairment and Alzheimer's dementia. *Pragmatics and Cognition*, 23(2), 324-342.

Schegloff, E., Jefferson, G. y Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53: 361-382.

Schegloff, E. (2002). Conversation analysis and communication disorders. In C. Goodwin (Ed.), *Conversation and Brain Damage*, 21-58. New York: Oxford University Press

Schober, M. F., y Clark, H. H. (1989). Understanding by addressees and overhearers. *Cognitive Psychology*, 21(2), 211–232

Sebastián, M. V., y Mediavilla, R. (2015). Verbal forward digit span in Spanish population. *Psicothema*, 27(2):93-98.

Shinagawa, S., Ikeda, M., Fukuhara, R., y Tanabe, H. (2006). Initial symptoms in frontotemporal dementia and semantic dementia compared with Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 21(2), 74–80. <https://doi.org/10.1159/000090139>

Shinagawa S. (2016). Language Symptoms of Alzheimer's Disease. *Brain and nerve = Shinkei kenkyu no shinpo*, 68(5), 551–557. <https://doi.org/10.11477/mf.1416200437>

Silva, M. L. (2010). El papel de la reformulación en los intercambios adulto-niño: Un estudio de Caso. *Revista Signos*, 43(73) 307-331.

Slachevsky A. (2016) Las demencias: historia, concepto, clasificación y dificultades diagnósticas. En: Guajardo G. *Salud mental y personas mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. Santiago de Chile, Chile: FLACSOChile.

Sobral, AIGP.; de Araujo, CMT.; y Dobral, MFF. (2018). Mild cognitive impairment in the elderly. Relationship between communication and functional capacity. *Dementia and Neuropsychology*, 12(2):165-172.

Soto-Añari, M. y Cáceres-Luna, G. (2012). Funciones ejecutivas en adultos mayores alfabetizados y no alfabetizados. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 7(3): 127-133.

Soto-Añari, M., Rivera, R., Cáceres-Luna, G. y Huillca, F. (2012). Fluidez verbal fonológica y semántica en adultos mayores: comparación del rendimiento a partir de variables sociodemográficas. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(2):34-41.

Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., ... y Phelps, C. H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 7(3), 280–292. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.003>

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia.

Stopford, C. L., Thompson, J. C., Neary, D., Richardson, A. M., y Snowden, J. S. (2012). Working memory, attention, and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Cortex*, 48(4), 429-446.

Stover, S. E., y Haynes, W. O. (1989). Topic manipulation and cohesive adequacy in conversations of normal adults between the ages of 30 and 90. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 3(2), 137–149. <https://doi.org/10.3109/02699208908985277>

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.

Taler V. y Phillips, N. (2008). Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a comparative review. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 30(5):501-556.

Tangalos EG y Petersen RC. (2018). Mild Cognitive Impairment in Geriatrics. *Clinic of Geriatric Medicine*;34(4):563-589. doi: 10.1016/j.cger.2018.06.005.

Tapia-Ladino, M. (2005). Producción de habla y fenómenos de vacilación en la conversación de adultos jóvenes y adultos mayores. *Anales de Psiquiatría*, 21(5):215-222.

Taylor y Bogdan, (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós, Barcelona, España.

Taylor-Rubin, C., Croot, K., Power, E., Savage, S., Hodges, J. y Togher, L. (2017). Communication behaviors associated with successful conversation in semantic variant primary progressive aphasia. *International psychogeriatrics*, 29 (10), 1619-1632. doi: 10.1017 / S1041610217000813

Tijero, T. (2009). Representaciones mentales: Discusión crítica del modelo de situación de Kintsch. *Onomazein*. 19(1): 111-138.

Tirapu-Ustárriz, J; Muñoz-Céspedes JM y Pelegrín C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista Neurología* 34: 673-85.

Toodayan, N. (2016). Professor Alois Alzheimer (1864-1915): Lest we forget. *Journal of Clinical Neuroscience*, 31, 47-55.

Tucker, B., y Ernestus, M. (2016). Why we need to investigate casual speech to truly understand language production, processing and the mental lexicon. *TheMental: Lexicon*, 11(3), 375-400.

Turner, R. S., Stubbs, T., Davies, D. A., y Albeni, B. C. (2020). Potential new approaches for diagnosis of alzheimer's disease and related dementias. *Frontiers in neurology*, 11, 496.

Tusón, A. (1997). *Análisis de la Conversación*. Editorial Ariel, S. A. Barcelona, España.

Tusón, A. (2002). Análisis Conversacional. Estructura y sentido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1): 133-153.

Valladares, J., Pino, G. y Vásquez, S. (2007). *El desafío de participar. Guía para la participación de las personas mayores*. Instituto de Normalización Previsional. División de programas y beneficios sociales. Santiago de Chile

Valles, B. (2006). La cohesión y la coherencia en la conversación del paciente con demencia: un estudio discursivo. En, Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica 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.180-191). Valencia: Universitat, ISBN: 84-370-6576-320

Valles, B. (2008). Retos, perspectivas y consideraciones éticas en torno a la evaluación del lenguaje en la persona con demencia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*;13(1):89-96

Valles, B. (2009). Intercambios comunicativos en la afasia y la demencia. Un estudio comparativo en el uso de reparaciones conversacionales. *Letras*, 51(79):249-273.

Valles, B. (2011). Representaciones y creencias en torno a la evaluación lingüística del adulto Mayor con Trastorno Cognitivo Leve. *Revista de investigación en Logopedia*, 1(1): 12-34.

Valles, B. (2013). Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con Alzheimer y sus interlocutores sanos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2:96-119.

Valles, B. y Rumbos, H. (2008). Los textos narrativos en el adulto mayor con queja de memoria: un análisis desde la lingüística discursiva. *IV Jornada de Lingüística Clínica*. Universidad de Valencia.

Valles, B. (2018). Impacto de la Demencia en la conversación. En Rosell Clari, V. Cervera Crespo, T. y Hernández Sacristán, C.. (Ed). *Lenguaje y funcionamiento ejecutivo, una perspectiva pluridisciplinar* (pp. 201-227). Editorial Tirant Humanidades

Valls-Pedret, C., Molinuevo, J.L. y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de neurología*, 51(8):471-480.

Van Dijk, T. y Kintsch. (1983). *Estructuras y funciones del discurso*. México: Siglo XXI Barcelona (España) Ediciones Paidós.

Van Dijk, T. (1980). *Estructuras y funciones del discurso*. Siglo veintiuno editores. Madrid España. Disponible en: <http://www.discursos.org/oldbooks/Teun%20A%20van%20Dijk%20-%20Las%20Estructuras%20y%20Funciones%20del%20Discurso.pdf>.

Van Dijk, T. 1994. Modelos en la Memoria. El papel de las representaciones de la situación en el procesamiento del discurso. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 2(1):39-55.

Van Dijk, T. A. (1999). *Ideología: una aproximación multidisciplinaria* (pp. 266-286). Barcelona: Gedisa.

Van Dijk, T. (2006). Discurso y manipulación: Discusión teórica y algunas aplicaciones. *Revista signos*, 39(60): 49-74.

Véliz, M. (2014). Efectos del envejecimiento en los procesos de comprensión y producción del lenguaje. *Paideia, Revista de Educación*, 54, 11-32.

Véliz, M., Riffo, B. y Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. RLA. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 48(1), 75-103.

Vilarnovo, A. (1991). Teorías explicativas de la coherencia Textual. *Revista Española de Lingüística*, 21(1):125-144.

Vilalta-Franch, J., Lopez-Pousa, S., Garre-Olmo, J., Turon-Estrada, A., Pericot-Nierga, I. (2007). Heterogeneidad clínica de la enfermedad de Alzheimer según la edad de inicio [Clinical heterogeneity of Alzheimer's disease according to the age of onset]. *Revista de Neurología*, 31;45(2):67-72. Spanish. PMID: 17642044.

Villalta, M.A. (2009). Análisis de la conversación: una propuesta para el estudio de la interacción didáctica en sala de clase. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 35(1), 221-238.

Vivanco, M. (2005). *Muestreo Estadístico. Diseño y Aplicaciones*. Editorial universitaria. Santiago de Chile.

Watson, C. M. (1999). An analysis of trouble and repair in the natural conversations of people with dementia of the Alzheimer's type. *Aphasiology*, 13(3), 195-218

Weakley, A. y Schmitter-Edgecombe, M. (2014). Analysis of Verbal Fluency Ability in Alzheimer's Disease: The Role of Clustering, Switching and Semantic Proximities. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 29(3):256-268, <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1093/arclin/acu010>

Weschler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Manual de aplicación y corrección. Madrid: NCS Pearson, Inc. Edición original, 2008.

Weller, J. y Budson, A. (2018). Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*, 7. doi: 10.12688/f1000research.14506.1

Wilson, D., y Sperber, D. (2004). La teoría de la relevancia. *Revista de Investigación Lingüística*, 7: 233-283. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/ril/article/view/6691>

Willers, I. F., Feldman, M. L., y Allegri, R. F. (2008). Subclinical naming errors in mild cognitive impairment: A semantic deficit?. *Dementia and Neuropsychology*, 2: 217-222.

Witting, F. (2005). Estructura narrativa en el discurso oral de adultos mayores. *Revista Signos*, 37(56), 91-101

Wynn, M. J. y Carpenter, B. D. (2017). Discourse Features Among Providers, Patients, and Companions and Their Effect on Outcomes of Dementia Diagnosis Disclosure. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbx154, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx154>

Xia, X., Wang, Y. y Zheng, J. (2021). COVID-19 and Alzheimer's disease: how one crisis worsens the other. *Translational neurodegeneration*, 10(1): 15. <https://doi.org/10.1186/s40035-021-00237-2>

Yuni y Urbano (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Volumen dos. Editorial Burjas

Yilmaz, U. (2015). Alzheimer-Demenz. *Radiologe*, 55:386-388.

Yoshimura, T., Osaka, M., Osawa, A., y Maeshima, S. (2021). The classical backward digit span task detects changes in working memory but is unsuitable for classifying the severity of dementia. *Applied neuropsychology. Adult*, 1–7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1961774>

Zacks, R. T., y Hasher, L. (1994). Directed ignoring: Inhibitory regulation of working memory. In D. Dagenbach y T. H. Carr (Eds.), *Inhibitory processes in attention, memory, and language* (p. 241–264). AcademicPress.

Zapata, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e Identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. X, N° 1

Zec, R. F., Markwell, S. J., Burkett, N. R. y Larsen, D. L. (2005). A longitudinal study of confrontation naming in the "normal" elderly. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 11(6): 716–726. <https://doi.org/10.1017/S1355617705050897>

## **ANEXOS**



## ANEXO 1: Clinical Dementia Rating

### Clinical Dementia Rating

#### CDR de Hughes

	Sanos (CDR 0)	Demencia cuestionable (CDR 0,5)	Demencia leve (CDR 1)	Demencia moderada (CDR 2)	Demencia grave (CDR 3)
Memoria	Sin pérdida de memoria. Olvidos de poca importancia.	Olvidos consistentes leves: recuerdo parcial de acontecimientos. Olvidos "benignos".	Pérdida de memoria moderada, más marcada para acontecimientos recientes; el defecto interfiere con actividades diarias.	Grave pérdida de memoria, retención exclusiva de material muy importante; pérdida rápida de material nuevo.	Grave pérdida de memoria, solo quedan fragmentos.
Orientación	Completamente orientado.	Completamente orientado.	Algunas dificultades con relaciones temporales; orientados por lugar y persona durante la prueba pero puede haber desorientación geográfica.	Habitualmente desorientación temporal, a menudo de lugar.	Orientación solo respecto a personas.
Juicio y resolución de problemas	Resuelve bien problemas cotidianos; juicio bueno en relación al rendimiento pasado.	Solo deterioro dudoso en la resolución de problemas. Similitudes/ diferencias.	Dificultad moderada para manejar problemas complejos; juicio social suele mantenerse.	Manejo de problemas gravemente deteriorado. Similitudes/ diferencias; juicio social suele estar deteriorado.	Incapaz de intentar juicios o resolver problemas.
Vida social	Función independiente en nivel habitual de trabajo, compras, negocios y asuntos financieros, grupos sociales y voluntarios.	Deterioro dudoso o leve si es que existe, en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades aunque todavía puede realizar algunas; puede aparecer normal en contacto casual.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.
El hogar y las aficiones	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien.	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien, solo ligeramente deteriorados.	Leve pero definitivo deterioro de función doméstica; se abandonan las tareas más difíciles; se abandonan aficiones e intereses más complejos.	Sólo se conservan las tareas más sencillas; intereses muy limitados. Mantenimiento pobre.	Ninguna función doméstica significativa fuera de la habitación propia.
Cuidado personal	Totalmente capaz de cuidarse de si mismo.	Totalmente capaz de cuidarse a si mismo.	Necesita estimulación ocasional.	Necesita asistencia para vestirse, lavarse y cuidar de sus efectos personales.	Requiere mucha ayuda para el cuidado personal; a menudo incontinente.

La afectación del área "memoria" tiene primacia para determinar el estadio general. Si al menos otras tres áreas son calificadas con la misma puntuación que la memoria, el grado de afectación de ésta es el que define el estadio general. Sin embargo, si tres o más categorías se gradúan por encima o por debajo de la calificación de la memoria, entonces predomina la puntuación de aquellas.

## ANEXO 2: Escala de Deterioro Global-Global Deterioration Scale

### ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro limite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>• Evidencia de rendimiento laboral pobre</li> <li>• Dificultad para recordar palabras y nombres</li> <li>• tras la lectura retiene escaso material</li> <li>• olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</li> <li>• escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido</li> </ul> El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• olvido de hechos cotidianos o recientes</li> <li>• déficit en el recuerdo 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
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	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
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa 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)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulacion Con frecuencia se observan signos neurológicos

## **ANEXO 3: Consentimientos Informados**

### **1. Consentimiento informado participante**

Usted está invitado a participar del proyecto de tesis doctoral titulado, “Actividades de reformulación conversacional adultos con demencia tipo Alzheimer”. Este estudio se llevará a cabo por Carolina Martínez Sotelo fonoaudióloga, quién será la Investigadora Responsable de este trabajo.

El objetivo principal de este estudio es:

*Describir y analizar actividades de reformulación conversacional en sujetos adultos mayores con y sin Demencia tipo Alzheimer.*

Su participación en este estudio es voluntaria y si Ud. está de acuerdo se le realizarán los siguientes procedimientos, ninguno de los cuales le implicará un gasto:

- Sesión 1: Aplicación de screening cognitivos con preguntas tales como: “¿qué fecha es hoy?”, “Diga todas las palabras que empiecen con la letra S en un minuto” etc.
- Sesión 2: Aplicación de entrevista conversacional con preguntas tales como ¿Me puede contar sobre su primer trabajo? ¿Me puede contar sobre el día de su boda? Etc.
- Sesión 3: Aplicación de test de evaluación Metalingüística: “Describa todo lo que recuerde de esa lámina”, “¿Cuál es su comida Favorita? ¿Cómo se prepara?” etc.

Cada procedimiento será grabado en audio de acuerdo a lo que usted. La participación en estas actividades no involucra pago o compensaciones

Es importante que sepa que Ud. no sufrirá ningún riesgo, incomodidad o molestia con la realización de estos procedimientos y si algo ocurriese los autores de este estudio estarán totalmente disponibles para ayudarle o contestar cualquier inquietud.

Su participación es de gran importancia para el desarrollo de este estudio ya que estará contribuyendo con la comunidad y nos brindará un gran apoyo en la obtención de un conocimiento más amplio acerca del tema en estudio.

Se garantiza que sus datos personales se mantendrán en completa privacidad y anonimato. Todos los datos y documentos de este estudio los mantendrá archivados durante 5 años el investigador responsable, periodo después del cual serán eliminados. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, sin identificar a los participantes, en medios de difusión con objetivos académicos.

Usted tiene la libertad para decidir si quiere participar del estudio y puede retirar su autorización en cualquier momento, sin necesidad de justificarse.

Este Consentimiento Informado será firmado en 2 copias, quedando una en su poder y otra en poder del Investigador Responsable. A continuación, se indican los datos de contacto del investigador responsable para aclarar sus dudas e inquietudes siempre que Ud. lo encuentre necesario.

- Nombre del Investigador Responsable: Carolina Paola Martínez Sotelo
- Correo electrónico: carolina.martinez@upla.cl

---

**Firma del Investigador Responsable**

**Declaro que leí este documento, estoy de acuerdo con lo expuesto y acepto participar de este estudio.**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

RUN (Rol único Nacional): \_\_\_\_\_

---

Firma del participante del estudio

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

## 2. Consentimiento informado familiar

Usted familiar de \_\_\_\_\_  
autoriza a participar del proyecto de tesis doctoral titulado, Actividades de Reformulación conversacional en personas mayores con deterioro cognitivo. Este estudio se llevará a cabo por Carolina Martínez Sotelo fonoaudióloga, quién será el Investigadora Responsable de este trabajo.

El objetivo principal de este estudio es:

*Describir y analizar actividades de reformulación conversacional en sujetos adultos mayores con y sin Demencia tipo Alzheimer.*

La participación en este estudio es voluntaria y si Ud. está de acuerdo se le realizarán a su familiar los siguientes procedimientos, ninguno de los cuales le implicará un gasto:

- Sesión 1: Aplicación de screening cognitivos con preguntas tales como: “¿qué fecha es hoy?”, “Diga todas las palabras que empiecen con la letra S en un minuto” etc.
- Sesión 2: Aplicación de entrevista conversacional con preguntas tales como ¿Me puede contar sobre su primer trabajo? ¿Me puede contar sobre el día de su boda? Etc.
- Sesión 3: Aplicación de protocolo de evaluación Metalingüística: “Describa todo lo que recuerde de esa lámina”, “¿Cuál es su comida Favorita? ¿Cómo se prepara?” etc.

Cada procedimiento será grabado en audio de acuerdo a lo que usted y su familiar estipulen. La participación en estas actividades no involucra pago o compensaciones

Es importante que sepa que Ud. que su familiar no sufrirá ningún riesgo, incomodidad o molestia con la realización de estos procedimientos y si algo ocurriese los autores de este estudio estarán totalmente disponibles para ayudarle o contestar cualquier inquietud.

La participación de su familiar es de gran importancia para el desarrollo de este estudio ya que estará contribuyendo con la comunidad y nos brindará un gran apoyo en la obtención de un conocimiento más amplio acerca del tema en estudio.

Se garantiza que los datos personales se mantendrán en completa privacidad y anonimato. Todos los datos y documentos de este estudio los mantendrá archivados durante 5 años el investigador responsable, periodo después del cual serán eliminados. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, (sin identificar a los participantes), en medios de difusión con objetivos académicos.

Su familiar tiene la libertad para decidir si quiere participar del estudio y puede retirar su autorización en cualquier momento, sin necesidad de justificarse.

Este Consentimiento Informado será firmado en 2 copias, quedando una en su poder y otra en poder del Investigador Responsable. A continuación, se indican los datos de contacto del investigador responsable para aclarar sus dudas e inquietudes siempre que Ud. lo encuentre necesario.

- Nombre del Investigador Responsable: Carolina Paola Martínez Sotelo
- Correo electrónico: carolina.martinez@upla.cl

---

**Firma del Investigador Responsable**

<p><b>Declaro que leí este documento, estoy de acuerdo con lo expuesto y acepto autorizar a participar de este estudio.</b></p>
---

Nombre del familiar o tutor legal: \_\_\_\_\_  
RUN (Rol único Nacional): \_\_\_\_\_

---

**Firma del familiar o tutor legal**

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

## ANEXO 4: Aprobación comité de ética

CEC ZONA CENTRO NORTE UST N°142/2017

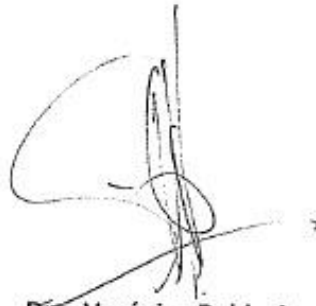
Señora (ita)  
Carolina Martínez  
Investigadora Responsable  
Fonoaudiología  
Viña del Mar  
Presente

Ref. Tesis Doctoral Investigadora Responsable

De nuestra consideración

Por la presente, en relación con el proyecto de tesis doctoral, código 153.17, titulado "ACTIVIDADES DE REFORMULACIÓN CONVERSACIONAL EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO", le informo que este Comité ha resuelto **APROBARLO** puesto que resguarda los aspectos éticos pudiendo iniciar el proceso de recogida de datos.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



**Dra. Verónica Rubio Aguilar**  
Presidenta  
Comité de Ética Científico Zona Centro Norte  
Universidad Santo Tomás

CC: CEC CENTRO NORTE

# ANEXO 5: Pruebas Neuropsicológicas

## 1. Minimental Chile

■ Rev Méd Chile 2004; 132: 467-478

21/22

ANEXO 1: MMSE MODIFICADO

MMSE m

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver como está su memoria y concentración».

Item	si	no	n/s	respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
<b>Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).</b>				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta ( calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
<b>Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.</b>				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
<b>1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NÚMERO RESPUESTAS CORRECTAS ( )</b>				
<b>Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento).</b>				
<b>NÚMERO DE REPETICIONES ( )</b>				

¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuente 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).

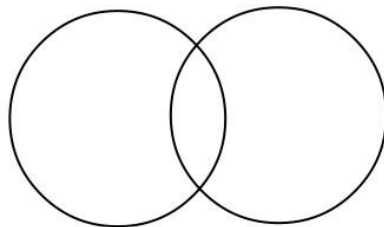
Item	si	no	n/s	respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
<b>«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).</b>				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

476

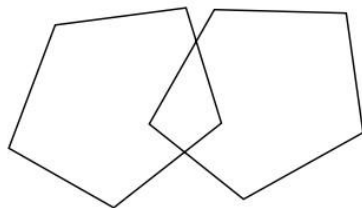
ARTÍCULO DE  
INVESTIGACIÓN



<b>Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?</b>				
<b>Ítem</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>n/s</b>	<b>respuesta</b>
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
<b>Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)</b>				
22. ¿Qué es esto?				
<b>Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)</b>				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mi: «tres perros en un trigal». (permítame un solo intento).				
<b>Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)</b>				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». <b>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente</b>				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
<b>Ítem</b>	<b>si</b>	<b>no</b>	<b>n/s</b>	<b>respuesta</b>
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto ..... 0  
Correcto ..... 1



Incorrecto ..... 0  
Correcto ..... 1

PUNTAJE TOTAL MMSE /\_/\_/\_/

ARTÍCULO DE  
INVESTIGACIÓN

477

## 2. Cuestionario de Pfeffer

PFEFFER M (del informante)		Fecha: __/__/__			
0 normal	0 nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora				
1 difícilmente, pero lo hace	1 nunca lo ha hecho, y tendría dificultad para hacerlo				
2 requiere ayuda	3 dependiente				
Item		0	1	2	3
1	¿Maneja él/ella su propio dinero?				
2	¿Es él/ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa, y comestibles?				
3	¿Es él/ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?				
4	¿Es él/ella capaz de preparar una comida?				
5	¿Es él/ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales, también de la comunidad o del vecindario?				
6	¿Es él/ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o TV, diario o revista?				
7	¿Es él/ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?				
8	¿Es él/ella capaz de manejar sus propios medicamentos?				
9.	¿Es él/ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?				
10.	¿Es él/ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?				
11.	¿Puede él/ella ser dejado en casa en forma segura?				
Puntaje Total Pfeffer Activities Questionnaire /_/_/					
<i>(Pfeffer et al, 1982, modificado)</i>					

### 3. Batería de Evaluación Frontal - FAB

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_

#### 1. Semejanzas (conceptualización) “¿En qué se parecen?”

- a.- Un plátano y una naranja
- b.- Una mesa y una silla
- c.- Un tulipán, una rosa y una margarita

Ayudar al paciente en caso de fracaso total “no se parecen” o parcial “los 2 tienen cáscara” en el primer ítem, no en los siguientes. Solo las respuestas de categoría (frutas, muebles, flores) se considerarán correctas.

Puntaje: 3 correctas=3; 2 correctas=2; 1 correcta=1; ninguna correcta=0

#### 2. Fluidez léxica (flexibilidad mental)

“Diga todas las palabras que pueda (por ejemplo: animales, plantas y objetos, pero no nombres propios ni apellidos) que comiencen con S”.

Si no responde en los primeros 5 segundos decirle “por ejemplo: sapo”. Si se detiene por más de 10 segundos, insista “cualquier palabra que empiece con S”. Tiempo: 60 segundos. Las repeticiones, derivaciones (sal, salado), nombres propios y apellidos no se cuentan.

Puntaje: 10 ó más palabras=3; 6 a 9 palabras=2; 3 a 5 palabras=1; menos de 3=0

#### 3. Secuencias motoras (programación)

“Mire con atención lo que hago”; el examinador frente al paciente realiza 3 veces la prueba de Luria (golpear con nudillo, canto y palma) con su mano izquierda. “Con su mano derecha haga lo mismo que yo, primero juntos, después solo”. El examinador hace la serie 3 veces con el paciente y le dice “ahora haga lo mismo usted solo”.

Puntaje: 6 series consecutivas correctas=3; 3 a 5 series correctas=2; no lo hace solo, pero si 3 series consecutivas con el examinador=1; no logra ni siquiera imitar 3 veces=0.

#### 4. Instrucciones conflictivas (sensibilidad a la interferencia)

“Cuando yo golpeo una vez, debe golpear 2 veces”; para asegurar que comprendió las instrucciones, se hace una serie de 3 ensayos: 1-1-1. “Cuando yo golpeo 2 veces, debe golpear una”; para asegurar que comprendió las instrucciones, se hace una serie de 2-2-2.

El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Puntaje: sin errores=3; 1 ó 2 errores=2; más de 2 errores=1; si golpea igual que el examinador al menos 4 veces consecutivas=0.

#### 5. Go no Go (control inhibitorio)

“Cuando yo golpeo 1 vez, debe golpear 1 vez”; para asegurar que comprendió la instrucción, se hace una serie de 3 ensayos: 1-1-1. “Cuando yo golpeo 2 veces, no debe golpear”; para asegurar que comprendió la instrucción, se hace una serie de 3 ensayos: 2-2-2.

El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Puntaje: sin errores=3; 1 ó 2 errores=2; más de 2 errores=1; golpea igual que el examinador al menos 4 veces seguidas=0.

#### 6. Conducta de prehensión (autonomía del ambiente)

El examinador se sienta frente al paciente, que tiene las manos sobre sus rodillas, con las palmas hacia arriba. El examinador acerca lentamente sus manos hasta tocar las del paciente para ver si se las toma espontáneamente. Si lo hace, dice “ahora, no me tome las manos” y vuelve a tocárselas.

Puntaje: no le toma las manos=3; duda o pregunta qué tiene que hacer=2; las toma sin vacilar=1; las toma aún después de decirle en que no lo haga=0.

### PUNTAJE

Semejanzas	3-2-1-0
Fluencia Lexical	3-2-1-0
Serie Motora	3-2-1-0
Instrucciones Conflictivas	3-2-1-0
Go no Go	3-2-1-0
Conducta de Prehensión	3-2-1-0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

#### 4. PRUEBA DE MEMORIA AUDITIVO VERBAL DE REY-RAVLT

##### Lista de palabras

Palabras lista A	1	2	3	4	5	Palabras lista B	1 Lista A	R. diferida lista A	Lista Reconocimiento
Tambor						Escritorio			
Café						Montaña			
Sombrero						Cordero			
Color						Colador			
Cortina						Vaso			
Pariente						Revólver			
Granjero						Pájaro			
Casa						Toalla			
Timbre						Lápiz			
Luna						Zapato			
Nariz						Nube			
Río						Iglesia			
Escuela						Estufa			
Jardín						Bote			
Pavo						Pez			
<b>Total</b>									

## **ANEXO 6: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ELCITAR CONVERSACIÓN CON ADULTOS MAYORES**

1. ¿Cómo se llama? ¿cuántos años tiene?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo que usted vive aquí?
3. ¿Cómo llegó hasta aquí?
4. ¿Usted fue al colegio cuando era niño?
5. ¿En qué lugar estudió cuando era niño?
6. ¿En qué ciudad vivía?
7. Cuénteme sobre un lugar favorito de su infancia
8. ¿Con quienes vivía?
9. ¿Se casó alguna vez? ¿cómo conoció a su pareja?
10. ¿Con quién vive ahora?
11. ¿Tiene amigos? Hábleme sobre ellos o de su mejor amigo/a
12. ¿Tiene hijos y/o nietos? ¿Cómo es su relación con ellos?
13. ¿Cuál ha sido su ocupación a lo largo de su vida? Hábleme sobre su primer trabajo o sobre su trabajo favorito.

## ANEXO 7: TEST METHAPHAS

*Vicent Rosell Clari y Carlos Hernández Sacristán*

<b>Test <i>MetAphAs</i></b>						
Rosell Clari, V. & Hernández Sacristán, C.						
Nombre y apellidos:						
<b>Sección I: Lenguaje interior, capacidad de inhibir y discurso diferido</b>						
1.	Monólogos audibles	0	1	2	3	4
2.	Verbalizaciones de apoyo en tareas no verbales	0	1	2	3	4
3.	Habla susurrada o con voz áfona	0	1	2	3	4
4.	Lectura silenciosa	0	1	2	3	4
5.	Uso diferido del lenguaje (respuesta diferida)	0	1	2	3	4
6.	Uso diferido del lenguaje (descripción diferida)	0	1	2	3	4
<b>Sección II: Control de procedimientos semióticos concurrentes</b>						
7.	Marcadores discursivos. Verbalizaciones concurrentes a tareas verbales	0	1	2	3	4
8.	Gesticulación concurrente con la actividad verbal	0	1	2	3	4
9.	Entonación melódica	0	1	2	3	4
10.	Gestualidad fónica y expresiones con contenido emotivo	0	1	2	3	4
11.	Entonación lingüística convencional y gestualidad fónica	0	1	2	3	4
<b>Sección III: Habilidades parafrásticas y fenómenos asociados</b>						
12.	Definición de términos concretos	0	1	2	3	4
13.	Definición de términos abstractos	0	1	2	3	4
14.	Circunloquios	0	1	2	3	4
15.	Fenómeno tip of the tongue	0	1	2	3	4
16.	Parafasias	0	1	2	3	4
<b>Sección IV: Decir referido y fenómenos asociados</b>						
17.	Discurso referido (estilo indirecto)	0	1	2	3	4
18.	Discurso referido (estilo directo) y gestualidad fónica	0	1	2	3	4
19.	Capacidad de imitar la voz del otro (narración teatralizada)	0	1	2	3	4
20.	Capacidad de referir una historia que haya oído, leído y/o visto	0	1	2	3	4
Observaciones:						

<b>Test MetAphAs</b>						
Rosell Clari, V. & Hernández Sacristán, C.						
Nombre y apellidos:						
<b>Sección V: Capacidad de monitorización. Marcas de contextualización</b>						
21.	Capacidad de monitorizar una palabra en sus segmentos silábicos (capacidad de silabeo)	0	1	2	3	4
22.	Capacidad de monitorizar la estructura de la frase. Uso del acento (intensidad) para enfatizar	0	1	2	3	4
23.	Capacidad de monitorizar segmentos silábicos (silabear) con apoyo gestual	0	1	2	3	4
24.	Capacidad de adaptación al contexto	0	1	2	3	4
25.	Capacidad de adaptación al contexto de uso monocanal (canal auditivo)	0	1	2	3	4
26.	Capacidad de adaptación al contexto de uso con receptor no presente	0	1	2	3	4
27.	Capacidad de autocorrección	0	1	2	3	4
28.	Capacidad de heterocorrección	0	1	2	3	4
29.	Capacidad de evaluar las palabras del otro	0	1	2	3	4
30.	Capacidad de llenar los vacíos léxicos (capacidad de anticipación léxica)	0	1	2	3	4
<b>Sección VI: Usos desplazados del lenguaje y teoría de la mente</b>						
31.	Describir un objeto o situación no presentes	0	1	2	3	4
32.	Desplazamiento temporal I (pasado próximo)	0	1	2	3	4
33.	Desplazamiento temporal II (pasado remoto)	0	1	2	3	4
34.	Desplazamiento temporal III (futuro)	0	1	2	3	4
35.	Interpretar una escena/asumir la perspectiva del interlocutor	0	1	2	3	4
36.	Capacidad de encontrar antónimos	0	1	2	3	4
37.	Lectura de emociones	0	1	2	3	4
38.	Uso ficcional del lenguaje	0	1	2	3	4
39.	Capacidad de mentir	0	1	2	3	4
40.	Capacidad de ironizar	0	1	2	3	4
Observaciones:						



## ANEXO 8: MUESTRA DE ENTREVISTAS TRANSCRITAS

A continuación se presentarán las transcripciones realizadas a dos participantes, uno del grupo control y el otro del grupo casos. Se presentan tanto la entrevista semiestructurada como la entrevista a través del test *MetAphAs* de cada participante.

### **PD6: ENTREVISTA MUJER 83 AÑOS 5 AÑOS DE ESCOLARIDAD GDS-5**

E: Entrevistador Flga Carolina Martínez

P: Participante con DTA señora O.

A: acompañante de la entrevistada

E: señora O. | cuantos años tiene usted? Se acuerda?

P: =ah=

E: Señora O. cuantos años tiene usted \?

P: No se /

E: tiene 83 años\

P: además yo soy poco de meterme yo tengo mis cosas de lo que tengo que hacer y tengo que ver igual si esta otra persona ahí ah:: pregunta..

E: =mmm= ya=

E: señora O. mire eh:: le estaba preguntando yo si usted cuando era joven usted trabajo\

P: | trabaje mucho

E: si ? En que trabajaba usted/ ?

P: al principio yo trabajaba yo vivía con mi abuelita yo entonces mi abuelita tenía una fábrica donde tenía que ir a dejar comida\

E: ya\

P: o sea tener que ir a sipo (gesto con mano) a las 12 un pobre a la mitad y después por más 3 veces

E: =ya= a dejar comida a los trabajadores?

P: a los trabajadores para ir a llevar a a una panadería o sea a una farmacia que había con:: era uno primero el doce después el uno que era otro grupo y así \ hasta la 1 y media

E: ya\ a varias grupos por turno\

P: claro sí\

E: =ya=

P: así que ahí entraron dos hermano dos primos míos

E: a la misma fabrica?

P: a la misma fabrica\

E: ya\ eh:: y: su abuelita porque iba a dejar comida? Tenía una empresa o era comida casera\?

P: =no no no= ella iba a dejar y entregaba las cosas desocupaban todo lo que llevaba | y se lo pasaban altiro a la abuela

E: ya\ cuénteme eh:: donde vivía usted con su abuelita?  
P: vivíamos allá en: cerca de los: en del papa vivíamos en en una casa  
P: pero eso era acá en la región? Acá en viña?  
E: em: mi abuela mi abuela arrendo una casa  
E: donde\  
P: arrendo una casa incluso lo que ella contiene hasta luego después un tiempo después..  
y así  
E: ya: y ..  
P: llegaba la señora era mayor yo iba a entregar la casa no mas yo estaba tejiendo una  
escuela\ entonces llegaban esas cosas de la hora de almuerzo  
E: =ya= que tenían que ver con su trabajo\  
P: Claro si..mi abuela y ya tenía todo listo entonces estas niñas salían del hospital de la  
escuela volvía otra vez a ir  
E: =señora O.= y en qué escuela iba usted?  
P: ah?  
E: en qué escuela iba usted?  
P: iba a la escuela a una que estaba frente al hotel al.. al reloj que estaba ahí en pleno  
(falta)  
E: cómo/?  
P: me desocupaba inmediatamente de tercera o sea le pasaban al tiro lo de.. y a ella se  
iba con las cosas porque tenía que irse al hotel  
E: otec?  
P: no no otec sino que las niñas iban al colegio  
E: =ya=  
P: entonces las niñas era un tremendo largo  
E: era grande/  
P: claro grande\  
E: eh:: en qué ciudad ella::  
A: acá en viña  
E: y usted se acuerda en que colegio iba ella?  
A: no.. Ahí sí que no tiene que haber sido en un colegio cerca de 13 norte por ese sector  
P: = no se a ella no la conocía para nada, no la conocía nada= como le digo yo llegaba a  
las 12 mi abuela me tenía listo yo salía de la playa (gesto con cabeza de error) o sea de  
la playa de la escuela entonces iba donde estaba ya le decía yo aquí esta...o sea la casa y  
después tenía que entregar | que entregarla segunda vez tenía que volver  
E: =ya= señora O. y usted me podría contar eh: porque no vivía con sus papas?  
P: =vivíamos=  
E: vivía con su abuelita?  
P: mi abuelita era se había me había tenido a mi | y después se caso  
E: =ya=  
P: entonces de ahí no estuvo mi mi hija de trabajar ahí porque no no era eso eso era una  
cosa especial  
E: =ya=  
P: así que y después yo me iba al colegio yo estaba lleno al colegio en frente a la  
escuela o sea ay;  
E: señora O. y usted más adelante se casó?  
P: quien yo?  
E: si/  
P: Si si me case  
E: qué edad tenía usted cuando se casó?

P: paso que volví a trabajar a su a casa  
E: ya..  
P: si ahí volví a trabajar  
E: y ahí conoció a su marido?  
P: =por el día no por hacerlo porque me iba a dormir a mi casa=  
E: ya: iba a trabajar por el día pero después usted volvía a su casa\  
P: claro  
E: eh: es así?  
P: yo iba a como le digo a con las estas a dejar esperaba un poco porque como andaba en la escuelita y me los pasaban después desocupados  
E: =ya= pero yo le había hecho otra pregunta\ yo le preguntaba/ si usted qué edad tenía usted cuando se caso  
P: si pero no no se po  
E: se casó joven? O se casó mayor\  
P: no po se casó joven  
E: usted?  
P: si si  
E: ya: y como se llamaba su marido? Su esposo?  
P: estaba con mi papá yo\  
E: ya:\ como se llama su..  
A: Oscar  
E: ya  
B: ya si  
E: ella había dicho que se había divorciado?  
A: no  
E: no?  
P: no yo no sé a ella la vine a crecer a los años después\  
E: si pue de todas maneras| cuantos hijos tuvo usted? Cuantos hijos tiene?  
P:| una no más un no mas  
E: una hija\ está segura?  
P: si una no mas  
E: =si ah= mire la señora que la acompaña me dice que usted tiene dos  
P: =cuando me case ya o sea cuando=..  
E: ya:  
P: y ahí quede yo sin con mi abuela  
E: ya:  
P: no tenía más niños chicos  
E: ya: eh:: y como se llama su esposo?  
A: Ricardo  
E: Ricardo | quien era Ricardo? | Lo conoce usted?  
P: algo de el contado\  
E: eh:: señora O. y usted nietos?  
P: Ah?  
E: tiene nietos?  
P: si si tengo niños  
E: Ah? No usted\  
P: o sea los conocí así de vista no mas  
E: =ya=  
P: no estaba yo metida ahí haciendo esto lo otro

E: =ya= eh:: bueno por lo que yo se eh: usted se casó y tuvo 2 hijos\ | uno de ellos se llama Ricardo y.. Francisco son dos hombrecitos

A: =francisco=

E: se acuerda de ellos?

P: asi que eso no más y yo ahora todavía estoy yendo a la: a la iglesia a meter ahí estoy haciendo cuescuero me entiende?

E: en qué?

P: claro po si estamos ahí y yo salgo y voy

E: a la iglesia\ | a usted le gusta ir a la iglesia?

P: no se no me acuerdo

E: ah; y usted sabe que está el papa?

P: bueno si pero la otra vez yo no estoy dentro de la:

E: bueno es que el papa vino a Santiago y ahora se fue a Temuco\

P: hasta que después me separe

E: de la iglesia dice usted\ se separó de la iglesia?

P: después era por hora en la mañana después volvía en la tarde otra vez

E: ya: se refiere digamos a su trabajo puede ser| cuanto tiempo hizo usted ese trabajo\?

P: incluso ahora murió mi papa

E: =ya \ que le paso a su papa=?

P: tampoco supe nada (gesto de negación con su cabeza) que había muerto mi papa

E: ya: \ usted vivió con su papa alguna vez?

P: no\ con mi abuelita

E: solo con su abuelita

P: =pero se murió= se murió y | se murió

E: ya: que le paso a su abuelita? Se enfermó?

P: = no supe= porque yo no estaba ahí

E: ya: y usted estaba de viaje estaba fuera?

P: no

E: donde estaba usted?

P: dentro del terreno

E: usted vivía con su matrimonio dentro del mismo terreno con su abuelita?

P: primero fue con mi abuela después y después ya no:: no más con ella\

E: ya: y donde siguió usted?

P: yo me fui donde mi abuelita mi abuelita y una tía

E: =como se llamaba su abuelita?=  
P: no me acuerdo tampoco

E: ya: me dijo recién que estaba con su abuelita y con una tía

P: yo no me quede con las abuelas con las otras abuelas ni con las más

E: =ya=

P: yo vivía si

E: ya:

P: después ya empecé a bailar hacer trabajo otra vez para salir hacer cosas

E: ya:

P: así que yo no me crie con mi abuelita tanto

E: ya\

P: ni tampoco me crio mi mama así o que

E: ya: entiendo gracias señora O.

P: me decían miren porque no se meten acá y ahí terminan sus trabajo

E: a usted le gustaba trabajar?

P: =la gente me decía= resulte tan bien aquí y acá

E: en que trabajaba ella usted sabe?

A: si: en costura era modista entonces trabajaba en una casa donde iba a coser

E: =Ah:=

A: hacía ropa a la medida entonces ella cosía

E: no era comida\?

A: no la comida era cuando ella niña su abuela tenía pensión

E: ah::

A: entonces ella llegaba le tenía las viandas listas vivían allá en 13 norte 15 norte por ahí habían fábricas de telas

E: ya:

A: entonces ella ahí llevaba las viandas a dejarlas entonces esperaba paseaba esa historia la conozco cuando ella estaba sana por eso la cuento | y es lo que confirman también los hijos y:: entonces ella esperaba paseaba la abuela volvía la abuela le volvía a llenar en eso que iba a dejar la segunda ella volvía almorzar después se iba al colegio y por la tarde vuelta de nuevo a dejar después hasta los | vivieron hasta los 15 años más o menos en sector

E: =ya=

A: después de cambiaron a recreo\ | a los 20 años se casó pero la abuela no estuvo nunca de acuerdo con su matrimonio por ende le dijeron tú te casa o pierdes a la familia lo tuvo que hacer\ entonces ella caso en diciembre y en marzo falleció su abuela por eso dice yo no sé de qué murió

E: ah:: paso poquito tiempo además de su ya:

A: de su matrimonio pasaron dos o tres meses y su abuelita falleció

E: ya: y ella falleció por enfermedad?

A: esa parte no la conozco\ lo único que ella me contaba que cuando llego al hospital ella quería ver a su abuela y su abuela ya había fallecido\

E: =m:: ya ok=

A: pero me da la sensación que me comentaba ella que fue como una neumonía algo así fulminante porque falleció joven también menos de 70 años | bueno en esa época era mayor

E: =si=

A: ahora uno dice es joven pero en esa época era ya adulta

E: =es joven si: es verdad además que la medicina no estaba tampoco muy avanzada

A: claro porque lo menor lo que tenía la señora no era necesario que falleciera entonces cuando ella llego al hospital que quería ver a su abuela como que todos le dieron la espalda cuando ella se casó todos le dieron: porque ella llego a vivir con su abuela a los 5 años porque era hija de madre soltera la mama se casó y la abuela dijo no: la niña para acá entonces ella de ahí empezó a vivir con sus tíos y su abuela que para ellos sobre todo la tía que dice ella que es mama de las primas que todavía tienen contacto ella como que la adopto \ porque ella la vestía le compraban zapatos o sea yo te cuento la historia que ella me conto cuando recién la conocí hace | varias años atrás entonces ella estaba lucida

E: =entiendo=

A: no era cosa de cuento

E: perfecto

A: entonces viene con una historia como bien fuerte después se casó con una persona mayor que ella como 15 años \ después el falleció de cáncer

E: sería don Oscar

A: don Oscar| de ahí ella tuvo sus 2 hijos son su todo

P: =Ricardo que viene para acá con nosotros= muy contento conmigo

E: ya  
P: con mucho cariño  
E: =la tratan bien=  
P: bueno no solamente a mi sino que a ella también empieza con la conversación que esto que esto otro pero la Francisca la: la mayor esa está sola con una taller ahí \

E: m:: ya Francisca?  
A: Francisco  
P: ella como y termina comiendo del almuerzo de ahí hasta luego y me voy  
E: =ya  
P: en el mismo en el mismo..  
E: =en el mismo almuerzo=  
P: claro el mismo almuerzo| pero ella come y se va ahí mismo en:  
A: =en la casa=  
P: porque es una: y somos primos  
E: ya:  
P: pero eran siempre criados por mi abuelita  
E: entiendo | ya señora O. muchas gracias!

**PD14: MetAphAs**

**MUJER**

**83 AÑOS**

**5 AÑOS DE ESCOLARIDAD**

**GDS-5**

ITEM 31.- Describir un objeto o situación no presentes

Lámina cocina

E: Le voy a enseñar un dibujo durante un tiempo y luego, tras retirarlo, le pediré que me diga qué es lo que había en el dibujo

E: Señora O. mire le voy a mostrar esta lamina mírela primero | mírela de que se trata: | quienes están/? Que están haciendo\ | mírela mírela bien:

P: están haciendo están cocinando (tono de murmullo)

E: mírela solamente: mírela y después me va a explicar de que se trataba listo? Ok? | ahora dígame de que se trataba esa lamina

P: eso: algo ahí: quizá: (hace gestos con su mano) no estoy haciendo nada de eso

E: mire para que no se distraiga: eso es\ se acuerda que usted vio una lámina?| que había ahí?

P: =(murmura)= y anoche me tire:

E: mire: Y esta lamina| de que se trata

P: (observa la lámina y murmulla)

ITEM 32 DESPLAZAMIENTO TEMPORAL I PASADO PRÓXIMO

E: ya: | eh: usted se acuerda que lo que hizo el fin de semana pasado?

P: | no se po noche

E: que hizo a noche?

P: hizo así (golpea en mesa)

E: a golpear?

P: (sigue murmurando) dice llevo arriba y dice por favor no me hable a mi más me dijo porque resulta de que yo no quiero tener ni una cuestión me puse a hacer | tiene una cosa abajo del piso? | Tenía casa |

E: ya:

P: ahora y estaba limpiando dejé limpiecito todo el piso la pieza ya? | y tenía que andar por un lado por otro

E: ya:

P: y me dijo | sabes que me dijo? vengo cansado porque saqué todo lo que había en mi pieza abajo | entonces me dejó muy agotado | claro que quedo buena la casa de las dos piezas que hay abajo |

E: ya: dejó todo ordenado | y después que hizo?

P: =no me vengas a llamar= (sigue murmurando) | no quiero que me venga el mal ese: a venir para acá no me llamó más me dijo | mira yo me aburrí voy a ir a la cama | es que no voy a hacer la buena casa ||

E: y se acostó usted?

P: me acosté y me acosté no sé cuántas horas sin poder dormir |

E: YA

P: ya porque él sabía que me había dicho que no me llamara | está tan cansado entonces ya me acosté: y me cuesta no sé cuántas horas

E: ya:

P: Ya no puedo hacer esas cosas así |

### ITEM 33 DESPLAZAMIENTO TEMPORAL II PASADO REMOTO

E: | eh: me podría explicar eh: cuál fue su primer trabajo?

P: | no po yo iba al colegio no ma

E: ya: y después la primera vez que trabajó?

P: iba a llevar la vianda al colegio | pero después me subía las | las patas que tenía que devolver

E: ya: | usted le daba comida

P: no: yo no lo daba mi abuelita le daba todo |

P: ya: | o sea ella le: | arreglaba

E: =los preparaba=

P: claro

### ITEM 34 DESPLAZAMIENTO TEMPORAL III FUTURO

E: em: usted que es lo que van a hacer el fin de semana? | Tiene algún plan?

P: no no sé | pero como le digo | la otra vez me faltaba una bota (???) | y también cuando no pude no pude

### ITEM 35 INTERPRETAR UNA ESCENA/ ASUMIR LA PERSPECTIVA DEL INTERLOCUTOR

E: mire:

P: =no me dice este cabro el luján | no le haga ninguna cuestión conmigo porque yo no (???) | entonces estaba preparando el: y me decía que sí:

E: Señora Bety;

P: = | ya se le caía el: | el: la cara: = | así que me: me corto | puedo tenerlo ahí pero no (???)

E: ya: | señora bety mire le voy a mostrar otra cosa | quiero que usted me explique: que es lo que hay acá en esta lámina | que es lo que usted ve?

P: | (observa la lámina) hay un gatito\ |  
 E: ya: \  
 P: están jugando los niños con los papa y las mamas\ |  
 E: ya:  
 P: este es un: (???)  
 E: ya:\  
 P:  
 E: que le tiraron?? | qué es??  
 P: una una pelota  
 E: =una pelota cierto?=  
 P: se la pasa a el: se la tiraron ahí: \  
 E: Ya:  
 P: y este tiritaba las manos para recibir\ | este otro estaba en el (???)  
 E: con el que:? | es que no le escuche:  
 P: ahí está tomando el: (¿???)  
 E: ya:\  
 P: ese que esta ahí senta: también\ | unos niños también\ y este también es un pariente\ |  
 E: ya: | que le está diciendo la mujer que está de pie: a la que está sentada?  
 P: le estaría dando algún: mensa:je \ |  
 E: que le está diciendo ella a ella:?  
 P: (???) esta se puso los calcetines\ | y esta no se puso los calcetines | entonce: tiene menos que hacer\  
 E: ya:\ | mire imagine que la pelo:ta le llega al caballero\ | que va a decir este señor a los niños?  
 P: no po que ellos tiraron: ahí: |  
 E: y que le va a decir el: a los niños? | Porque le lleo: el pelotazo\

#### ITEM 39 CAPACIDAD DE MENTIR

E: Si yo digo esta mesa es morada || es mentira ¿cierto?  
 P: uno no, no lo deja todo el día  
 E: esta mesa es morada | es mentira | sólo por jugar usyed me puede contar otra mentira?/  
 P: estaba y con la gente:: en una mm??? Para una cosa no:: ¿?? ¿??? ¿???  
 E: ya::

#### ITEM 40 CAPACIDAD DE IRONIZAR

E: | em: ya: yo voy a decir por ejemplo | uy: que frio hace hoy dia; eh: yo lo digo: lo trate de decir de forma irónica\ porque en realidad hace calor \  
 P: (respuesta no se entiende)  
 E: usted me puede dar algún ejemplo en que usted haya usado la ironía?  
 P: ||  
 E: haya sido irónica?  
 P: | no: no se\  
 E: e:m vamos a imaginar que vamos al estadio\ | haber un: partido de futbol\ |  
 P: ya\  
 E: a nuestro equipo favorito\ ya? Y el equipo va perdie::ndo\ | entonces de manera irónica vamos a decir:\ que buenos que son\ no pierden nunca;  
 P: (silencio)



E: es una ironía porque ellos están perdiendo\ | cierto? | lo puede repetir? | de forma irónica?

P: | no sé\

E: eso nada más

P: ya::

### **PC33: ENTREVISTA**

**MUJER**

**78 AÑOS**

**6 AÑOS ESCOLARIDAD**

**GDS 1**

E: Entrevistadora Flga, Carolina Martínez

P: Participante control Sra. L.

E: Sra. L.? Usted recuerda la época en que fue al colegio?

P: No mucho | no mucho| si cuando estaba |

E: a que colegio fue?

P: en el Santa Isabel en el Melon

E: M::: | ya

P: Y después estuve en el | en el| en un colegio acá que cuando me trajeron| porque me trajeron de niñita acá a Valparaíso| una señora| que como se quemó la abuelita| entonces tuve que salir de la casa porque éramos tres hermanos| mi hermana se quedó con mi papa con la mama de el | yo y mi hermano se quedó con la mama de mi mama| entonces ahí ya después| es decir estuve en el colegio Santa Isabel| después me trajeron | una señora| aca a Valparaiso| y de ahí ella me puso en un colegio nocturno en Playa Ancha

E: Ya mas mayor|

P: no| tenia 8 años cuando llegue ahí yo

E: como en colegio nocturno, tenía que dormir allá?

P: No no| nocturno| de esos |

E: De tarde| vespertino?

P: Claro| de esos

E: M::: pero su familia es de Valparaíso o de Llay-llay

P: No| es del Melón mi familia

E: Del Melón| ya |ok| cuanto tiempo estuvo como alejada de su familia?

P: u::: ya después de ahí ya no volví nunca más ya| porque::| seguí trabajando| trabajando

E: Claro| a que edad empezó a trabajar| me puede contar sobre su primer trabajo?

P: A::h mi primer trabajo fue:: |como | porque antiguamente los maridos de las señoras eran medios frescos| entonces querían abusar de uno

E: Ya::

P: Pero las señoras no creían en eso que uno les dijera| ellas no creían que su marido era un fresco| entonces una vez me tuve que arrancar| le tire una taza de té en los cocos como se dice

E: ya::!

P: Porque el quería aprovecharse de mi así|

E: Chu::ta...

P: Asi que asi que no fue weno esa experiencia...

E: Esa experiencia...

P: Esa experiencia | pero después me fui con otra señora que ella era viuda y ahí me fue bien| si| ahí trabaje varios años ahí | y después ya me | después me fui a otro trabajo que se yo que me iba mejor que se yo | le trabaje muchos años a unos alemanes | y después me dedique a criar niños ya, fui, así que||

E: Cual es su |de todos los años de trabajo, es su trabajo favorito

P: Criar los niños| si| porque el niño es | molesta que se yo porque es niño| esta creciendo| pero los grandes saben que están hiriendo| son molestos| hieren| entonces prefiero yo a los niños que a la gente grande||

E: Son más inocentes

P: SI| son inocentes| si a uno la abrazan la abrazan con cariño sin ninguna maldad| entonces||si| prefiero a los niños yo

E: A usted le toco cuidar muchos niños?

P: Si| crie muchos niños

E: Hay alguno que recuerde con harto cariño?

P: Mire le voy a mostrar uno

E: Ya| muestrame

P: Tengo un (pausa) |aquí no los tengo pero| tengo uno no mas| mire|esa chiquita

E: Ohhhh

P: Era tan linda esa chica| esa me la traia yo pa la casa ya

E: Si?

P: Si

E: Recuerda su nombre?

P: Se llama Augusta

E: Augusta | es un nombre poco común en todo caso| ya || uy que tierna

P: Es muy linda esa chiquita

E: Si| se le:: |

P: Después crie a Paulo| y así sucesivamente

E: Ya| a personas digamos de la misma familia

P: Si de otras familias| de otras familias

E: Ya | ella tiene como pinta como de | alemán

P: Si| si| si

E: Cuantos años más menos|

P: Sii| la deje grande

E: Ya

P: Después se me presentaban otros trabajos entonces ||como tenía que ayudar yo a mis nietos| para que ellos estudiaran| entonces siempre me fui| e:h || despues volví con los alemanes pero con los hijos de los alemanes| ahí le crie a los niños que se yo| como ser en el año nuevo no hay gente que trabaje| entonces yo trabajaba el año nuevo entonces ella me || me llevaban niños que se yo que | como salían los matrimonios entonces ella me llevaba niños entonces yo cuidaba varios niños entonces ellos me pagaban entonces ahí yo recibía harta plata para || me quedaba con los niños para que ellos salieran entonces yo les recibía harta plata para| para ayudar a mis || yo gane mucha plata

E: Ya

P: así que por eso pude ayudar yo a mis nietos a que estudiaran ellos

E: Verdad| usted tiene una hija?

P: si yo tengo una hija

E: Una hija, como se llama su hija?

P: Any

E: Any| y cuantos nietecitos tiene

P: Tengo tres nietos| es decir son|| estos son mis nietos  
E: A ver muéstramelos  
P: Se los voy a mostrar||  
(Pausa...crunch, crunch, crunch, crunch...) Tos  
P: Mire esa es una nieta || esa es una nieta| que es esta| que es la que esta aquí  
E: Guau...!!  
P: Y ahí está mi hija y ahí estoy yo  
E: Ya  
P: Y ahí está mi nieto y estos son mellizos  
E: Ya  
P: Y esos son || estos son mis bisnietos  
E: Bisnietos!!  
P: Si | esos son mis bisnietos| si  
E: Ay se consideraba la mejor mama| jajaja  
P: Si| así que esos son  
E: Ya| esa es su familia| que lindo| que bueno| me alegro mucho, y usted los alcanza a ver?  
P: Cuando voy para allá  
E: Donde están ellos?  
P: Uno está en Casablanca y mi nieto esta en Valparaíso  
E: A::h igual están como lejos  
P: Si| están lejos entonces| no| es decir| ellos no vienen a verme porque prefiero ir a verlos a ellos porque si ellos vienen pa acá tengo que trabajar yo tonce yo prefiero de::|  
E: Ir de visita  
P: Ir de visita entonces ellos me atienden  
E: Muy bie::::n  
P: eso lo tomo así yo pero| pero nunca me vienen a ver acá  
E: Ya  
P: Pero | mire| aqui estan las chiquitas mire  
E: Ah ya::  
P: y aquí esta el renato| mire ese es el renato| y esta es la chiquita  
E: o::h que tierna!! Que rica con ese cachetito|| Que bien la felicito  
P: ese es el renato|| y la maite| le voy a mostrar a la maite  
E: Ya? La maite también es bisnieta?||  
P: a este yo lo ayude a criarlo, justo mi nieta estaba trabajando, estaba estudiando y trabajaba  
E: que edad tiene ella?  
P: ahora tiene diez años|es es la misma| a esa la crié yo  
E: o::h cosita| que rica la sonrisa!!  
P: si| si| pero||  
E: ya  
P: pa que mi nieta terminara de estudiar| a esa la ayude a criar  
E: Ya  
P: así que si|| no me puedo quejar| lo único no más que estoy un poco achacosa por mi enfermedad que se yo pero son cosas que pasan  
E: tiene que tomar muchos medicamentos?  
P: es que ese remedio es muy fuerte entonces me deja media malita  
E: ya||  
P: Entonces me tengo que cuidar mucho de los resfriados  
E: por supuesto

P: no puedo|| Es decir|| tengo que|| hay cosas que no las puedo comer porque me las| es decir| ehh, todo...

E: como reflujo?

P: todo lo que venga directo de la tierra no lo puedo comer| entonces| cosas así||

E: tiene que tener una dieta especial

P: claro entonces cosas así| entonces cuando tomo ese remedio que es tan fuerte| me quedo| ando mareada| me deja medio mal||

E: claro |

P: por lo fuerte| se me ha caído mucho el pelo también| así que así| pero bueno| es lo que me tocó

E: tiene que tener hartó ánimo

P: sí| es que de repente no tengo tanto ánimo|, de repente me decaigo||

E: me imagino| es como cansador

P: me canso, pero trato de salir a caminar todos los días| pero cuando estoy con ese remedio no salgo porque me mareo

E: Sra. L.| ¿cuál es su motivo más importante en este momento en la vida?

P: ay el motivo más importante que|| Por lo menos que|| que cuando yo| es decir| que no me duela nada es decir cuando yo me|| de mi enfermedad porque he tenido dolores muy fuertes entonces mi|| yo lo único que le pido a Dios que me dé un solo guatacazo no más y ya no|| pero ese es mi||

E: sí| entiendo| ese es como una especie de anhelo cierto? Un deseo||

P: sí| que no tenga que estar molestando a nadie ni|| ni| como le quisiera decir|| y que yo me pueda hacer mis cosas

E: ya

P: y que yo pueda mantener limpio| yo tengo desordenado pero| es decir| pero tengo limpio| porque mi cama tiene que ser limpia no||

E: sí|| su casa es agradable

P: sí::!!| no sentir que esta hedionda ni nada porque| no me gusta eso| que pueda hacer un plato e comida y que pueda limpiar y que pueda|| dentro de lo|| hasta el final pienso yo| es lo único que le pido a Dios eso||

E: Sra. L. y cual es|| Como se entretiene usted| como disfruta del día? ¿haciendo qué cosas?

P: yo disfruto del día leyendo

E: ya?

P: y tejiendo

E: ya::

P: así que si me he hecho hartas cosas| mire le voy a mostrar lo que he tejido||

E: muéstreme

P: ahora estoy haciendo|| Mire| venga pa acá||

E: a ver

P: ahora estoy haciendo| toy imitando este

E: ya? Uy que lindo| esto es||

P: es un vestido

E: o:h que maravilloso| que lindos los colores

P: sí| mire aquí he tejido|| Mire este también lo he tejido||

E: ya?

P: esto lo he hecho yo, en esto me entretengo ¿ve?

E: entiendo||

P: me entretengo tejiendo| haciendo estas cosas||

E: que bonito porque hay que ser bien detallista

P: si| he hecho como 100| me gustan los colores planos| no me gustan los|| hice mucho también|| no me gustan los colores oscuros

E: ya

P: hice este otro también ve? Ahí||

E: y usted vende estas cosas?

P: no no las vendo porque quien me las va a comprar? Ve? Todas esas cosas||

E: que bonito || muy bonito

P: y ahora estoy haciendo esta otra cosa aquí| y así| pero leo mucho

E: le gusta leer?

P: me gusta leer la novela, la historia de mis...y me prestaron una una esta, esta es tan bueno que usted no se puede imaginar..

E: aahh si, diario de una pasion

P: es super weno, buenísimo buenísimo buenísimo, ya la he leído dos veces jajajja

E: jajajja es su favorito

P: Ah si que si

E: y tiene a Brian Weiss ahí o no? Muchas vidas muchos maestros

P: muchas vidas muchos maestros| si| pero este| este || el perfume de un||

E: Ah si||

P: un asesino| es terrible pero| lo leí también| he leído varias| es decir| varias|| me aburro de tejer y así se me pasa| así me saco||

E: así se entretiene

P: se entretiene| sino me aburro nunca| la verdad de las cosas que

E: interesante||

P: que no me aburro nunca| siempre estoy haciendo algo| o yo le hago algo a mis nietos| a mis bisnietos| le he tejido cosas a mis nietos||

E: que bueno| siento que tiene como el tiempo suficiente o sea para hacer las cosas que usted quiera en el fondo

P: si lo que yo quiera porque si yo quiero levantarme tarde me levanto tarde pero depende pero| siempre me levanto temprano porque para caminar porque con el sol no puedo caminar| así que trato de levantarme temprano y a poder hacer| como no es tanto lo que tengo que hacer pero si una vez a la semana hago bien hecho el aseo

E: ya

P: es decir los otros días lo hago por (no se entiende) de la suegra no mas

E: entiendo| entiendo| Sra. L. esta super rico el té| muy ricas las galletitas

P: que bueno perdone lo poco

E: muchas gracias

P: Pero con mucho cariño

E: esta perfecto para mi

P: así que así en eso| en eso| me entretengo así| no no me aburre el día como ser yo no salgo a conversar| converso saludo con todos pero| es decir| como que no me llena eso de| como le quisiera decir yo de| de salir a conversar| converso pero como ser porque siempre le es la misma la misma la misma cosa| no se cambia de tema| no aprendo nada| pero si en cambio si leo aprendo muchas cosas

E: claro| es un mundo distinto

P: un mundo distinto| me gusta mucho| me gusta la historia de mi país también

E: ya

P: me gusta mucho

E: ya

P: y así| bueno es decir así me| me hecho mi sistema de vida

E: entiendo

P: mi| mi forma de pensar| mi parecer| no me gusta juzgar a nadie porque primero me tengo que juzgar yo| tengo que ver mis| mis| mis defectos que tengo yo porque yo creo que también tengo hartos defectos entonces como voy a juzgar a los demás si no me fijo en los míos

E: me parece muy sabia

E: Sra. L. le agradezco enormemente su tiempo| voy a cortar esta grabación

P: ya

E: muchas gracias

### **PC34: METAPHAS**

**MUJER**

**78 AÑOS**

**6 AÑOS ESCOLARIDAD**

**GDS 1**

#### **ÍTEM 31 DESCRIBIR UN OBJETO O SITUACIÓN NO PRESENTE**

E: ya| muy bien|| Vamos a hacer lo siguiente y ya estamos terminando ya| le voy a mostrar una lámina con un dibujo por un tiempo| y después me va a decir todo lo que recuerda de ella| (Risas) Le dejo la lamina

P: a ver|| la niña esta arriba de una silla

E: mírela no más| mírela no más| ¿ya?

P: ya

E: ahora cuénteme ¿Qué es lo que había en el dibujo?

P: en el dibujo había una niña arriba de una silla| el papá será el que esta tomando agua de un vaso| un niño gateando| y el gato arriba del mesón

E: ¿qué opinión tiene de esa lámina era una imagen normal?

P: sí porque| muchas veces pasa eso|| Muchas veces se ve eso| que la niña| por lo menos mi bisnieta siempre pasa arriba de una silla sacando cosas (risas) el papá siempre está sacando agua| comiendo| o que se yo| lo único que no va ahí es el gato

E: es como algo común

P: si como algo común

#### **ÍTEM 32 DESPLAZAMIENTO TEMPORAL I PASADO PRÓXIMO**

E: ya:| quiero que me cuente que hizo usted el último fin de semana| empezando por el sábado por la mañana y terminando por el domingo en la tarde|| Lo que me pueda contar||

P: ay| yo lo único que le cuento es que estuve bien malita| que tuve con fiebre| e::h| y lo único yendo al hospital para que me vea el doctor

E: ¿el fin de semana?

P: no| el fin de semana estuve en la cama porque estuve con fiebre|| Pero el día lunes tuve que ir al cesfam para que me viera el doctor|| En eso me he llevado|| Pero me he llevado en la cama||

E: ¿Cuándo usted estuvo el fin de semana acostadita usted hizo sus cosas?

P: no| tengo una chica amiga que me quiere mucho me vino a dejar almuerzo ella| me vino a dejar almuerzo se preocupa de mí| a pesar de que yo también| pero ella me dijo no quiero que cocine|| Ella me ha llevado que se yo.

### ÍTEM 33: DESPLAZAMIENTO TEMPORAL II ( PASADO REMOTO

E: Ok|| Ahm:: me gustaría que me contara sobre su primer trabajo o el que usted recuerde como el más simpático y me diga de que se trataba

P: mi primer trabajo fue|| mi primer trabajo no fue tan bueno| pero luego después cuando me dedique a cuidar niños pero| los primeros no fueron buenos

E: no fueron buenos|| ¿Y qué es lo que tenía que hacer usted? Solamente tenía que cuidar a los niños o algo más

P: no| no me tomaban para puros niños no más| tenía que ver nada más que con los niños nada más|| Así que no|

E: una tarea bien bonita

P: sí| sí| a mí me gustan los niños||

### ÍTEM 34: DESPLAZAMIENTO TEMPORAL III FUTURO

E: en estos momentos quiero que diga que hará el próximo fin de semana| o en las próximas vacaciones| así muy brevemente

P: mire| el próximo fin de semana me voy para casa blanca

E: ya| maravilloso

P: sí y de ahí hago galletas con mis bisnietos| galletas de pascua

E: ay que rico

P: me gusta hacer| me gusta que compartan ellos que hagan también|| Y|| bueno| si me compran las cosas para hacer pan de pascua hago pan de pascua|| Así que si eso hago| bueno y mi nieta me pidió pasar la pascua con ellos|| pero al mismo tiempo tengo cinco exámenes y pasan los días y tengo hora para ||

E: ahí aprovecha de hacer todo|| Pasarlo bien y||

P: claro| pero ya no vuelvo para acá hasta fin de año| hasta el próximo año

E: hasta el próximo año no la vemos por acá

P: me cuesta subir a la micro| no es tan barato llegar| viajar|| Me cuesta mucho igual| así que| e::m| me quedo allá unos días|| Y yo creo que el año nuevo lo paso en el melón tengo una tía|| Estoy invitada para allá

E: bien| distintos lugares

P: sí| en diferentes| espero| no sé| porque mi nieta me invito a pasar la pascua pero no me ha dicho nada para año nuevo| pero como tengo esa invitación tampoco me aflijo||

E: claro| o sea tiene harto panorama entonces| Que bueno|

### ÍTEM 35 INTERPRETAR UNA ESCENA ASUMIR LA PERSPECTIVA DEL INTERLOCUTOR

E: Ya mire| le voy a mostrar esta lamina| no se la voy a quitar ¿ya?

P: ya

E: yo quiero que usted la mire cierto| e::h que se fije en las personas en lo que está pasando en ese momento| ¿de qué se trata?

P: yo creo que se trata de un picnic

E: ¿ya?

P: porque uno está jugando| quiere alcanzar algo del árbol| el papá está fumando la pipa y esta con un libro leyendo| una niña que esta| esta sentada| y la mamá no sé algo le estará diciendo y el niño esta pescando de las faldas de la mamá

E: ya mire me gustaría que usted imagine ¿Qué es lo que la mujer que está de pie le está diciendo a la mujer que está sentada?

P: me imagino que está diciendo| e::h| juega o sale| o trae algo para acá| no se imagino eso.

E: ahora imagínese que los niños, ósea vea el señor que esta leyendo, imagínese que los niños que están jugando hacen que la pelota le dé digamos a la cabeza del señor|| ¿Qué le va a decir el caballero usted a los niños?

P: yo creo que le va a decir fíjense como juegan|| Nose yo me imagino eso||

#### ÍTEM 39 CAPACIDAD DE MENTIR

E: ya| mire| Si yo digo esta mesa es morada yo estoy mintiendo ¿cierto? Por puro juego me gustaría que usted dijera alguna mentira como la que yo acabo de decir.

P: ay| esta mesa es verde.

E: ya| em, alguna otra?

P: mi cabeza esta morada

#### ÍTEM 40 CAPACIDAD DE IRONIZAR

E: ya| a::h| por ejemplo vamos a imaginar que hoy día es un día de mucho mucho calor|| Y yo voy a decir “qué frio hace hoy”| pero en un tono irónico| Es un día con mucha calor y yo digo que hace frio y lo digo con ironía ¿usted me podría dar otro ejemplo de ironía?

P: e::m| oy que mentirosa es|| No sé|| Una cosa así||

E: e::m| ok || Vamos a imaginar que vamos a un partido de futbol ¿ya? Y estamos viendo a nuestro equipo favorito| Y va perdiendo y decimos “que buenos que son| no pierden nunca” ¿cómo lo diría usted?

P: ay| como le diría yo|| Pero si pierden siempre| no sé si me equivoque||

E: ya ok| Y eso era lo último| terminamos

P: entonces no la hice carretear tanto

E: ¿qué le pareció?

P: bien bien| me pareció muy bien|| Y le agradezco mucho|| Así que| lo|| la entrevista y todo lo que han hecho y la conversación que se yo| a pesar de que no le respondí mucho porque no estoy muy bien de la cabeza||

E: le agradezco yo enormemente su tiempo|| Para nosotros es como muy valioso lo que usted nos pueda responder pero ¿le gusto la actividad?

P: sí me gusto mucho| que yo hice trabajar un poco mi cabeza