

# Deterioros lingüísticos asociados a un caso clínico de demencia tipo alzhéimer

Language impairments associated with a clinical case of Alzheimer's dementia

Juan Luis Jiménez Ruiz

Universidad de Alicante,  
Departamento de Filología Española,  
Lingüística General y Teoría de la  
Literatura, Área de Lingüística General  
jimenez@ua.es

Ángeles Palenzuela Sánchez

Consellería de Sanidad,  
Unidad de Salud Mental  
Los Ángeles de Alicante  
mapalsan26@gmail.com



Recepción del artículo: 22 de marzo de 2020  
Versión revisada: 22 de agosto de 2020  
Aceptación: 22 de septiembre de 2020  
doi: 10.22201/enallt.01852647p.2021.72.918

### Resumen

El presente estudio tiene por objetivo la demarcación y el análisis de la demencia tipo alzhéimer (DTA) a partir de déficits lingüísticos asociados. Presentamos el caso clínico de una paciente desde una aproximación lingüística, así como un panorama general de la patología. Hemos obtenido datos a partir de la observación, registro y análisis de comportamientos lingüísticos, recogidos a través de tareas semidirigidas (enfocadas en producciones orales) y cuestionarios estandarizados. Los datos señalan que los trastornos del sistema nervioso central inherentes al DTA conllevan también alteraciones en las redes que intervienen en el uso correcto del lenguaje. La investigación contribuye a visibilizar los trastornos del habla y su rehabilitación, así como la función del lingüista clínico en el contexto del DTA.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer; déficit lingüístico; DTA; lingüística clínica; deterioro cognitivo

### Abstract

The present article aims to demarcate and analyze Alzheimer's dementia (AD) based on its associated linguistic deficits. We present the clinical case of a patient from a linguistic approach and an overview of the pathology. We obtained data from the observation, recording, and analysis of linguistic behaviors, collected through semi-directed tasks (from her oral production) and the application of standardized questionnaires. The data indicate that the central nervous system disorders inherent to AD also entail alterations in the networks involved in the correct use of language. This research contributes to the visibility of speech disorders and their rehabilitation, and highlights the role of the clinical linguist in the context of AD.

Keywords: Alzheimer's disease; linguistic deficit; AD; clinical linguistics; cognitive decline

## 1. Introducción<sup>1</sup>

Asistimos en la actualidad a un cambio importante en las condiciones de vida de las personas mayores que, cada vez con mayor frecuencia, pasan sus últimos años con una actitud más positiva y el deseo de seguir realizando autónomamente sus actividades cotidianas. En general, esto es posible, entre otros factores, gracias a los adelantos médicos recientes; sin embargo, existen enfermedades que pueden llegar a imposibilitar a quien las padece la realización de una vida independiente. Entre ellas se encuentra la demencia de tipo alzhéimer (en adelante DTA), enfermedad neurodegenerativa que impide el correcto funcionamiento del cerebro y tiene como principales síntomas no solo la pérdida de la memoria, sino también una serie de déficits lingüísticos.

En consonancia con lo que hemos señalado, el objetivo principal de este trabajo consiste en la descripción de los déficits lingüísticos asociados con la DTA en cada una de las fases de su desarrollo, señalando la importancia de la lingüística clínica como disciplina encargada de organizar metodológicamente: 1) lo que queremos observar, esto es, las habilidades lingüísticas del paciente, 2) la finalidad de la observación; a saber, la contribución al diagnóstico de la enfermedad de forma temprana y a la precisión de las distintas fases de la misma, 3) los mecanismos de aplicación para la obtención de los datos y 4) la propuesta de tratamiento logopédico destinada al mantenimiento de las habilidades lingüísticas del paciente durante el mayor tiempo posible. Esta propuesta parte de la creación de una serie de protocolos que permitan la actuación logopédica encaminada a favorecer la interacción conversacional del hablante enfermo con sus interlocutores. Se trata, por tanto, de una aproximación lingüística a la DTA, precisando sus principales

<sup>1</sup> Sobre los autores: Juan Luis Jiménez Ruiz se desempeña como profesor titular de lingüística general en la Universidad de Alicante y Ángeles Palenzuela Sánchez como facultativo especialista en psicología clínica en la Conselleria de Sanitat de Alicante.

síntomas y sugiriendo posibles protocolos de intervención que podrán ser objeto de estudio en trabajos ulteriores.

La hipótesis central es que la caracterización de los déficits lingüísticos en pacientes con DTA hará que el diagnóstico y la intervención sean más eficientes. Para ello, pretendemos responder a las preguntas de investigación o problemáticas de modo que se evidencie un claro concepto de la patología, tanto sincrónica como diacrónicamente, las fases y síntomas lingüísticos que la caracterizan, los tratamientos que pueden aplicarse y, finalmente, el papel de la lingüística clínica en su estudio e investigación, puesto que —como precisamos en otra ocasión (Jiménez, 2019: 288)— constituye una certera aportación científica para el estudio de los problemas neuropsicológicos del lenguaje.

En primer lugar, presentamos la fundamentación teórica y estado de la cuestión de la enfermedad de Alzheimer. Ambos apartados desarrollan brevemente las principales aportaciones realizadas desde 1906 hasta la actualidad, con la finalidad de ofrecer un conocimiento preciso de la enfermedad y su relación con la lingüística clínica, así como para introducir el estudio del caso clínico que nos ocupa. Para ello, estructuramos nuestro trabajo en cuatro bloques. En el primero de ellos realizaremos una aproximación lingüística a la DTA —la conceptualizaremos, señalaremos su etiología y diferenciaremos sus distintas fases y síntomas—, al final del apartado presentaremos el estudio de los principales déficits lingüísticos y su desarrollo durante las distintas fases de la enfermedad. En el segundo bloque, propiamente metodológico, haremos el análisis clínico de una paciente que sufre la enfermedad; abordaremos el caso mediante la identificación del hablante enfermo y de los problemas que presenta, se expondrá su historia clínica y se precisarán los instrumentos que pueden ayudar en el análisis funcional de estas conductas lingüísticas problemáticas, para terminar con el desglose de las distintas áreas de exploración lingüísticas competentes al tema. En el tercer bloque desarrollaremos los resultados obtenidos y, en el cuarto y último, señalaremos las conclusiones a las que hemos llegado tras el estudio del caso clínico, atendiendo

a las problemáticas planteadas, revisando la consecución de los objetivos y esbozando las bases de la propuesta de intervención que podría aplicarse en estos casos —posible objeto de estudio de un trabajo ulterior.

## 2. Aproximación lingüística a la enfermedad de Alzheimer

### 2.1. *Conceptualización*

Como señala Álvarez (2002: 11), “el Alzheimer es una entidad clínico-patológica, de naturaleza degenerativa y evolución progresiva que se caracteriza clínicamente por un deterioro cognitivo y que se ha convertido en una de las epidemias del siglo XXI”.

A principios del siglo pasado, Louis Alzheimer describió el primer caso de esta enfermedad —una paciente de 51 años que presentaba deterioro cognitivo, entre otros síntomas— y propuso el origen de la patología en la corteza cerebral —de ahí que la enfermedad se denomine de Alzheimer (Pérez Trullen, 2013: 132). Se trata de un trastorno que inicia con la presencia de amnesia progresiva (Pascual Millán, 1997: 9) y se caracteriza anatómicamente por la pérdida de neuronas y sinapsis (Donoso, 2003: 13) y, fisiológicamente, por una serie de cambios degenerativos de las funciones cognitivas que afectan gradualmente diversas funciones del organismo.

Una de las principales funciones que se ve alterada, y que nos interesa de manera especial en este trabajo, es la lingüística, puesto que el paciente presenta dificultades para trasladar sus pensamientos al lenguaje (Weiner & Lipton, 2005: 296), lo que influye en las imágenes sobre sí mismo y sus interlocutores (Hernández, 2012: 50). Durante sus intercambios conversacionales presenta una serie de pausas que pueden ser momentáneas o incluso llegar a interrumpir la producción de enunciados (Mora & Asuaje, 2009: 67). Como consecuencia, su rendimiento lingüístico es inferior a la norma: participa con menor eficiencia en las conversaciones, reduce sus turnos de habla y presenta dificultad para ajustarse a los cambios

contextuales que se producen durante el intercambio conversacional (Valles, 2013: 100).

## 2.2. Etiopatogenia

La enfermedad de Alzheimer tiene una compleja etiopatogenia, a veces hereditaria (Donoso, 2003: 13), caracterizada por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas seniles —en número mayor de lo normal—, distribuidas en el hipocampo, la corteza temporal y los ganglios basales, así como una disminución de las proteínas y neurotransmisores (Álvarez, 2002: 22), como la acetilcolina, producida por las neuronas colinérgicas (Maestre de Homes, 2007: 28).

A lo largo de las últimas décadas, se han propuesto múltiples causas explicativas, entre ellas, factores tóxicos, como el aluminio; infecciones por virus lentos, conocidos como priones, que aceleran la reproducción de proteínas, o problemas genéticos (Bekris, Yu, Bird & Tsuang, 2010: 213–227). Sea cual sea la causa, lo cierto es que existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de su aparición: influencia genética, edad, pertenencia al sexo femenino, tabaquismo, el llevar un estilo de vida sedentaria, padecer diabetes u obesidad.

## 2.3. Sintomatología

La enfermedad comienza a manifestarse mediante pequeños trastornos que al inicio pasan desapercibidos, pero que van progresando lentamente hasta hacerse evidentes y afectar de manera grave a la persona que los padece (Álvarez, 2002: 32); asimismo, el paciente comienza por olvidar hechos poco significativos y termina con importantes lagunas que dificultan su vida cotidiana (Khosravi, 1995: 28).

Los síntomas más característicos son: fallas en la memoria —normalmente no reconocidos por la persona que sufre la enfermedad—, que suelen acabar en pérdidas absolutas; problemas labo-

rales, cambio en las actividades cotidianas, aficiones y amistades; empobrecimiento del vocabulario con silencios más habituales de lo normal; acentuación de rasgos previos de su personalidad, cambios bruscos de carácter y humor; desarreglo personal; desorientación con respecto al tiempo o lugar, imposibilidad para realizar tareas conocidas y resolver problemas cotidianos, y, finalmente, una gran dificultad para el pensamiento abstracto (Álvarez, 2002: 34–35). Todos estos síntomas presentan una evolución que va desde una etapa inicial hasta una demencia profunda (Peña, 1999: 51).

Ahora bien, si seguimos a Bayles (1984: 230) con respecto a la evolución de la sintomatología lingüística, podemos considerar tres fases diferenciadas, a saber, la *etapa inicial* —que presenta una duración aproximada de entre 2 y 5 años—, en la cual las dificultades lingüísticas tardan en aparecer todavía (de hecho, la sintaxis y la comprensión se hallan bastante preservadas), aunque ya puede apreciarse un uso impreciso del lenguaje y algunos casos de logorrea; la *etapa moderada* —que presenta una duración de entre 3 y 5 años—, en la que se acentúa lo señalado en la fase primera hasta tal punto que el discurso del paciente puede convertirse en una jerga con parafasias semánticas. Y, finalmente, la *etapa avanzada* —que presenta una duración variable—, en la que el paciente sufre en el terreno lingüístico de anomias generalizadas y parafasias fonológicas.

De acuerdo con Ullman (2004: 254), podemos decir que sin tomar en cuenta las anomias frecuentes, la producción oral de un paciente con la enfermedad de Alzheimer es fluida, articulada y está preservada tanto fonológica como morfosintácticamente (Martínez, García, Pérez, Carro & Arana, 2012: 16). Esta capacidad de producción se mantiene hasta que la enfermedad avanza en el tiempo. Otras propuestas teóricas vienen a confirmar lo señalado, es el caso de Obler y Albert (1984: 248). Por su parte, Álvarez (2002: 81) añade que la segunda fase puede durar hasta 10 años y es posible que la persona manifieste, de manera independiente y en distintos grados, afasias, apraxias y agnosias. Donoso (2003: 15) coincide en la sintomatología apráxica de la segunda fase y añade

la aparición del síndrome de Gerstmann, enfermedad neurológica del lóbulo parietal, caracterizado principalmente por trastornos de la escritura, que pueden llegar a agrafia. Murray (2010: 930) precisa las alteraciones lingüísticas de la fase inicial, señalando la menor informatividad lingüística que se refleja en enunciados incompletos e incoherentes, la mayoría de las veces, repetitivos, corroborando lo ya expresado por Cullell, Bruna y Puyuelo (2006: 231). Estos últimos han manifestado que desde fases tempranas de la enfermedad podían aparecer dificultades en el uso del lenguaje —incluso antes de evidenciarse alguna de las manifestaciones clínicas que caracterizan el inicio del deterioro más perceptible. Finalmente, Pérez Mantero (2012: 225) señala que son los niveles foneticofonológico y morfosintáctico los que se encuentran más preservados hasta la fase última de la enfermedad.

#### 2.4. *Déficits lingüísticos asociados a la enfermedad de Alzheimer en sus diferentes etapas*

Como hemos expresado más arriba, la sintomatología lingüística acompaña a la enfermedad en sus diferentes fases; por ello, junto al tratamiento farmacológico, es necesaria la intervención cognitiva para manejar las capacidades afectadas (Villar & Triadó, 2006: 349), entre las que se encuentran las lingüísticas (Álvarez, 2002: 30), con objeto de mejorar la calidad de vida del hablante enfermo (García & Estévez, 2002: 4). La anomia, la fluidez verbal reducida y el incremento en los errores parafrásticos son cada vez más frecuentes en el transcurso de la enfermedad (Facal, González, Buiza, Laskibar, Urdaneta & Yanguas 2009: 10): la fluidez semántica es la afectada al inicio, presentándose anomias semánticas, afasias con repetición conservada, agramatismo y, posteriormente, dificultad para la comprensión y la repetición (Cullell *et al.*, 2006: 233); a partir de cierto punto, la fluidez verbal llega a ser tan escasa que impide al paciente tener cualquier tipo de comunicación (Chapman & Ulatowska, 1997: 160).



De este panorama surge la necesidad de precisar los déficits lingüísticos asociados a la enfermedad en sus diferentes fases; primero, porque el perfil lingüístico de la DTA se diferencia sustancialmente del de otras patologías, como la afasia (Pérez Mantero, 2014: 101) y, segundo, porque es necesario diseñar la actividad terapéutica no farmacológica adecuada para cada caso (Rodríguez, Martínez & Valles, 2015: 42).

La evaluación de las habilidades comunicativas es fundamental para el diagnóstico inicial de una DTA; la razón estriba en que al principio de la enfermedad es muy difícil diferenciarla del proceso normal de envejecimiento. Schröder, Wendelstein y Felder (2010: 360–361) indican que, antes de que aparezca el déficit de memoria, los primeros signos son las alteraciones discursivas. En su estudio compararon la producción discursiva de un conjunto de personas que posteriormente desarrollarían una DTA, con un grupo control que no la padecería. Constataron que el contenido proposicional y la complejidad gramatical de las narraciones de ambos grupos diferían entre sí; el primer grupo presentó una complejidad gramatical inferior al segundo.

Así, en la etapa inicial que suele durar entre 2 y 5 años, las primeras dificultades lingüísticas que suelen aparecer son los problemas de denominación (Bayles, 1984: 230); la imprecisión en el uso de la capacidad lingüística y, en consecuencia, la aparición de una ligera verbosidad o logorrea; y la disminución de las habilidades pragmáticas, sobre todo las relacionadas con los inicios del habla y la detección de los recursos humorísticos e irónicos. Donoso (2003: 14), en línea con lo señalado por Bayles, precisa que los principales trastornos del discurso que se producen en esta etapa son: “la imprecisión o perseverancia en el contenido, las faltas de coherencia, las dificultades en la comprensión de discursos de cierta complejidad, y la discreta anomia que se confunde con la amnesia”. Álvarez (2002: 32) y Pérez Mantero (2012: 229), por el contrario, sostienen que la principal dificultad lingüística de esta primera fase consiste en la imposibilidad de encontrar las palabras para definir un objeto o una situación, debido, sobre todo, al dete-

rioro de funciones cognitivas que requieren procesos mentales complejos, como es el caso de la memoria (Pérez Mantero, 2015: 2).

La etapa moderada, que puede llegar a durar hasta 10 años, se caracteriza por un agravamiento de los déficits comunicativos que ya se daban en la fase anterior (Bayles, 1984: 231); a saber, las alteraciones en el nivel semántico: dificultad para recuperar la palabra adecuada al contexto, lo que provoca la creación de numerosos neologismos y convierten al discurso del paciente en una jerga; abundantes parafasias semánticas; mayor brevedad de las construcciones sintácticas, muchas de ellas caracterizadas por la presencia de un alto número de circunloquios motivados por la dificultad para encontrar las palabras; problemas en la comprensión verbal que se hacen más evidentes, y, finalmente, dificultades en la expresión escrita, con agrafías debidas a la adición, sustitución y omisión de letras. Como consecuencia, los déficits en la comprensión se agudizan en esta etapa, ya que la capacidad del paciente para entender y repetir lo que se le dice es ya inexistente (Álvarez, 2002: 46).

La etapa avanzada tiene una extensión temporal muy variable. En esta fase, el paciente se instala en una situación de apatía que presenta como repercusión lingüística un notable retroceso en el uso espontáneo del lenguaje (Bayles, 1984: 232). Los errores en la producción se hacen frecuentes, hay un aumento de los casos de anomia, y se producen parafasias fonológicas (Pérez Mantero, 2012: 228). El discurso aparece repleto de repeticiones (Pérez Mantero, 2012: 234), ya sean ecolalias (repetición involuntaria del discurso ajeno) o perseverancias (repetición de sintagmas ya dichos anteriormente por la persona) y glosomanías (desarrollo exclusivo de los temas de conversación preferidos). En el caso de la sintaxis, la pobreza expresiva se manifiesta como una abundancia de estereotipias (repetición involuntaria de ciertas unidades lingüísticas). En el caso de la comprensión, la alteración es tal que en ocasiones el hablante enfermo no puede entender órdenes sencillas.

Las habilidades pragmáticas se muestran también muy deterioradas, hasta el punto de que no existe iniciativa comunicativa. En muchos casos, el hablante no responde ya a preguntas y puede caer en un estado de mutismo, interrumpido únicamente por palabras sueltas, sílabas y gruñidos, lo que conduce, al final, a una pérdida total de la capacidad lingüística (Deramecourt, Lebert, Debachy, Mackowia-Cordoliani & Bombois, Kerdraon, Buée, Mauraige & Pasquier, 2010: 42).

Como conclusión, podemos decir que los déficits lingüísticos asociados al Alzheimer afectan a nivel semántico y pragmático. En contraste, los niveles foneticofonológico y morfosintáctico se encuentran relativamente preservados hasta la última fase de la enfermedad (Appell, Kertesz & Fisman, 1982: 81). Esto incluye la articulación de palabras y el reconocimiento de fonemas, así como la concordancia gramatical y el orden de palabras, que no presentan ningún problema. La razón es que dichos componentes lingüísticos están situados en áreas temporales y frontales del hemisferio cerebral dominante, generalmente el izquierdo —no afectadas por la DTA, que altera las zonas posteriores de la corteza cerebral.

Algunos trabajos que abordan los déficits lingüísticos en hablantes con DTA son el de Hutchinson y Jensen (1980), orientado a la cuantificación de los actos de habla directivos en pacientes en contraste con la producción de sujetos de edad avanzada de un grupo control; el de Appell *et al.* (1982), centrado en el estudio de la dificultad que presentan para reconocer actos de habla indirectos y usar implicaturas conversacionales; el de Ripich y Terrell (1988), que aborda la falta de coherencia y alta frecuencia de cambios de turno conversacional; el de García y Joannette (1997), que analiza la dificultad para introducir un nuevo tema de conversación o información nueva; el de Müller y Guendouzi (2005), sobre la falta de coherencia en los discursos producidos, entre otros.

### 3. Método

#### 3.1. *Presentación del caso*

Nuestra paciente, C. S., es una mujer de 84 años, casada y madre de seis hijos. Realizó estudios básicos sin tener escolarización completa, y fue ama de casa hasta que comenzó a padecer la enfermedad. Su familia no presenta antecedentes clínicos relacionados con la enfermedad de Alzheimer. Como consecuencia de un cuadro confusional y la identificación de deterioro cognitivo progresivo, fue diagnosticada de DTA en el año 2014 y, al momento de este estudio, se encontraba en el estadio 5/6 sobre 7, según la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg, Ferris, de Leon y Crook (1982); en el estadio de deterioro cognitivo moderado, con 5 errores sobre 10, del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), desarrollado por Pfeiffer (1975), y en el estadio 2 del Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes, Berg, Danziger, Coben y Martin (1982). En esta etapa mostraba una conducta totalmente dependiente de otros para realizar actividades de su vida diaria —según confirman los resultados obtenidos en el Barthel Index (BI, Mahoney & Barthel, 1965)—; y, aunque seguía residiendo en su domicilio habitual, recibía asistencia domiciliaria. Durante los días laborables, alguno de sus hijos la acompañaba en casa y pasaba las noches con ella. Los fines de semana solía quedarse en la casa de otra de sus hijas. Sus hábitos de sueño tenían un patrón regular debido a la medicación que tomaba para ello.

Los problemas que presentaba nuestra paciente eran los siguientes: sufría un déficit cognitivo moderado; prueba de ello era la escasa conciencia sobre aspectos de su vida cotidiana. En ocasiones presentaba atisbos de lucidez con respecto a recuerdos lejanos, principalmente acontecimientos de su juventud, pero no recordaba nada de lo sucedido minutos antes y solía repetir una misma pregunta en múltiples ocasiones y a intervalos muy reducidos de tiempo. La paciente todavía no mostraba dificultad para reconocer

a las personas y tampoco había perdido la capacidad para comportarse correctamente, aunque presentaba una actitud infantil en su interacción social.

### 3.2. *Historia clínica*

El padecimiento comenzó a presentarse en 2013, cuando la paciente tenía la edad de 79 años y empezó a identificar que experimentaba lagunas en su memoria, como el olvido de palabras conocidas o la ubicación de objetos de uso común.

Su primera consulta médica en el servicio de neurología fue en febrero de 2014, luego de identificarse un agudizamiento del deterioro cognitivo de la paciente durante los últimos tres meses. Durante esta etapa, los fallos mnésicos de la paciente se hacían cada vez más evidentes: comenzaba a olvidar los nombres de lugares en los cuales había estado y nombres de algunas personas; tampoco recordaba dónde había dejado objetos y empezaba a tener problemas con la realización de tareas cotidianas. Asimismo, presentaba reiteración, es decir, formulación repetida de la misma pregunta. La paciente no había salido a la calle desde hacía cinco meses, situación que coincidía con el deterioro físico y mental de su marido, enfermo de Parkinson. En este punto aún realizaba tareas domésticas y se dedicaba al cuidado de su esposo. No presentaba alteraciones lingüísticas.

En esta primera consulta, el especialista realizó diversas pruebas de memoria a la paciente, las cuales consistían en la repetición de frases e identificación de dibujos. Además, le preguntó sobre su vida, haciendo hincapié en su infancia y juventud. La paciente contestó correctamente la mayoría de las pruebas, pero falló en ciertas cuestiones. En la Mini-Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975), presentó una puntuación de 26 sobre 30; en el Test del dibujo del reloj (TDR) (adaptación del Clock Drawing Test (CDT) hecho por Cacho, García, Arcaya, Vicente & Lantada, 1999) obtuvo una puntuación de 10 sobre 10; en

el Blessed Dementia Rating Scale (BDRS, Blessed, Tomlinson & Roth, 1968), 1-2-3; y en el Geriatric Depression Scale de Yesavage (Martínez de la Iglesia, Onís, Dueñas, Albert, Aguado & Luque, 2002, para la versión española), presentó una puntuación de 10 sobre 15. El juicio clínico resultante fue de deterioro cognitivo asociado a depresión.

Tras esta primera consulta, el neurólogo le informó a la paciente que sería conveniente realizarle una tomografía axial computarizada (TAC) para descartar síntomas de infarto, algún tipo de lesión cerebral o ciertas anomalías cerebrales que pudieran ser ocasionadas por el deterioro cognitivo de la paciente y que podrían desarrollar posteriormente la enfermedad de Alzheimer. El especialista también propuso un tratamiento antidepresivo y mantener la vigilancia en el estudio de su demencia.

En la siguiente consulta, el neurólogo informó que no había evidencia de tumores, aunque sí indicios de pequeñas lesiones hipodensas en ambos núcleos caudados, sugerentes de infartos lacunares. Asimismo, señaló la presencia de signos de enfermedad vasculodegenerativa crónica, todo esto constató la evidencia de la disminución del nivel de las funciones mentales.

En noviembre de 2014 se diagnosticó a la paciente DTA. En este punto todavía salía sola a la calle, hacía las compras y manifestaba no tener problemas con el manejo del dinero. Sin embargo, había dejado de cocinar. La paciente vivía sola en su casa, comía con sus hijos y visitaba regularmente a su marido, ingresado en una residencia de ancianos. Había sufrido dos caídas en los últimos diez días previos a la consulta, en uno de los percances golpeó su cabeza y aunque no perdió la conciencia, tuvo una herida que precisó sutura.

A partir de entonces, y tras la muerte de su marido, los problemas se fueron agravando. Cada vez eran más frecuentes las dificultades para hacer la compra, calcular el dinero o realizar simples actividades del hogar sin la ayuda y supervisión de alguien, entre otros problemas. Por este motivo, su familia decidió solicitar ayu-

da para su supervisión y contrató a uno de sus familiares para que pasara tiempo con ella, le hiciera la compra, organizara su medicación, etcétera. La paciente se encontraba desorientada la mayoría de las veces, sobre todo en aspectos temporales, y comenzaba a olvidar datos importantes, asimismo, experimentaba cambios importantes en sus patrones de sueño.

Tras ser diagnosticada de la enfermedad, el deterioro de la memoria fue en aumento, lo que provocó cambios en su comportamiento social, que se mostraba cada vez más apático. La paciente no podía recordar lo que se le decía minutos antes y repetía constantemente la misma pregunta, cuya respuesta olvidaba en segundos.

Con el transcurso del tiempo, los cambios en su nivel cognitivo fueron cada vez más visibles, así como la escasez de sus capacidades mentales e intelectuales. Pese a esto, llevaba una vida relativamente normal: se levantaba a las 9:30, y a partir de esa hora convivía con el familiar cercano que se encargaba de acompañarla y ayudarla con distintas tareas.

En mayo de 2018, la paciente sufrió una caída y se fracturó el hombro. A partir de entonces, la vida doméstica se complicó y luego de que la paciente pasara unos días en casa de su hija, los familiares consideraron que era mejor que permaneciera en su propia casa, con objeto de no romper su rutina cotidiana. Para ello, contrataron a una persona con experiencia en el cuidado de enfermos. Durante todo este tiempo, tanto los acompañantes como sus hijos conversaban constantemente con la paciente, estimulando así sus capacidades lingüísticas.

Podemos finalizar afirmando que, en el caso de nuestra hablante enferma, confluyen los problemas vasculares con los de tipo alzhéimer, presentando una demencia mixta con implicaciones lingüísticas. Y, puesto que los déficits lingüísticos ocurren principalmente en el nivel lexicosemántico y en el componente pragmático, su investigación atañe a una de las áreas de estudio más recientes de la lingüística aplicada: la lingüística clínica.

### 3.3. Instrumentos

Como hemos señalado, los pacientes con DTA presentan alteraciones que competen al campo de investigación de la lingüística clínica. A esto se añade el auge de los estudios pragmalingüísticos en las últimas décadas (Patry & Nespoulous, 1990: 21). Ambas perspectivas plantean, frente a la tendencia tradicional que propone una serie de tests para el estudio del uso potencial del lenguaje (Muñoz & Melle, 2004: 852 y ss.), la necesidad de considerar, además, el análisis del uso lingüístico real, ya que el paciente con DTA puede conservar la competencia morfosintáctica casi intacta, pero mostrar importantes déficits de competencia tanto lexicosemántica como pragmática —ambas relacionadas con el estado cognitivo del hablante (Ivanova, García Meilán, Martínez-Nicolás & Llorente, 2020)— que dificultan la interacción comunicativa.<sup>1</sup> Por ello consideramos, siguiendo a Perkins y Howard (2011: 111), que, a pesar de la distinción de dos perspectivas en la lingüística clínica, en principio enfrentadas —la llamada gramatical, desarrollada en la década de los 70 y centrada en el estudio de los déficits lingüísticos a partir de la teoría chomskiana (Crystal, Fletcher & Garman, 1976; Crystal, 1982, entre otros), y la pragmática, iniciada en la década de los 80 y centrada, en este caso, en la evaluación de los trastornos de la relación entre los enunciados gramaticales y la intención comunicativa—, dichos planteamientos no son excluyentes y deben considerarse complementariamente. Esto en línea con los estudios que, desde el principio del 2000, reconocen la importancia del hemisferio derecho en la organización discursiva y en la interpretación tanto de implicaturas conversacionales como de actos de habla indirectos y del uso figurado del lenguaje (Myers, 2001).

<sup>1</sup> Consideramos la distinción de base chomskiana propuesta por Gallardo (2002: 135) entre *competencia gramatical*, que afecta a las estructuras de la lengua: fonética y fonología, morfología y sintaxis, lexicología y semántica, y *competencia pragmática*, que afecta a la interacción entre gramática, memoria y lógica, y está relacionada con las habilidades comunicativas propiamente dichas.



Como podemos observar, cada vez se otorga más importancia a la evaluación de las habilidades comunicativas en esta clase de déficits. En la misma línea, Manochiopinig, Sheard y Reed (1992: 521) establecieron distintas perspectivas para la clasificación de los reactivos que pueden usarse en la evaluación de dichas habilidades:

- 1) Los perfiles de eficacia comunicativa que, a partir de enfoques funcionalistas, se basan en la observación de actividades comunicativas mediante la aplicación de cuestionarios y entrevistas. Gallardo (2006: 137–141) hace un recorrido exhaustivo por todas ellas, nosotros destacamos aquí las siguientes: Communicative Abilities in Daily Living (CADL), de Holland (1980), por su evaluación de la eficacia comunicativa del hablante enfermo en el desempeño de actividades de su vida cotidiana; Mini-Inventory of Right Brain Injury (MIRBY), de Pimental y Kingsbury (1989), por su valoración no solo del procesamiento verbal sino también de aspectos afectivos y emocionales; Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS), de Frattali, Thompson, Holland, Wohl y Ferketic (1995), por su evaluación de las dimensiones cualitativas de la comunicación, y The Functional Communication Profile Revised (FCP-R), de Kleiman (2003), en este caso, por su valoración global de la funcionalidad comunicativa.
- 2) Los perfiles pragmáticos, elaborados a partir de datos tomados de conversaciones. Gallardo (2006: 141–150) recoge más de 20. Podemos destacar de entre ellos los siguientes: Protocolo pragmático (PP), de Prutting y Kirchner (1983), por su carácter pionero al considerar categorías pragmáticas concretas; Right Hemisphere Language Battery (RHLB), de Bryan (1989), por constituir un verdadero test de pragmática; Discourse Abilities Profile (DAP), de Terrill y Ripich (1989), por su valoración de superestructuras textuales, y Activity Based Communication Approach (ACA), de Ahlsén (1995), por su incorporación de los pre-

supuestos teóricos de la pragmática enunciativa y del análisis conversacional.

- 3) Los perfiles mixtos, que mezclan técnicas de observación ecológicas con cuestionarios. Al ser la DTA una patología de carácter progresivo, el estudio de las alteraciones lingüísticas debe realizarse considerando las distintas fases de la enfermedad. En el mismo sentido, estudios recientes han incorporado la aplicación de tests estandarizados (por ejemplo, el Test de Boston) para el análisis del progreso en el deterioro de cada una de las áreas del lenguaje en las diferentes etapas (Aranda, Gordillo, Enamorado & López, 2017: 111–120)

En nuestro caso, emplearemos otro test de perfil mixto, el Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona (PIEN, Peña, 1990), con el único objeto de resaltar aquellos valores lingüísticos que se encuentran significativamente fuera de la normalidad en nuestra hablante enferma. Aunque su fundamento se base aún en una concepción gramaticalista (Gallardo, 2002: 143), este test incorpora elementos que permiten establecer eficazmente un perfil de comunicación, que se nutre con elementos de base léxica y morfosintáctica. Nuestra elección del test —inspirado en el de Boston— también se fundamenta en que cumple satisfactoriamente una serie de requisitos necesarios para una correcta valoración neuropsicométrica de la demencia; a saber, formales —debido a las limitaciones de tiempo de la clínica, se recomienda que sean breves—, aceptabilidad por parte de los pacientes, simplicidad, facilidad de administración y puntuación, y, sobre todo, idoneidad, factibilidad y utilidad (Peña, Monllau & Gramunt, 2007: 303). Además, su valor es innegable para el control evolutivo de las patologías (Gallardo, 2002: 144).<sup>2</sup>

<sup>2</sup> No es objetivo de este trabajo desarrollar la planificación exhaustiva de la intervención logopédica posible según la fase de la enfermedad en que se encuentra

Siguiendo las reflexiones previas, nos centraremos en algunas pruebas tanto de la expresión como de la comprensión oral con el fin de valorar las competencias antes señaladas. En primera instancia, para la valoración del lenguaje espontáneo, se optará por pruebas que incluyan conversaciones, narraciones temáticas y descripciones de láminas, en las que se puntuará la fluencia y el contenido informativo, así como la prosodia y la orientación. Realizaremos también pruebas de lenguaje automático y control mental, que involucran la compleción de series en orden directo e inverso. En segundo lugar, para la evaluación de la comprensión verbal, utilizaremos test y ejercicios con láminas, solicitando a la hablante enferma que señale algunos elementos en las imágenes y que cumpla ciertas instrucciones —ordenadas de simples a complejas—, con el propósito de observar sus reacciones. Además, se conducirán exámenes de repetición verbal —de sílabas, pares de sílabas, pares mínimos de palabras, errores semánticos y frases con distintos niveles de dificultad— y preguntas con material verbal complejo. En este caso el objetivo pragmático es el de realizar un análisis cualitativo del déficit, registrando la colaboración e interacción comunicativa de la paciente o la ausencia de la misma —ya sea por defecto importante de atención, inhibición, trastorno de conducta, etcétera.

A continuación, desarrollaremos las pruebas realizadas.

### 3.3.1. Pruebas de expresión oral

En las pruebas de expresión oral valoramos el lenguaje espontáneo, la prosodia, la orientación y el lenguaje automático-control mental.

- 1) Para evaluar el lenguaje espontáneo aplicamos las siguientes pruebas, en las que examinamos la capacidad verbal de la paciente en distintas situaciones, así como el contenido

---

nuestra hablante enferma, sin embargo, no descartamos que pudiera constituir un eje importante de futuras investigaciones.

de la información. Asimismo, nos ayudamos de grabaciones que nos permitieron valorar de manera adecuada el uso que hace de su capacidad de lenguaje durante aproximadamente 5 minutos.

- a) Mediante preguntas, se evaluó la narración o conversación sobre información personal (nombre, edad, profesión, domicilio, familiares). Se observó la capacidad verbal y no la veracidad de las respuestas del paciente, lo que corresponde a la prueba de orientación. La puntuación fue de 1 punto por cada respuesta correcta y bonificaciones según el lenguaje presentado haya sido fluente, pero con pérdida de información, o de uso normal con contenido informativo completo. El puntaje máximo era de ocho puntos.
- b) Se valoró la narración temática —por ejemplo, sobre el bosque—, haciendo referencia a distintos campos semánticos relacionados con el tema en cuestión. Esta narración podía dividirse en fragmentos o elementos de información (semánticos). Durante la prueba era posible ayudar a la paciente mediante preguntas si no lograba referirse a todos los aspectos fijados. La puntuación en esta prueba fue de cero a seis puntos, siendo el cero una no comunicación por reducción; el 1, un lenguaje no fluente con palabras aisladas e información adecuada a la reducción; el 2, un lenguaje no fluente, agramatical, con información coherente con el grado de afectación expresiva y sin aparición de elementos anómalos; el 3, un lenguaje fluente de tipo afásico, con reducción de la comunicación de contenidos por la presencia de distintos grados de parafasias y dificultad en la evocación de palabras; el 4, un lenguaje cualitativamente fluente no afásico con pobreza y errores de contenidos, sin narración desarrollada; el 5, un lenguaje fluente no

- afásico, con anomias discretas o circunloquios, con pérdida de información moderada, sin errores importantes de contenido y con información incompleta de los aspectos solicitados, y el 6, un uso normal del lenguaje, con información completa sobre todos los aspectos solicitados.
- c) Se examinó la descripción de una lámina con el fin de que la hablante hiciera referencia a elementos semánticos parciales de la imagen. También era posible ayudar a la paciente durante el test con respuestas elaboradas. La puntuación de esta prueba fue la misma que en la anterior (del 0 al 6), y evaluó el uso que hace del lenguaje el paciente, entre el fluente tipo afásico o no afásico, el no fluente o el normal.
- 2) En segundo lugar, valoramos la prosodia con una prueba ligada a la anterior, con el objetivo de examinar el ritmo y la melodía que posee el paciente; esto es, la capacidad que tiene de modificarlos durante los intercambios comunicativos. La puntuación de esta prueba era de 0 a 3 en ambos aspectos. En el caso del ritmo, el 0 indicaba su ausencia; el 1, una reducción moderada, parecida a la tartamudez, con silencios inadecuados; el 2, una reducción discreta, y el 3, normalidad. En el caso de la melodía, el 0 expresaba una ausencia o alteración considerable; el 1, monotonía importante, el 2, alteración leve, y el 3, normalidad.
- 3) En tercer lugar, evaluamos la orientación en tres apartados:
- a) Orientación en persona. Realizamos a la paciente preguntas sobre sí misma, como su nombre, edad, lugar y fecha de nacimiento, familiares, dirección y profesión. Esta prueba tuvo un máximo de siete puntos, uno por cada respuesta correcta.

- b) Orientación en lugar. Cuestionamos a la paciente sobre el lugar donde se realizaba la intervención, su domicilio o el nombre del establecimiento en el que se encontraba. La paciente tuvo que responder a cinco preguntas; por cada acierto se asignó un punto, siendo el puntaje máximo de cinco.
  - c) Orientación en tiempo. Realizamos una serie de preguntas a la paciente con respecto al día de la semana, mes, año, hora, actuales. La puntuación máxima era de 23 puntos repartidos en seis apartados sobre los que se pregunta: día del mes, mes, año, día de la semana, hora y parte del día (mañana, tarde o noche).
- 4) En cuarto lugar, valoramos el lenguaje automático-control mental mediante una prueba que evalúa la capacidad de decir en orden directo e inverso la serie del 1 al 20, los días de la semana y los meses del año. En esta prueba usamos una grabadora para mantener un registro de las respuestas. También se documentó el tiempo empleado por la paciente para realizar la prueba. La puntuación sin tiempo era de 3 puntos y la puntuación con tiempo variaba según el orden fuera directo o inverso. En el orden directo el máximo era de seis puntos y no se podía superar los ocho segundos; en el orden inverso también había un máximo de seis puntos, pero el tiempo podía llegar a los 15 segundos.

### 3.3.2. Pruebas de comprensión oral

En el caso de la comprensión oral, valoramos:

- 1) Repetición verbal. Se pidió a la paciente la repetición de ciertos ítems sin presentar modificaciones. El test se compuso de seis apartados: repetición de 8 sílabas, 8 pares de sílabas, 8 logatomos, 8 pares mínimos de palabras, 10 pa-

labras y 9 frases que sumaban un total de 60 palabras. En esta prueba el examinador tenía que cubrir su boca para evitar que la paciente leyera sus labios, sobre todo en el caso de la repetición de sílabas. También se hizo uso de una grabadora. Se asignaba un punto por cada elemento correctamente repetido, y se retiraba uno si el paciente añadía alguna palabra a lo que se le había dicho o si alteraba el orden de las palabras. La puntuación máxima que se podía alcanzar en cada apartado era de 8 puntos en sílabas, pares de sílabas, pares mínimos de palabras y logatomos; 10 puntos en el caso de las palabras y 60 en el de frases.

- 2) Repetición de error semántico. Se solicitó a la paciente la repetición de 10 frases con errores semánticos y se valoraron sus cambios, es decir, se registró si se daba cuenta de las fallas y si esto modificaba su conducta. En esta prueba fue importante no permitir que la paciente hiciera chistes o comentarios, en tal caso, se le pidió que se concentrara en continuar el ejercicio. La puntuación osciló entre 0 y 4 puntos, siendo 0 cuando la paciente se negaba a repetir y hacía comentarios; 1, cuando presentaba la misma actitud pero conseguía la repetición de las frases o de alguna de ellas; 2, si formulaba frases interrogativas, presentaba humor fuera de lugar y repetía a regañadientes, aunque con cierto grado de control; 3, cuando repetía las frases y añadía comentarios discretos o moderados, y 4, cuando repetía normalmente. En (1) citamos un ejemplo de esta prueba.

- (1) a. La leche es negra.  
b. Los aviones van por el mar.  
c. El azúcar es salado.

- 3) Comprensión verbal. Se evaluó mediante las siguientes pruebas.

- a) Señalamiento de imágenes. En esta prueba la paciente debía señalar en una lámina ciertos elementos. La puntuación varió según el tiempo empleado en la identificación, siendo 30 segundos el máximo por elemento. La parte directa tenía como puntuación máxima 12 puntos —uno por cada respuesta correcta—; la parte cronometrada tenía como máximo 36 puntos, la puntuación dependía de los segundos que tardaba la paciente en contestar o señalar cada dibujo, esto se cronometraba a partir de los primeros 5 segundos.
- b) Señalamiento de partes del cuerpo. La paciente debía señalarse partes del cuerpo que se le indicaban. Se evaluó tanto la respuesta como el tiempo empleado, con un máximo de 30 segundos por parte. La puntuación directa era de un punto por cada acierto, teniendo como máximo 6 puntos, y la puntuación según el tiempo tenía las mismas pautas que el inciso anterior, con un puntaje máximo de 18 puntos.
- c) Comprensión y realización de órdenes verbales. En esta prueba se dieron ciertas órdenes a la paciente y se observó el modo y tiempo de ejecución, el tiempo máximo era de 30 segundos por orden. Se asignaba 1 punto por cada acción realizada de manera correcta; 16 era el puntaje máximo.
- d) Material verbal complejo. Esta prueba evaluó el tiempo que tardaba la paciente en responder a preguntas cerradas (sí/no); el tiempo máximo por pregunta era de 30 segundos. La puntuación directa era de 1 punto por cada respuesta correcta —el puntaje máximo era de 9—, y, en el caso de la parte cronometrada de la prueba, la puntuación variaba según el intervalo de segundos empleados: si requería 5 segundos se le daban 3 puntos, si tomaba entre 5 y 10 segundos, dos puntos; entre 10 y 30 segundos, un punto; o más de 30 segundos, ningún punto, hasta llegar a un máximo de 27 puntos.



## 4. Resultados

A continuación, presentamos los resultados de cada una de las pruebas.

### 4.1. Expresión oral

Como indicamos previamente, las pruebas de expresión oral nos permitieron evaluar la capacidad comunicativa de nuestra hablante enferma. Al inicio, y con el objetivo de crear un ambiente distendido previo a la realización de las pruebas, se llevó a cabo el primer *subtest* del Test Barcelona. A continuación (Figura 1) mostramos las puntuaciones obtenidas en cada una.

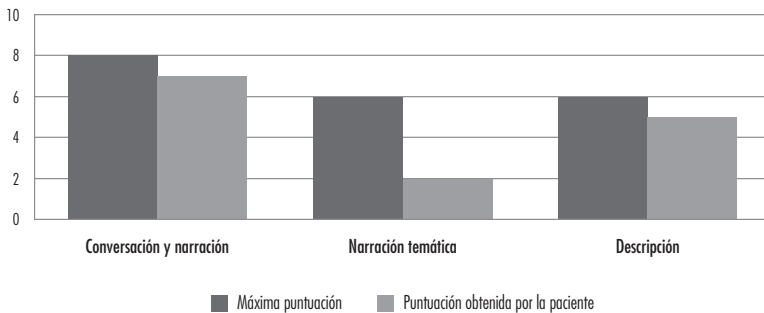


FIGURA 1. Valoración del lenguaje espontáneo a partir del análisis de la conversación, narración y descripción de láminas

Las pruebas de conversación solo ponen de relieve que la hablante enferma tiene capacidad verbal, independientemente de la corrección real del contenido informativo. En el caso de la narración temática, prueba en la que nuestra hablante presenta la menor puntuación (2/6), podemos observar un lenguaje no fluente, así como un uso muy reducido de la capacidad lingüística y pobreza expresiva del contenido informativo, acordes con el grado de afectación de la demencia. En la descripción de la lámina, en la cual la paciente consigue cinco de seis puntos, se entrevé una pérdida de

información discreta, con algunas anomias —provocadas por las dificultades para el acceso al léxico (Pérez Mantero, 2017: 191)— y circunloquios —que implican el reconocimiento de la hablante de sus problemas comunicativos (Hamilton, 1994: 50). En todos estos ejercicios presenta un contenido informativo de 7 sobre 10 y una fluencia de 8 sobre 10 —lo que sugiere un deterioro del conocimiento semántico en lugar de un déficit en el acceso léxico (Nakamura, Nakanishi, Hamanaka, Nakaaki & Yoshida, 2000).

Con respecto a la valoración de la prosodia, en la prueba de ritmo, la paciente obtuvo una puntuación de dos puntos sobre tres, y en la de melodía, de tres sobre tres, como puede verse en la Figura 2.

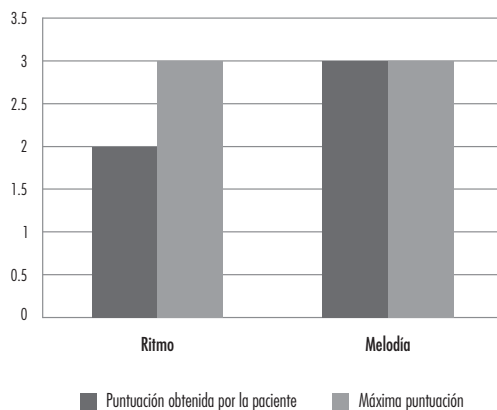


FIGURA 2. Valoración de la prosodia a partir del estudio del ritmo y la melodía

Puede apreciarse que el ritmo de la paciente es casi normal, solo con algunas reducciones discretas. Según Pérez Mantero (2017: 217), es el tipo de acontecimiento comunicativo el que influye en un mayor o menor ritmo conversacional (no es lo mismo una charla entre miembros de una familia, en la que la sucesión de turnos es bastante rápida, que una grabación en la que participa una persona con demencia, a la que se permite que hable todo lo que quiera). También su melodía entra en el rango de la normalidad. En am-

bas pruebas pudimos observar la disminución de sus habilidades pragmáticas —sobre todo las relacionadas con los inicios del habla— y la detección de recursos humorísticos e irónicos durante la conversación.

Para el caso de las pruebas sobre orientación, presentamos la puntuación obtenida en la Figura 3.

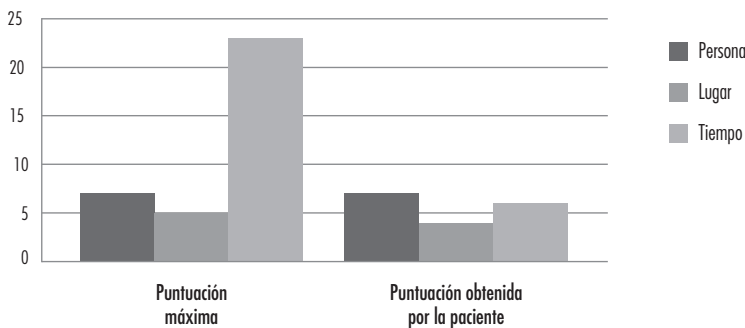


FIGURA 3. Valoración de la orientación personal, espacial y temporal

Como puede observarse, la orientación de la paciente sobre su persona está dentro de la normalidad. Sin embargo, la orientación sobre el lugar es ya deficitaria y la orientación temporal se presenta bastante trastocada —de 23 puntos posibles, obtiene solo 6. Como reconoce Gallardo (1998: 64), con el transcurso del tiempo, la pérdida de la orientación interaccional de las intervenciones repercutirá en el sistema de toma de turno. En suma, podemos afirmar que la paciente tiene un concepto deteriorado sobre su mundo y, aunque presenta información sobre su persona, ofrece datos escasos sobre el lugar y el tiempo presente (día, mes, hora, etcétera).

Finalmente, precisaremos los resultados de la prueba de lenguaje automático y control mental. En esta prueba evaluamos la capacidad de decir en orden directo e inverso la serie del 1 al 20, los días de la semana y los meses del año —con y sin control de tiempo. Como se presenta en la Figura 4, en las series de orden directo, la paciente consiguió una puntuación de seis puntos sobre

seis (con tiempo) y de tres sobre tres (sin tiempo); en las series inversas, el puntaje obtenido fue de dos sobre seis (con tiempo) y de dos sobre tres (sin tiempo).

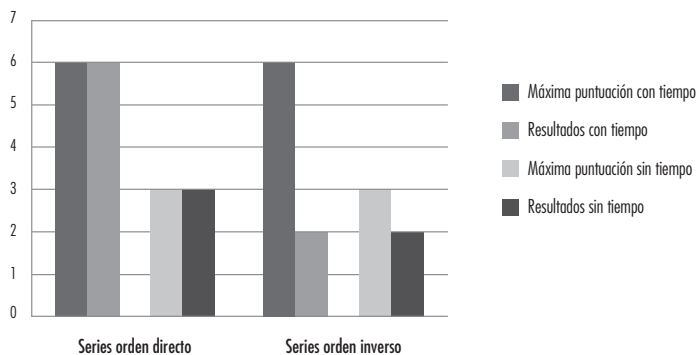


FIGURA 4. Valoración del lenguaje automático y control mental a partir de una serie de órdenes

Como puede apreciarse, el tiempo no es el factor determinante de los errores cometidos por la paciente, sino la complejidad de los enunciados que se le solicitan. Así, en la enunciación que sigue un orden inverso, la paciente presenta mayor dificultad ya sea con o sin el factor tiempo. Sin embargo, y como era esperable, bajo la variable tiempo la paciente obtiene los peores resultados: debido a su problema neurológico, tarda más en emitir los enunciados solicitados y obtiene la mínima puntuación (2/6). Cabe mencionar que el objetivo pragmático de análisis cualitativo del déficit puso de relieve que existía, a pesar de todo, colaboración e interacción comunicativa por parte de la paciente, sin defecto de atención.

#### 4.2. Comprensión oral

En el caso de la comprensión oral, valoramos al principio la repetición verbal; las puntuaciones de la paciente se presentan en la Figura 5. En general, la hablante consiguió puntuaciones acertadas

(prueba de sílabas, pares de sílabas, logatomos, pares mínimos de palabras, etcétera), solo en la prueba de frases obtuvo una puntuación inferior (50/60).

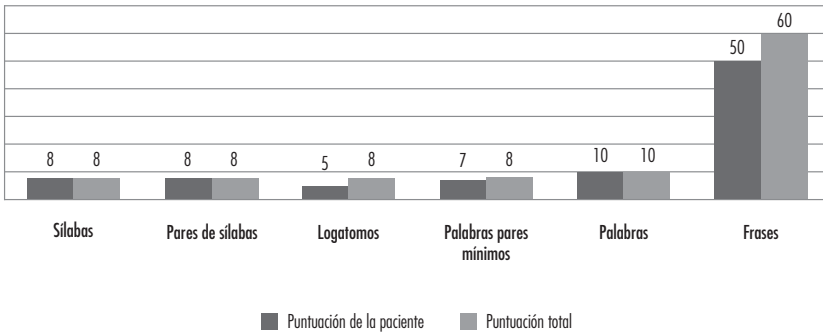


FIGURA 5. Valoración de la repetición verbal de sílabas, logatomos, palabras y oraciones

Encontramos casos de alteraciones fonológicas únicamente en aquellas tareas que implicaban la repetición de frases o pseudo-palabras en contextos experimentales —en este sentido, nuestros resultados coinciden con los de Glosser, Kohn, Friedman, Rhonda, Sands & Grugan (1997). No obstante, cuando se le pidió a la paciente que repitiera frases más largas, mostraba mayor dificultad y olvidaba las últimas palabras de cada oración. Esto nos llevó a concluir que, pese a que comprende lo que se le dice, tiene problemas para reproducirlo íntegramente debido a dificultades de memoria a corto plazo.

En segundo lugar, valoramos la repetición de error semántico. En esta prueba —en que la paciente obtuvo la puntuación máxima (4/4, véase la Figura 6)—, no se observó reacción ante los errores, la hablante se limitó a repetir literalmente todo lo que se le decía. Acorde a lo ocurrido en la prueba anterior, tampoco tuvo dificultades al tratarse de oraciones simples y con un número reducido de unidades. El objetivo pragmático de interacción comunicativa se consiguió también en este caso.

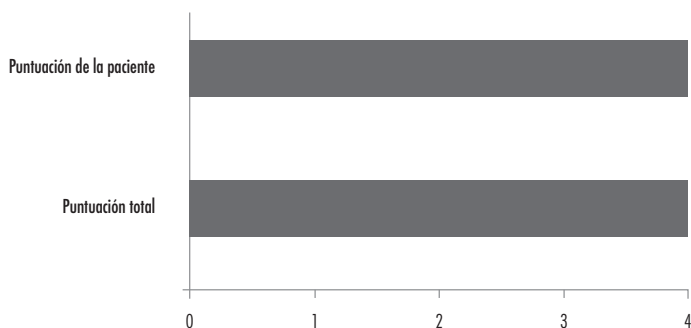


FIGURA 6. Valoración de la repetición de errores semánticos

En tercer y último lugar, presentamos los resultados del test de comprensión verbal en la Figura 7.

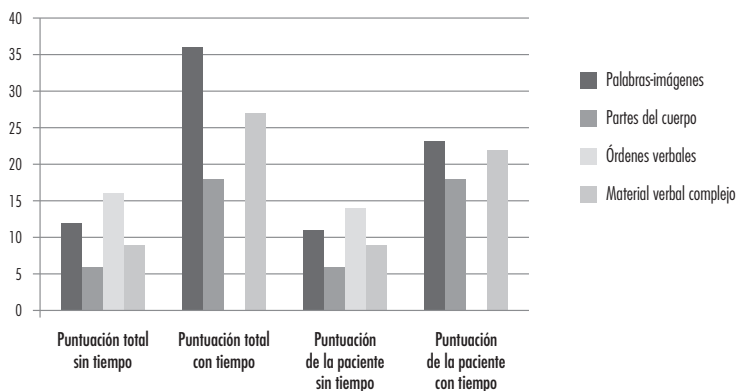


FIGURA 7. Valoración de la comprensión verbal a partir de imágenes, órdenes verbales y material ideativo complejo

Si observamos los datos expuestos en el histograma anterior, podemos comprobar que la comprensión evaluada sin tener en cuenta el factor temporal se encuentra bastante preservada; solo existe una pequeña diferencia entre la puntuación máxima que podía obtener la paciente en la comprensión de órdenes y los puntos obtenidos (14/16). Lo mismo ocurre en el ejercicio de señalamiento de imá-

genes (11/12). En contraste, al valorar el tiempo que emplea la paciente en cada prueba, se evidencia el deterioro cognitivo que produce el lento procesamiento de la información. Esto se presenta en la prueba de identificación de imágenes en una lámina —en la que la paciente obtiene una puntuación inferior (23/36)— y en la de comprensión de material verbal complejo —en la que obtiene 22 de 27. Esto corrobora estudios previos que ponen en relieve la dificultad en la comprensión cuando la sintaxis es compleja (Emery, 1985; Rochon, Waters & Caplan, 1994; Chapman & Ulatowska, 1997). Pese a todo esto, la interacción comunicativa de la paciente es correcta a lo largo del proceso, no presentando disminución en el nivel de vigilancia ni precisando de ninguna estimulación adicional para continuar las pruebas.

## 5. Conclusiones

Concluiremos volviendo a las problemáticas que planteamos al inicio y revisando tanto nuestra hipótesis como los objetivos propuestos. En el caso de las problemáticas, podemos afirmar que:

- 1) Estamos ante una enfermedad incurable, degenerativa y progresiva, causada por la excesiva presencia de placas neuróticas seniles y ovillos neurofibrilares y, a su vez, por una disminución de las proteínas y neurotransmisores.
- 2) La enfermedad presenta diferentes fases; a saber; *inicial*, en la cual las dificultades lingüísticas tardan en aparecer todavía, aunque ya puede apreciarse un uso impreciso del lenguaje y algunos casos de logorrea; *moderada*, en la que se acentúa lo señalado en la fase primera hasta tal punto que el discurso del hablante enfermo puede convertirse en una jerga con parafasias semánticas. Y, finalmente, *avanzada*, en la que el hablante enfermo sufre en el terreno lingüístico de anomias generalizadas y de parafasias fonológicas.

- 3) La sintomatología lingüística acompaña a la enfermedad en sus diferentes fases; de ahí la necesidad de precisar estos déficits lingüísticos en cada una de ellas. Por un lado, porque el perfil lingüístico de la DTA no se parece al de otras patologías, y, por otro, porque es necesario diseñar actividad terapéutica no farmacológica adecuada a cada caso. Según las fases expuestas en el inciso anterior, los principales síntomas lingüísticos que caracterizan las fases inicial-moderada, en la que se encuentra nuestra hablante enferma, son: reducción en la fluidez verbal —consecuencia de dificultades en la comprensión y la repetición—; pobreza expresiva del contenido informativo, que llega incluso a ser repetitivo; uso frecuente de circunloquios; dificultad en la enunciación; incremento de los errores parafásicos, y la disminución de las habilidades pragmáticas —sobre todo las relacionadas con los inicios del habla y la detección de recursos humorísticos e irónicos.
- 4) Los trastornos del sistema nervioso central inherentes a la DTA conllevan también alteraciones en las redes que intervienen en el uso correcto del lenguaje. Dicho de otro modo, la competencia lingüística —tanto gramatical en sentido chomskiano como pragmática— de las personas que padecen esta enfermedad se ve deteriorada en la mayoría de los distintos niveles lingüísticos y en el uso que los hablantes hacen de ellos. De ahí la necesidad, plenamente justificada, de aplicar los presupuestos tanto teóricos como metodológicos de la lingüística clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención de los pacientes con DTA.

Con respecto a la revisión de los objetivos planteados, podemos decir que nuestra propuesta de aplicación de ciertos principios de la lingüística clínica al estudio de la DTA nos permite:

- 1) La revisión desde la interdisciplinariedad de los procesos problemáticos —tanto mecánicos, emisión y percepción



del mensaje, como neuropsicológicos, procesamiento de la información— que entrañan los actos comunicativos, así como el conocimiento del grado de habilidades lingüísticas mantenidas por el hablante enfermo; esto es, su nivel de producción y comprensión lingüística.

- 2) La observación realizada permite establecer estrategias de intervención reales y acordes con las necesidades del paciente, según el nivel de desarrollo de las bases anatómico-funcionales, las dimensiones y procesos del lenguaje, y la conducta lingüística específica que requiere intervención.

En el caso de nuestra hablante enferma, que se encuentra en una fase entre inicial y moderada de la enfermedad, y basándonos en sus déficits lingüísticos, podemos caracterizar su DTA a partir de los siguientes rasgos lingüísticos:

- Interrupción de la fluencia verbal, con un uso muy reducido de la capacidad lingüística y alteraciones en su expresividad discursiva.
- Discurso con contenido informativo de gran pobreza expresiva, pérdida de información discreta, anomias y circunloquios.
- Escasa información sobre el lugar y tiempo correspondiente a sus comunicaciones.
- Dificultad en la enunciación, sobre todo en los casos complejos, como los enunciados de series inversas, debido a su condición neurológica.
- Problemas en la repetición de oraciones de larga extensión, en las que omite las últimas palabras, e incapacidad de reproducir los enunciados debido a dificultades de memoria a corto plazo.
- Lento procesamiento de la información. Aunque la comprensión evaluada sin tener en cuenta el factor tiempo está bastante preservada, la paciente necesita un tiempo adicional para el procesamiento, debido al deterioro cognitivo.

- Disminución de las habilidades pragmáticas, sobre todo las relacionadas con los inicios del habla y la detección de los recursos humorísticos e irónicos.
- 3) Los datos han sido obtenidos mediante la observación, registro y análisis de los comportamientos lingüísticos de la paciente, recogidos de sus producciones orales a través de tareas semidirigidas y de la aplicación de cuestionarios estandarizados —el Test Barcelona fue elegido por su idoneidad, factibilidad y utilidad.
  - 4) Todo ello se ha realizado con el fin de obtener datos precisos que posibiliten la elaboración de un programa logopédico de rehabilitación de carácter holístico y globalizador (Gallardo, 2006: 150), que integre la terapia específica junto al enfoque pragmático —precisamente por la validez ecológica y la flexibilidad de este enfoque (Holland, 1991: 205)—, con el principal objetivo de identificar las conductas que pudieran facilitar una comunicación efectiva. De ahí la necesidad de estudiar el lenguaje en su contexto y valorar los mecanismos que emplean los sujetos que presentan déficit lingüístico para dotar de significado a sus enunciados (Fernández, 2014: 19 y ss.).

Además, coincidimos con Gallardo (2006: 150 y ss.) en que el programa propuesto debe también dar pautas comunicativas eficaces a las personas que se relacionan con estos hablantes —ya sea el personal sanitario o los propios familiares—, a pesar del problema que supone las distintas apreciaciones que este programa pueda recibir tanto de clínicos como de hablantes y allegados (Muñoz & Melle, 2004: 856).

La inclusión del componente pragmático exige, por tanto, que el profesional sepa objetivar las categorías pragmáticas utilizadas por el hablante enfermo (y por él mismo) en la interacción terapéutica (Gallardo, 2002: 159); esto es, el acontecimiento comunicativo,

la toma de turno, el encadenamiento y la predictibilidad, la deixis y la implicatura conversacional, entre otros (Penn, 1999: 541).

Proponemos, para todo ello, tomar como punto de partida el modelo de independencia comunicativa de Ivonne Gillette (2003), por varias razones; a saber, su posible aplicabilidad para la rehabilitación de déficits tanto adquiridos como evolutivos, la negociación que se hace del programa de intervención con el paciente y sus allegados, el uso productivo de gráficos y dibujos que incrementen la comunicación aumentativa, y, lo que es más importante, el hecho de que el modelo persigue que el hablante enfermo desarrolle su actividad comunicativa en contextos reales de uso lingüístico.

## 6. Referencias

- Ahlsén, Elisabeth (1995). Pragmatics and aphasia. An activity based approach. *Gothenburg Papers in Theoretical Linguistics* (vol. 77). Gotemburgo: Universidad de Gotemburgo.
- Álvarez Martín, Carlos (2002). *El Alzheimer. La enfermedad y su entorno*. Madrid: Eneida.
- Appell, Julian; Kertesz, Andrew, & Fisman, Michael (1982). A study of language functioning in Alzheimer patients. *Brain and Language*, 17(1), 73–91.
- Aranda Garrido, Lourdes; Gordillo Villatoro, Macarena; Enamorado, Miguel, & López Zamora, Miguel (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.
- Bayles, Kathryn (1984). Language and dementia. En Audrey Holland (Ed.), *Language disorders in adults: Recent advances* (pp. 209–244). San Diego: College-Hill Press.
- Bekris, Lynn M.; Yu, Chang-En; Bird, Thomas D., & Tsuang, Debby W. (2010). Review article: Genetics of Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(4), 213–227.
- Blessed, Garry; Tomlinson, Bernard, & Roth, Martin (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114(512), 797–811.

- Bryan, Karen (1989). *The right hemisphere language battery*. Londres: Whurr.
- Cacho Gutiérrez, Jesús; García García, Ricardo; Arcaya Navarro, Jesús; Vicente Villardón, José Luis, & Lantada Puebla, Nieves (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648–655.
- Chapman, Sandra B., & Ulatowska, Hanna K. (1997). Discourse in dementia: Consideration of consciousness. En Maxim I. Stamenov (Ed.), *Language structure, discourse, and the access to consciousness* (pp. 155–188). Ámsterdam: John Benjamins.
- Crystal, David (1982). *Profiling linguistic disability*. Londres: Edward Arnold.
- Crystal, David; Fletcher, Paul, & Garman, Michael (1976). *The grammatical analysis of language disability*. Londres: Edward Arnold.
- Cullell Gómez, Noemí; Bruna Rabassa, Olga, & Puyuelo Sanclemente, Miguel (2006). Intervención neuropsicológica y del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer. Descripción de un caso clínico. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(4), 231–238.
- Deramecourt, Vicent; Lebert, Florence; Debachy, Brigitte; Mackowia-Cordoliani, Marie-Anne; Bombois, Stéphanie; Kerdraon, Olivier; Buée, Luc; Mauraige, Claude-Alain, & Pasquier, Florence (2010). Prediction of pathology in primary progressive language and speech disorders. *Neurology*, 74(1), 42–49.
- Donoso, Archibaldo (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 41(2), 13–22.
- Emery, Olga (1985). Language and aging. *Experimental Aging Research*, 11, 3–60.
- Facal Mayo, David; González Pérez, Mari Feli; Buiza Bueno, Cristina; Laskibar García, Iker; Urdaneta Artola, Elena, & Yanguas Lezaun, José Javier (2009). Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: Resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29(1), 4–12.
- Fernández Pérez, Milagros (2014). Lingüística y déficit comunicativos. Lingüística clínica y Logopedia. En Milagros Fernández Pérez (Coord.), *Lingüística y déficit comunicativos. ¿Cómo abordar las disfunciones verbales?* (pp. 19–44). Madrid: Síntesis.
- Folstein, Marshal F.; Folstein, Susan E., & McHugh, Paul R. (1975). “Mini-mental State”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.

- Frattali, Carol M.; Thompson, Cynthia K.; Holland, Audrey L.; Wohl, Cheryl B., & Ferketic, Michelle M. (1995). *American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA FACS)*. Rockville: ASHA.
- Gallardo Paúls, Beatriz (1998). *Comentario de textos conversacionales. I. De la teoría al comentario*. Madrid: Arco Libros.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2002). Fronteras disciplinares: pragmática y patología del lenguaje. En Carlos Hernández Sacristán & Enric Serra Alegre (Eds.), *Estudios de lingüística clínica* (pp. 129–174). Valencia: Nau Llibres.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2006). Más allá de las palabras y la estructura: las categorías del componente pragmático. En Elena Garayzábal (Ed.), *Lingüística clínica y logopedia* (pp. 81–196). Madrid: Antonio Machado.
- García Sánchez, Carmen, & Estévez González, Armando (2002). Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Alzheimer*, 22, 1–10.
- García, Linda J., & Joannette, Yves (1997). Analysis of conversational topic shifts: A multiple case study. *Brain and Language*, 58(1), 92–114.
- Gillette, Yvonne (2003). *Achieving communication independence: A comprehensive guide to assessment and intervention*. Eau Claire: Thinking.
- Glosser, Guila; Kohn, Susan E.; Friedman, Rhonda B.; Sands, Laura, & Grugan, Patrick (1997). Repetition of single words and nonwords in Alzheimer's disease. *Cortex*, 33(4), 653–666.
- Hamilton, Heidi Ehernberger (1994). *Conversations with an Alzheimer's patient: An interactional sociolinguistic study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hernández Sacristán, Carlos (2012). Sobre la dimensión simbólica del déficit verbal. Racionalidad, emoción y experiencia en Pragmática Clínica. *Foro Hispánico: Revista Hispánica de Flandes y Holanda*, 44, 47–66.
- Holland, Audrey L. (1980). *Communicative abilities in daily living: A test of functional communication for aphasic adults*. Baltimore: University Park Press.
- Holland, Audrey L. (1991). Pragmatics aspects of intervention in aphasia. *Journal of Neurolinguistics*, 6(2), 197–211.

- Hughes, Charles P.; Berg, Leonard; Danziger, Warren; Coben, Lawrence A., & Martin, Ronald L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140(6), 566–572.
- Hutchinson, John, & Jensen, Mary (1980). A pragmatic evaluation of discourse communication in normal and senile elderly in a nursing home. En Lorraine K. Obler & Martin L. Albert (Eds.), *Language and communication in the elderly* (pp. 59–73). Lexington: Lexington Books.
- Ivanova, Olga; García Meilán, Juan José; Martínez-Nicolás, Israel, & Llorente, Thide E. (2020). La habilidad léxico-semántica en la Enfermedad de Alzheimer: un estudio de la fluidez verbal con categorías semánticas. *Revista Signos*, 53(102), 319–342.
- Jiménez Ruiz, Juan Luis (2019). La lingüística clínica: discriminación disciplinaria y aproximación nocional desde la transversalidad. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 29(2), 286–303.
- Kleiman, Larry I. (2003). *The Functional Communication Profile: Revised. Assessing communicative effectiveness in clients with developmental delays*. East Moline: LinguiSystems.
- Khosravi, Mitra (1995). *Convivir con un enfermo de Alzheimer: guía de ayuda para familiares y cuidadores*. Madrid: Temas de Hoy.
- Maestre de Homes, Gladys E. (2007). *Descubriendo los rostros del Alzheimer: una ventana a la identidad perdida*. Maracaibo: Universidad del Zulia.
- Mahoney, Florence, & Barthel, Dorothea (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Manochiopinig, Sriwimon; Sheard, Christine, & Reed, Vicki A. (1992). Pragmatic assessment in adult aphasia: A clinical review. *Aphasiology*, 6(6), 519–533.
- Martínez de la Iglesia, Jorge; Onís Vilches, María; Dueñas Herrero, Rosa; Albert Colomer, Carmen; Aguado Taberné, Cristina, & Luque Luque, Raúl (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12(10), 620–630.
- Martínez Sánchez, Francisco; García Meilán, Juan José; Pérez Sáez, Enrique; Carro Ramos, Juan, & Arana Martínez, José María (2012). Patrones de prosodia expresiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Psicothema*, 24(1), 16–21.
- Mora Gallardo, Elsa, & Asuaje, Rosa Amelia (2009). *El canto de la palabra: una iniciación al estudio de la prosodia*. Mérida: Universidad de Los Andes.

- Müller, Nicole, & Guendouzi, Jacqueline A. (2005). Order and disorder in conversation: Encounters with dementia of the Alzheimer's type. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 19, 393–404.
- Muñoz Céspedes, Juan Manuel, & Melle, Natalia (2004). Alteraciones de la pragmática de la comunicación después de un traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 38(9), 852–859.
- Murray, Laura L. (2010). Distinguishing clinical depression from early Alzheimer's disease in elderly people: Can narrative analysis help? *Aphasiology*, 24, 928–939.
- Myers, Penelope S. (2001). Toward a definition of RHD syndrome. *Aphasiology*, 15(10–11), 913–918.
- Nakamura, Hikaru; Nakanishi, Masao; Hamanaka, Toshihiko; Nakaaki, Shutaro, & Yoshida, Shinichi (2000). Semantic priming in patients with Alzheimer and semantic dementia. *Cortex*, 36(2), 151–162.
- Obler, Loraine K., & Albert, Martin L. (1984). Language decline in aging. En Martin L. Albert (Ed.), *Clinical neurology of aging* (pp. 245–253). Nueva York: Oxford University Press.
- Pascual Millán, Luis Fernando (1997). *Semiología y especificidad en el diagnóstico clínico de la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Drug-Farma.
- Patry, Richard, & Nespoulous, Jean-Luc (1990). Discourse analysis in linguistics: Historical and theoretical background. En Yves Yoanette & Hiriam H. Bronwell (Eds.), *Discourse ability and brain damage*. (pp. 3–27). Nueva York: Springer-Verlag.
- Penn, Claire (1999). Pragmatic assessment and therapy for persons with brain damage: What have clinicians gleaned in two decades? *Brain and Language*, 68, 535–552.
- Peña Casanova, Jordi (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Peña Casanova, Jordi (1999). *Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Peña Casanova, Jordi; Monllau, Antonio, & Gramunt Fombuena, Nina (2007). La psicometría de las demencias a debate. *Neurología*, 22(5), 301–311.
- Pérez Mantero, José Luis (2012). El déficit lingüístico en personas con demencia de tipo alzhéimer: breve estado de la cuestión. *Pragmalingüística*, (20), 220–238.

- Pérez Mantero, José Luis (2014). Interacción y predictibilidad: los intercambios conversacionales con hablantes con demencia tipo alzhéimer. *Revista de Investigación Lingüística*, 17, 97–118.
- Pérez Mantero, José Luis (2015). La transgresión de las máximas conversacionales en hablantes con demencia tipo alzhéimer. *E-Aesla*, 1. <https://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/pdf/01/38.pdf>
- Pérez Mantero, José Luis (2017). *Descripción y análisis pragmático del lenguaje en la demencia de tipo Alzhéimer* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Valencia, Valencia.
- Pérez Trullen, José María (2013). Breve biografía de Alois Alzheimer. *Sociedad Española de Neurología*, 1(3), 125–136.
- Perkins, Michael, & Howard, Sara (2011). Clinical linguistics. En James Simpson (Ed.), *Routledge Handbook of Applied Linguistics* (pp. 111–123). Nueva York: Routledge.
- Pfeiffer, Eric (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23(10), 433–441.
- Pimental, Patricia Ann, & Kingsbury, Nancy A. (1989). *Mini-Inventory of Right Brain Injury (MIRBI)*. Austin: Pro-Ed.
- Prutting, Carol A., & Kirchner, Diane (1983). Applied pragmatics. En Tanya M. Gallagher & Carol A. Prutting (Eds.), *Pragmatic assessment and intervention issues in language* (pp. 29–64). San Diego: California College-Hill Press.
- Reisberg, Barry; Ferris, Steven; de Leon, Mony, & Crook, Thomas (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139.
- Ripich, Danielle N., & Terrell, Brenda Y. (1988). Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53(1), 8–15.
- Rochon, Elizabeth; Waters, Gloria, & Caplan, David (1994). Sentence comprehension in patients with Alzheimer's disease. *Brain and Language*, 46(2), 329–349.
- Rodríguez, Jhennifer; Martínez, Hernán, & Valles González, Beatriz (2015). Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 5(1), 40–59.



- Schröder, Johannes; Wendelstein Britta, & Felder, Ekkehard (2010). Language in the pre-clinical stage of Alzheimer's disease: Content and complexity in biographical narratives. *Alzheimer's & Dementia*, 6(4), 360–361.
- Terrell, Brenda Y., & Ripich, Danielle N. (1989). Discourse competence as a variable in intervention. *Seminars in Speech and Language*, 10(4), 282–297.
- Ullman, Michael T. (2004). Contributions of memory circuits to language: the declarative/procedural model. *Cognition*, 92(1–2), 231–270.
- Valles González, Beatriz (2013). Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con alzhéimer y sus interlocutores sanos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2, 96–119.
- Villar Posada, Feliciano, & Triadó Tur, Maria Carme (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Weiner, Myron, & Lipton, Anne (2005). *Demencias: investigación, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Elsevier.



