TESE DE DOUTORAMENTO

Lengua y demencia. Diseño y aplicación de un protocolo de coherencia discursiva.

Ana Varela Suárez

2018

Mención internacional
Ana Varela Suárez

TESIS DE DOCTORADO

Lenguaje y demencia. Diseño y aplicación de un protocolo de coherencia discursiva

Dirigida por el doctor: Fernando Ramallo Fernández

Año 2018

Mención internacional
ÍNDICE

Índice de tablas ...........................................................................................................4
Índice de gráficas ........................................................................................................6
Índice de figuras .........................................................................................................8
Índice de ilustraciones ..............................................................................................8
Resumen ..................................................................................................................11
Introducción .............................................................................................................13

PRIMERA PARTE. Planteamiento teórico y metodológico de la investigación ..........17
CAPÍTULO 1. Objeto de estudio y objetivos de la investigación .............................19
  1.1. Aproximación al objeto de estudio ............................................................19
    1.1.1. ¿Qué es (y qué no) demencia? ..............................................................21
  1.2. Hipótesis y objetivos ..................................................................................29
  1.3. Objeto de estudio formal y material ..........................................................30

CAPÍTULO 2. Marco teórico de la investigación ......................................................33
  2.1. La coherencia discursiva como objeto de estudio pragmático ....................33
    2.1.1. El desarrollo epistemológico de la pragmática .....................................34
    2.1.2. Conceptos clave de la pragmática .......................................................36
    2.1.3. La coherencia pragmático-discursiva ..................................................51

CAPÍTULO 3. Panorama del campo académico y estado de la cuestión .................65
  3.1. Panorama del campo académico .................................................................65
    3.1.1. Patologías del lenguaje ......................................................................70
    3.1.2. Lingüística clínica ..............................................................................72
    3.1.3. Pragmática clínica ............................................................................73
  3.2. Estado de la cuestión ...................................................................................77
    3.2.1. Lenguaje y demencia: trabajos generales ...........................................78
    3.2.2. Pragmática y demencia .....................................................................87
    3.2.3. Enfermedad de Alzheimer y pragmática ............................................89
    3.2.4. Enfermedad de Alzheimer y coherencia ..........................................102
    3.2.5. Los protocolos de evaluación del lenguaje ........................................111

CAPÍTULO 4. Plantamiento metodológico de la investigación ...............................119
  4.1. Justificación, elaboración y aplicación del protocolo ....................................119
    4.1.1. Encuesta previa ..................................................................................120
    4.1.2. Protocolo piloto ..................................................................................122
    4.1.3. Protocolo final ...................................................................................123
    4.1.4. Encuesta final ....................................................................................124
    4.1.5. Análisis de fiabilidad y validez ............................................................124
  4.2. Diseño y método de análisis del corpus .......................................................125
    4.2.1. Participantes ......................................................................................125
Índice de tablas

Tabla 1. Relación de actividades realizadas en los talleres cognitivos ordenadas por índice de asiduidad. 29
Tabla 2. Correlaciones de contenido y formato en los pares adyacentes y sus segundas partes. ..............50
Tabla 3. Elementos que afectan a la coherencia pragmático-discursiva.................................................63
Tabla 4. Clasificación de patologías del lenguaje según Cummings (2008).............................................69
Tabla 5. El lenguaje en las fases moderadas de las personas que padecen con Enfermedad de Alzheimer. .................................................................86
Tabla 6. Resumen de la evolución de las habilidades pragmáticas según la literatura revisada. ............101
Tabla 7. Porcentajes de utilización de los test de lenguaje por parte del personal encuestado. ..........117
Tabla 8. Relación de asociaciones que participaron en la encuesta previa. ........................................121
Tabla 9. Cambios en el perfil de I0 entre el 8 de febrero y el 22 de septiembre de 2015. ..................122
Tabla 10. Datos de los informantes del corpus.........................................................126
Tabla 11. Ficha de grabación para cubrir tras la grabación.............................................................128
Tabla 12. Relación del grado de deterioro cognitivo y puntos del MEC............................................128
Tabla 13. Explicación de las etiquetas del apartado "lugar". ...............................................................133
Tabla 14. Explicación de las etiquetas del apartado "tiempo"...............................................................134
Tabla 15. Explicación de las etiquetas del apartado "roles sociales".....................................................134
Tabla 16. Explicación de las etiquetas del apartado "conocimiento compartido". ............................135
Tabla 17. Explicación de las etiquetas del apartado "referencialidad" ................................................136
Tabla 18. Explicación de las etiquetas del apartado "sustitución". .......................................................138
Tabla 19. Explicación de las etiquetas del apartado "cohesión léxica". .................................................139
Tabla 20. Explicación de las etiquetas del apartado "marcadores discursivos" ....................................140
Tabla 21. Explicación de las etiquetas del apartado "lenguaje figurado".............................................142
Tabla 22. Explicación de las etiquetas del apartado "cortesía".............................................................144
Tabla 23. Explicación de las etiquetas para los apartados "informatividad" (I), "topicalidad" (To), "alternancia de turnos" (Tu) y "competencia estratégica" (Ce)..........................................................146
Tabla 24. Reparto de la puntuación en el apartado "referencialidad". .................................................149
Tabla 25. Reparto de la puntuación en el apartado "sustitución". .........................................................150
Tabla 26. Reparto de la puntuación en el apartado "cohesión léxica". ..................................................150
Tabla 27. Reparto de la puntuación en el apartado "marcadores discursivos". .......................................151
Tabla 28. Reparto de la puntuación en el apartado "lenguaje figurado". .............................................151
Tabla 29. Primera parte del protocolo: datos personales y perfil neuropsicológico. .........................156
Tabla 30. Segunda parte del protocolo: déficits pragmático-discursivos y lingüísticos.....................158
Tabla 31. Resultados de I0 en la evaluación de coherencia pragmático-discursiva del protocolo piloto. .161
Tabla 32. Protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva (versión ampliada). ............164
Tabla 33. Protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva (versión reducida). .............167
Tabla 34. Puntuaciones de los evaluadores al vídeo de la informante I22. ........................................170
Tabla 35. Resultados obtenidos por los informantes en los apartados en la aplicación detallada y rápida. ...........................................................................................................................................172
Tabla 36. Resultado de la anotación de las referencias de lugar de cada informante en el corpus ....178
Tabla 37. Porcentaje por tipo de ref. de lugar según estadios de la enfermedad y GDS. ....................180
Tabla 38. Resultado de la anotación de las referencias de tiempo de cada informante en el corpus. ....181
Tabla 39. Porcentaje por tipo de ref. de tiempo según estadios de la enfermedad y GDS ..................183
Tabla 40. Resultado de la anotación de los roles sociales de cada informante en el corpus ............184
Tabla 41. Porcentaje de cada tipo de etiqueta de roles sociales según estadios de la enfermedad y GDS. ..............................................................................................................................186
| Tabla 42. Resultado de la anotación del conocimiento compartido de cada informante en el corpus. | 187 |
| Tabla 43. Porcentaje de cada etiqueta de conocimiento compartido según estadios de la enfermedad y GDS. | 189 |
| Tabla 44. Resultado de la anotación en cada apartado de “contexto” de cada informante en el corpus. | 190 |
| Tabla 45. Medias de la anotación en cada apartado de “contexto” por estadio y GDS. | 192 |
| Tabla 46. Porcentajes de mecanismos de referencia usados correctamente por los informantes. | 193 |
| Tabla 47. Puntos obtenidos en los elementos de referencia por los informantes clasificados por GDS y estadio. | 196 |
| Tabla 48. Porcentajes de elementos de referencia usados correctamente por los informantes. | 197 |
| Tabla 49. Puntos obtenidos en los elementos de sustitución por los informantes clasificados por GDS y estadio. | 200 |
| Tabla 50. Porcentaje de elementos de cohesión léxica usados correctamente por los informantes. | 202 |
| Tabla 51. Puntuación media en cohesión léxica por los informantes clasificados por GDS y estadio. | 204 |
| Tabla 52. Uso correcto e incorrecto de los tipos de marcadores discursivos por parte de los informantes. | 205 |
| Tabla 53. Porcentaje de usos correctos y puntos en los tipos de marcadores discursivos por parte de los informantes. | 207 |
| Tabla 54. Puntuación obtenida en los tipos de marcador discursivo por los informantes, clasificados por GDS y estadio. | 208 |
| Tabla 55. Resultado de la anotación en cada apartado de “cohesión” de cada informante en el corpus. | 209 |
| Tabla 56. Puntuación media en cada uno de los apartados de “cohesión” por estadio y GDS. | 210 |
| Tabla 57. Errores detectados en el corpus en la producción de lenguaje figurado. | 213 |
| Tabla 58. Media del porcentaje por minuto del uso de expresiones con lenguaje figurado por parte de los informantes. | 215 |
| Tabla 59. Porcentaje de usos correctos en cada tipo de lenguaje figurado por parte de los informantes. | 221 |
| Tabla 60. Puntuación obtenida en el apartado de lenguaje figurado por parte de los informantes. | 222 |
| Tabla 61. Porcentaje y puntuación obtenidos por los informantes en el apartado “cortesía” del protocolo. | 223 |
| Tabla 62. Puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados por GDS y estadio. | 225 |
| Tabla 63. Porcentaje y puntuación obtenidos por los informantes en el apartado “informatividad” del protocolo. | 226 |
| Tabla 63. Puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados por GDS y estadio. | 228 |
| Tabla 64. Resultados de la anotación del apartado topológica del protocolo. | 229 |
| Tabla 65. Puntos obtenidos en topología por los informantes clasificados por GDS y estadio. | 231 |
| Tabla 66. Porcentaje de preguntas respondidas por los informantes y puntuación en alternancia de turnos. | 232 |
| Tabla 67. Puntuación media en informatividad por GDS y estadio. | 234 |
| Tabla 68. Porcentaje en cada tipo de respuestas del apartado “competencia estratégica de cada informante”. | 237 |
| Tabla 69. Puntuación obtenida en competencia estratégica por los informantes, clasificados por GDS y estadio. | 239 |
| Tabla 70. Puntuaciones obtenidas por los informantes en el análisis detallado del protocolo. | 244 |
| Tabla 71. Puntuación media en coherencia pragmática-discursiva de los informantes por estadio y GDS. | 245 |
| Tabla 72. Factors affecting the cognitive, pragmatic and linguistic process. | 284 |
| Tabla 73. Protocol for evaluation of discursive coherence (extended version). | 285 |
| Tabla 74. Protocol for evaluation of discursive coherence (reduced version). | 287 |
Índice de gráficas

Gráfica 1. Puntuaciones de I0 en la escala de coherencia ................................................................. 162
Gráfica 2. Puntuaciones en la evaluación de las versiones del protocolo .............................................. 174
Gráfica 3. Porcentaje de cada tipo de respuesta según el estadio de la enfermedad .......................... 179
Gráfica 4. Porcentajes de cada tipo de ref. de lugar según GDS ......................................................... 180
Gráfica 5. Porcentajes de cada tipo de ref. de tiempo según el estadio de la enfermedad ................... 182
Gráfica 6. Porcentajes de cada tipo de ref. de tiempo según el GDS .................................................... 183
Gráfica 7. Porcentajes de cada etiqueta de roles sociales según el estadio de la demencia .................. 185
Gráfica 8. Porcentajes de cada tipo de etiquetas de roles sociales según el GDS ............................... 186
Gráfica 9. Porcentajes de puntuaciones en conocimiento compartido según el estadio de la demencia 188
Gráfica 10. Porcentajes en conocimiento compartido según el GDS .................................................. 189
Gráfica 11. Puntuación en los apartados según estadio ........................................................................ 191
Gráfica 12. Puntuación total en contexto según estadio ........................................................................ 191
Gráfica 13. Puntuación en contexto según GDS ................................................................................. 192
Gráfica 14. Puntuación total en contexto según GDS ......................................................................... 192
Gráfica 15. Puntos obtenidos en los mecanismos de referencialidad por los informantes clasificados por estadio ........................................................................................................... 195
Gráfica 16. Puntos obtenidos en los mecanismos de referencialidad por los informantes clasificados por GDS ........................................................................................................................................ 196
Gráfica 17. Puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes, clasificados por estadio .. 198
Gráfica 18. Puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes clasificados, por GDS ....... 199
Gráfica 19. Puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados por estadio ........................................................................................................................................... 201
Gráfica 20. Puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados por GDS 202
Gráfica 21. Puntuación en los tipos de marcadores discursivos de los informantes, clasificados por estadio ........................................................................................................................................... 206
Gráfica 22. Puntuación en los tipos de marcadores discursivos de los informantes, clasificados por GDS ........................................................................................................................................... 207
Gráfica 23. Puntuación en los apartados según estadio ........................................................................ 209
Gráfica 24. Puntuación total en cohesión según estadio ....................................................................... 209
Gráfica 25. Puntuación en cohesión según GDS .................................................................................... 210
Gráfica 26. Puntuación total en cohesión según GDS ......................................................................... 210
Gráfica 27. Frecuencia de uso de las distintas formas de lenguaje figurado con y sin repeticiones ....... 212
Gráfica 28. Tipos de errores de lenguaje figurado encontrados en el corpus ........................................ 212
Gráfica 29. Expresiones con lenguaje figurado por minuto emitidas por los informantes clasificados por GDS ........................................................................................................................................... 215
Gráfica 30. Expresiones con lenguaje figurado por minuto emitidas por los informantes de cada estadio. ........................................................................................................................................... 215
Gráfica 31. Expresiones fijas por minuto emitidas por los informantes clasificados por GDS .......... 216
Gráfica 32. Expresiones fijas por minuto emitidas por los informantes de cada estadio ...................... 216
Gráfica 33. Extensores por minuto emitidos por los informantes clasificados por GDS ...................... 217
Gráfica 34. Extensores por minuto emitidos por los informantes de cada estadio .............................. 217
Gráfica 35. Metonimias por minuto emitidas por los informantes clasificados por GDS ...................... 218
Gráfica 36. Metonimias por minuto emitidas por los informantes clasificados por estadio .................. 218
Gráfica 37. Metáforas por minuto emitidas por los informantes clasificados por GDS ...................... 219
Gráfica 38. Metáforas por minuto emitidas por los informantes clasificados por estadio .................. 219
Gráfica 39. Lenguaje retórico por minuto emitido por los informantes clasificados por GDS 220
Gráfica 40. Lenguaje retórico por minuto emitido por los informantes clasificados por estadio ....... 220
Gráfica 41. Puntuaciones en lenguaje figurado por GDS. .................................................................222
Gráfica 42. Puntuaciones en lenguaje figurado por estadio. ..............................................................222
Gráfica 43. Puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados por estadio. .......................224
Gráfica 44. Puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados por GDS .........................225
Gráfica 45. Puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados por estadio. ..........227
Gráfica 46. Puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados por GDS. ..........228
Gráfica 47. Puntos obtenidos en topicalidad por los informantes, clasificados por estadio. ..........230
Gráfica 48. Puntos obtenidos en topicalidad por los informantes, clasificados por GDS. ...............231
Gráfica 49. Puntos obtenidos en alternancia de turnos por los informantes, clasificados por estadio. .233
Gráfica 50. Puntos obtenidos en alternancia de turnos por los informantes, clasificados por GDS. .234
Gráfica 51. Puntuación en competencia estratégica de los informantes, clasificados por estadio. ....236
Gráfica 52. Puntuación en competencia estratégica de los informantes, clasificados por GDS. .......239
Gráfica 53. Puntuación total de los participantes clasificados por estadio. ........................................241
Gráfica 54. Puntuaciones medias de los informantes divididos por estadio en cada uno de los apartados del protocolo. .............................................................................................................242
Gráfica 55. Puntuación total de los participantes clasificados por GDS. ............................................243
Gráfica 56. Scale of discursive coherence for the extended version. ....................................................289
Gráfica 57. Scale of discursive coherence for the reduced version ......................................................290
Índice de figuras

Figura 1. Modelo de Morris (1938) según Gutierrez Ordóñez .......................................................... 35
Figura 2. Competencia comunicativa y coherencia .............................................................................. 54
Figura 4. Modelo de producción y comprensión coherente .................................................................... 62
Figura 5. Proceso de comunicación según Cummings (2008) ................................................................. 68
Figura 6. Patrones de coherencia en personas con EA (Ellis, 1996) ....................................................... 105
Figura 7. Resultados de las personas con EA y el grupo de control de la investigación de Keller & Rech. 106
Figura 8. Perfiles de coherencia según el estadio de la enfermedad según Dijkstra et al. (2002) ............ 107
Figura 9. Parte de pragmática textual del PREP-R .................................................................................. 116
Figura 10. Escala de coherencia pragmática para el protocolo largo ....................................................... 169
Figura 11. Escala de coherencia pragmática para el protocolo largo ....................................................... 169

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Extracto de anotación de la informante I23 ........................................................................... 132
Agradecimientos

Quiero agradecer a mi director, Fernando Ramallo, que me animase a hacer un doctorado, que me motivase a hacer la tesis que yo quería y que me apoyase y guiase incondicionalmente durante todo el proceso. También quiero agradecer a mi tutora, Susana Rodríguez, que propusiese trabajar con personas con demencia y con ello me abriese un mundo nuevo y que aportase tantas ideas sin las que esta tesis no hubiese sido posible. Igualmente, quiero agradecer a mi grupo de investigación y compañeras de despacho, por hacer que estos años hayan sido tan agradables y fáciles.

Quiero agradecer a AFAGA Vigo que me acogiese en su pequeña familia. En especial a Maxi, por ayudarme a recopilar la lista de informantes; a Jessica, Suso, Bea y Aitor, por nunca negarse a prestarme toda la ayuda que les he pedido, que ha sido muchísima; a Sara y a Diana, por darme los datos que necesitaba para poder empezar a trabajar; y a Menchu, por enseñarme que la amistad no tiene edad. A todo el personal de las diferentes AFAs que participaron en las encuestas, por querer siempre colaborar con la investigación, sea del ámbito que sea. Sin personas como ellas no sería posible avanzar.

Del mismo modo quiero agradecer a Louise Cummings que me recibiese en la Nottingham Trent University, me ayudase a estructurar la base teórica de esta tesis y me haya atendido y ayudado desde entonces; y a Markus Tönjes, Katharina Rohlfing y todo el equipo de Universität Paderborn, por acogerme como una más en el grupo de investigación y conseguir que desease quedarme con ellos allí para siempre.

También quiero dedicar unas líneas a mi familia y amigos, por tirar de mí cuando yo no podía más y porque vaya donde vaya siempre consiguen que los sienta a mi lado. En especial quiero dedicar este trabajo a mi abuela, que se fue en Agosto, porque sin ella no hubiese podido empezarlo y por ser el mejor ejemplo a seguir para todos siempre. Y a Manu, por absolutamente todo y más.
Resumen

Esta tesis aborda cuestiones relativas al dominio de la comunicación de las personas con demencia. En concreto, el objeto de estudio material son sus déficits de coherencia pragmático-discursiva. Por lo tanto, se trata de un estudio que se enmarca dentro de la pragmática clínica, campo epistemológico relacionado con la pragmática aplicada. Nuestro trabajo persigue tres objetivos principales: (i) elaborar un protocolo de análisis que permita evaluar el avance de los déficits de coherencia pragmático-discursiva de las personas con patologías del lenguaje, con la finalidad de que pueda ser empleado durante diagnóstico de estas patologías; (ii) comprobar mediante dicho protocolo si la capacidad para comprender y producir enunciados coherentemente es la misma en todas las fases de la demencia o si se deteriora conforme avanza la enfermedad; (iii) contribuir a la elaboración de material terapéutico aplicable en el ámbito clínico, como apoyo al desarrollo de actividades que ejerciten la competencia pragmática.

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo el siguiente proceso: (i) creación de una encuesta previa para conocer las necesidades del personal que trabaja en terapias para grupos con demencia a la hora de realizar las evaluaciones cognitivas y crear así una herramienta que se ajuste a estas lo máximo posible; (ii) diseño y prueba del protocolo piloto en una informante inicial en un estudio longitudinal de 7 meses; (iii) diseño del protocolo final; (iv) encuesta final del protocolo, en la cual participaron 9 profesionales que trabajan en asociaciones de personas afectadas por demencia y realizan evaluaciones cognitivas a diario; (v) prueba de fiabilidad del protocolo, con la colaboración de 4 profesionales que accedieron a cubrirlo con los datos proporcionados por un vídeo de una informante; (vi) prueba de validez, a través de la recopilación de un corpus con vídeos de 23 informantes con distintos tipos de demencia de una duración total de 5 horas y 24 minutos; (vii) análisis de los datos obtenidos en el corpus para cumplir el objetivo (ii).

Los resultados indican que, en general, las personas que han valorado el protocolo lo encuentran útil, informativo y bien diseñado, si bien a una parte de ellas les parece que el tiempo que se tarda en aplicarlo debería reducirse y que su uso sería más ágil si se presentase en un formato de preguntas y respuestas. Además, se ha probado que se trata de una herramienta fiable y representativa. En cuanto al corpus, los resultados de la aplicación del protocolo indican que efectivamente la coherencia pragmático-discursiva
se deteriora conforme avanza el deterioro cognitivo. En el estadio inicial el deterioro se aprecia sobre todo en la capacidad para gestionar el conocimiento compartido, que se encuentra parcialmente preservada, a diferencia de los demás elementos del protocolo, que permanecen completamente preservados; en el estadio moderado, los mecanismos de sustitución, cohesión léxica, conocimiento compartido, informatividad, lugar, roles sociales y tiempo se encuentran parcialmente preservados y el resto completamente preservados; en el estadio severo únicamente permanecen preservadas la alternancia de turnos y la cortesía lingüística, mientras que la competencia estratégica y la sustitución están parcialmente preservadas y el resto de elementos de análisis deteriorados.

En conclusión, sugerimos que en futuras investigaciones se proponga una versión del protocolo en la que se reduzca el tiempo de aplicación, de manera que satisfaga mejor las necesidades de las personas que trabajan en evaluación clínica. Aparte de esto, sería conveniente ampliar la muestra, sobre todo en lo relativo a personas con deterioro severo, que debido a lo avanzado de la enfermedad son el tipo de informante más difícil de conseguir. Por último, también sería productivo diseñar un cuaderno adjunto al protocolo con propuestas de actividades para su empleo en los talleres de terapias cognitivas para poder trabajar los elementos que constituyen un discurso coherente.

**Palabras clave:** pragmática; coherencia discursiva; protocolo; demencia; enfermedad de Alzheimer.
Introducción

Una de las sensaciones más frustrantes en cualquier proceso de comunicación lingüística se da cuando no conseguimos sintonizar adecuadamente con quien tenemos enfrente, cuando no encontramos las palabras que nos hacen falta para expresar una idea, sentimiento o voluntad o cuando creemos que las palabras son correctas pero la otra persona no las interpreta del mismo modo que nosotros. En el caso de quienes no padecen trastornos del lenguaje, esa frustración es circunstancial y desaparece cuando reajustamos o negociamos el proceso de comunicación y logramos nuestros objetivos comunicativos. Sin embargo, para quienes padecen déficits lingüísticos la frustración se convierte en un sentimiento diario y expresarse en una lucha constante. Esta situación es igualmente compleja para su entorno, que busca las herramientas para tender puentes en la comunicación, de forma muchas veces infructuosa, lo que genera un gran sentimiento de impotencia por no poder ayudar.

Uno de los colectivos más propensos a sufrir estos trastornos son las personas de edad avanzada, pues como veremos en esta tesis el porcentaje de ellas que desarrolla demencia, una de las principales enfermedades que causan déficits lingüísticos, es elevado. En una sociedad como la española y particularmente en la gallega, en las que la esperanza de vida se incrementa década a década y no se produce un relevo generacional equilibrado, el porcentaje de personas mayores de 65 años es cada vez más elevado —y con él el índice de sobrenvejecimiento— por lo que es esencial que las personas que se dedican a la investigación en trastornos del lenguaje desarrollen instrumentos y medios para contribuir a paliar el avance del deterioro en la medida de lo posible y a reducir los problemas comunicativos con quienes los cuidan.

Sin necesidad de ser un especialista en lingüística, es evidente que uno de los principales problemas que identifica el discurso de quien padece demencia es la falta de coherencia. Sin embargo, en los talleres de rehabilitación no se suele trabajar tanto esta faceta del lenguaje como otras, principalmente por falta de recursos económicos que permitan dedicarle el tiempo que estas actividades necesitarían y por falta de materiales que hayan sido diseñados expresamente para este propósito.
En relación con esto último, una de las claves para avanzar en este sentido y proponer material nuevo es identificar cuáles son los factores lingüísticos y cognitivos que determinan que un discurso sea coherente, así como desarrollar una herramienta que permita evaluarlos de forma eficaz. Es por ello que en esta tesis doctoral decidimos diseñar un protocolo para evaluar la coherencia pragmático-discursiva en personas que padecen demencia. De este modo, queremos contribuir a determinar cuáles de los elementos que constituyen esta coherencia se mantienen y cuáles no y poder trabajar con ellos en las terapias de forma que estas habilidades discursivas se mantengan preservadas el máximo tiempo posible. Asimismo, siendo conscientes de que el deterioro del lenguaje en la demencia varía de una persona a otra y que es altamente dependiente del idiolecto, también consideramos esencial establecer un perfil de deterioro de la coherencia en el desarrollo de la enfermedad.

Así, este trabajo se divide en tres partes. La primera expone el planteamiento de la investigación y consta de cuatro capítulos: el primero sirve como introducción y presenta el objeto de estudio y los objetivos de investigación; el segundo recoge los fundamentos teóricos, donde encuadramos epistemológicamente el proyecto y definimos los conceptos más relevantes; el tercero contiene el estado de la cuestión, con los trabajos relacionados más relevantes que se han publicado hasta la fecha; por último, el cuarto provee información detallada sobre los participantes del estudio, los instrumentos de análisis empleados, así como los métodos y las herramientas de obtención y tratamiento de datos a los que se ha recurrido.

La segunda parte muestra los resultados obtenidos y consta de dos capítulos. En el capítulo 5 se expone el proceso de elaboración del protocolo de evaluación, así como su acogida por parte de las personas que trabajan en terapias cognitivas y evalúan las capacidades lingüísticas con asiduidad; en el capítulo 6 se detalla la aplicación del protocolo para el análisis del corpus y en él se incluyen los resultados en contexto, cohesión, lenguaje figurado, cortesía lingüística, informatividad, topicalidad, alternancia de turnos y competencia estratégica.

En la tercera parte se incluyen la discusión, las conclusiones y las referencias que se han empleado para elaborar esta tesis. Siguiendo los requisitos de la modalidad de tesis con mención internacional, la parte final recoge un resumen extenso de la investigación en
Por último, el trabajo se cierra con los siguientes anexos: (i) resultados de la encuesta inicial, (ii) manual de uso del protocolo, (iii) resultados de la encuesta final, (iv) fichas de grabación, (v) transcripción del corpus\textsuperscript{1}, (vi) mecanismos de referencialidad, (vii) mecanismos de sustitución, (viii) marcadores discursivos y (ix) evaluaciones neuropsicológicas de las personas informantes.

\textsuperscript{1} Por motivos de confidencialidad, hemos decidido no adjuntar la transcripción y la anotación del corpus. Este material se enviará por correo electrónico al tribunal para facilitar su evaluación y validación, pero, en todo caso, no serán expuestas al público en general. Para consultarlos es necesario acceder a través de ELAN, que es el programa de anotación de acceso gratuito utilizado en esta tesis.
PRIMERA PARTE. Planteamiento teórico y metodológico de la investigación
CAPÍTULO 1. Objeto de estudio y objetivos de la investigación

1.1. Aproximación al objeto de estudio

Esta investigación tiene como principal desafío explorar nuevas aplicaciones de la lingüística en el ámbito de los trastornos comunicativos en personas con demencia. En este sentido, se enmarca en el vasto dominio de la Lingüística Aplicada, cuyo desarrollo en las últimas décadas ha propiciado avances relevantes en la resolución de distintos problemas derivados del uso del lenguaje en contextos muy diversos.

A pesar de contar con antecedentes en épocas anteriores, la lingüística aplicada se origina como disciplina durante los años 40 del siglo XX debido a la necesidad de poner en práctica teorías lingüísticas para resolver cuestiones surgidas en otros campos del saber, con el objetivo de abordar problemas cotidianos en los que el lenguaje es un elemento determinante. A partir de este momento se empiezan a estudiar las características del lenguaje en diversos ámbitos e incluso a utilizar la lengua como herramienta para resolver problemas característicos de otras disciplinas.

Uno de los ámbitos en los que la lingüística aplicada ha tenido más impacto es en el estudio de las patologías del lenguaje, en el que los déficits lingüísticos se llevan utilizando como herramienta de diagnóstico desde hace más de un siglo. La primera muestra de ello es el trabajo de Broca en 1864, quien intentó localizar las áreas responsables de la producción del lenguaje examinando a Tan, un paciente con daño cerebral que solamente era capaz de pronunciar las sílabas “tan-tan”. Desde entonces, muchas investigaciones siguieron su estela y contribuyeron al desarrollo de análisis lingüísticos cada vez más exhaustivos. Sin embargo, a pesar de llevar ya cierto recorrido, el término “lingüística clínica” no se popularizó hasta los años 80, cuando Crystal (1981) tituló así su obra sobre patologías del lenguaje.

Las aportaciones de la lingüística al campo de las patologías son evidentes. Los lingüistas contribuyen a la formación de los profesionales de la clínica en cuanto a la adquisición de los conocimientos lingüísticos necesarios para llevar a cabo su trabajo, colaboran con ellos en tareas que requieran una formación en lenguas y desarrollan taxonomías del lenguaje basándose en una perspectiva lingüística (Marrero Aguiar 2000).
La lingüística clínica ha estudiado las patologías del lenguaje desde distintas aproximaciones. De este modo, se han analizado la producción y comprensión oral y escrita, así como los daños que sufre el discurso en los distintos niveles del lenguaje. Uno de los campos de estudio más recientes ha sido la investigación de los trastornos pragmáticos, pues al ser la pragmática una aproximación al lenguaje y a las lenguas relativamente nueva no se comenzaron a aplicar sus teorías a las patologías del lenguaje hasta hace 30 años. Desde ese momento, el objeto de estudio de la pragmática (el lenguaje natural desde su contexto) demostró ser una perspectiva muy válida para avanzar en las investigaciones de patologías del lenguaje, por lo que enseguida se detectaron numerosos déficits pragmáticos en el habla tanto de adultos como de niños. Así, la pragmática aplicada a la lingüística clínica suscitó gran interés académico y acabó consolidándose como un campo epistemológico propio: la pragmática clínica, que hoy en día ya cuenta con sus propios congresos, tesis doctorales y numerosa bibliografía específica (véase, entre otros, Smith & Leinonen 1992; Gallardo Paúls 2007; Cummings 2009, 2017).

Debido a su carácter multidisciplinar y a la complejidad de los problemas que trata, el debate epistemológico constituyó un lugar común en la investigación pragmática y no fue fácil llegar a un consenso sobre cómo acotar su objeto de estudio y presentar una definición de la disciplina. Este mismo debate se ha trasladado a la pragmática clínica y continúa en las primeras décadas del siglo XXI (Cummings 2009). Entre las diversas temáticas que son objeto de estudio de la pragmática, las que han despertado más interés científico en la dimensión clínica han sido los actos de habla, la importancia del contexto, las inferencias, presuposiciones e implicaturas, el lenguaje no literal y la coherencia discursiva.

La pragmática clínica, en línea con la lingüística clínica, distingue en sus estudios entre los trastornos evolutivos, los que presentan las personas con déficits en el desarrollo del lenguaje, y los trastornos adquiridos, aquellos que se dan en personas cuyo desarrollo del lenguaje es normal y que en un momento determinado de su vida presentan problemas comunicativos debido a diferentes causas (Ansel & Ringel 1999). Asimismo, separa los trastornos pragmáticos primarios, aquellos que no están vinculados a problemas estructurales del lenguaje, de los secundarios, que son los casos en los que los déficits
pragmáticos derivan de problemas estructurales (Cummings 2015). También es conveniente señalar la distinción entre trastornos pragmáticos de comprensión, o incapacidad para procesar la información contextual a la hora de descodificar los enunciados y de expresión, o incapacidad para incluir la información contextual a la hora de codificar enunciados.

Los grupos más estudiados por la pragmática clínica son la población con problemas de adquisición del lenguaje, personas con afasia y personas con demencia. En concreto, en el caso de la demencia el número de investigaciones que se han llevado a cabo desde la lingüística clínica se ha multiplicado en los últimos años, debido a que uno de los deterioros más patentes y que más preocupa en la población es el del lenguaje. El grupo más estudiado dentro de las personas con demencia es el de los que padecen la Enfermedad de Alzheimer (EA), que es la causa de demencia más común, ya que supone entre el 60% y el 70% de los casos (OMS 2017).

1.1.1. ¿Qué es (y qué no) demencia?

Hoy por hoy los cuadros de demencia constituyen uno de los principales factores responsables de dependencia entre las personas de edad avanzada, pues entre sus síntomas principales se encuentra el deterioro progresivo o crónico de la función cognitiva. Esto afecta a diversas áreas como la memoria, la capacidad de aprendizaje, el pensamiento, el juicio, la orientación, el cálculo y el lenguaje (OMS 2017). Asimismo, la demencia tiene asociados trastornos de la conducta que afectan a la capacidad de las personas que la padecen para desenvolverse por sí mismas.

El término demencia agrupa varias enfermedades de etiología variada causadas por daños en distintas áreas cerebrales. En las líneas que siguen se resumen brevemente los tipos más habituales de demencia según la Fundación Alzheimer España (FAE) (2016):

*Enfermedad de Alzheimer*

Consiste en una afección de tipo cortical derivada de la atrofia y posterior apoptosis de las neuronas a causa de la acumulación de depósitos proteínicos de beta amiloideas llamados ovillos neurofibrilares. Los síntomas más comunes son el deterioro progresivo de la memoria y la orientación, dificultades con el pensamiento y el juicio y trastornos de conducta y personalidad.
**Demencia vascular**

Se trata del segundo tipo más común de demencia. Es provocada por accidentes de tipo cerebrovascular, es decir, trombos, hemorragias o infartos por interrupciones en el flujo de sangre cerebral que privan de oxígeno al cerebro. Principalmente provoca trastornos de memoria, juicio, pensamiento, lenguaje y conducta. Entre las formas más típicas de la demencia vascular se encuentran la demencia multiinfarto, la encefalopatía subaguda o la demencia tipo Binswanger.

**Demencia mixta**

Esta forma, también denominada Enfermedad de Alzheimer con componente vascular, combina afecciones de la Enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. De este modo, los síntomas más comunes son los problemas de memoria, la concentración, las alucinaciones, la irritabilidad y los delirios.

**Demencia frontotemporal**

Este término aglutina todas las degeneraciones causantes de demencia que se originan en las áreas frontal y temporal. Los trastornos asociados más comunes son la incapacidad para mantener las convenciones sociales y los cambios de personalidad. La forma de demencia frontotemporal más común es la Enfermedad de Pick, provocada por la formación de unos cuerpos denominados “células de Pick” en las neuronas. Tiene como síntoma principal las alteraciones de comportamiento.

**Enfermedad de Parkinson**

Comienza cuando las neuronas cesan de segregar los niveles adecuados de una sustancia denominada dopamina. Se caracteriza por la aparición de afecciones motoras, como temblor, rigidez, falta de equilibrio e inestabilidad. Igualmente, es habitual que surjan problemas cognitivos como trastornos de atención, planificación o resolución de problemas. Puede llegar a provocar cuadros depresivos y problemas para hablar, masticar o deglutir.
Parálisis supranuclear progresiva

Consiste en una alteración de las neuronas encargadas del movimiento de los ojos. Lleva asociados problemas de ataxia, equilibrio y problemas de deglución en el ámbito físico, así como trastornos de la personalidad y el habla.

Demenca con cuerpos de Lewy

Esta forma de demencia está causada por la acumulación de unos cuerpos extraños llamados cuerpos de Lewy en la zona cortical, aunque también es habitual que coaparezcan ovillos neurofibrilares. Su sintomatología posee trazos comunes a la EA, como confusión, pérdida de la memoria y de la atención y con la Enfermedad de Parkinson, como rigidez y problemas posturales y de movimiento.

Enfermedad de Huntington

Se trata de una patología de carácter hereditario que tiene como consecuencia el desgaste o degeneración de las neuronas. Su síntoma más característico es la denominada Corea, que consiste en movimientos corporales involuntarios que en las fases finales de la enfermedad derivan en movimientos bruscos de todo el cuerpo. Asimismo, causa daños de índole cognitiva, sobre todo en lo que concierne a las funciones ejecutivas, aunque también provoca pérdidas de memoria y trastornos del lenguaje.

Enfermedad de Creutzfeld-Jakob

Consiste en una degeneración celular provocada por la formación de una proteína denominada prión. La sintomatología consiste en la alteración de la marcha y rigidez muscular en lo que respecta al ámbito físico y trastornos de la memoria y pensamiento en lo que concierne al ámbito cognitivo.

Demenca asociada al SIDA

Surge cuando el virus del VIH comienza a causar daños en las neuronas del área frontosubcortical y se considera una enfermedad definitoria del SIDA. Provoca trastornos conductuales como depresión, confusión y psicosis y también déficits cognitivos como alteraciones de la memoria, el aprendizaje y el lenguaje.
**Síndrome de Korsakoff**

Está provocado por un déficit de vitamina B1, normalmente a causa de problemas de alcoholismo o por una mala absorción de los alimentos. Presenta pérdida de memoria, alucinaciones y fabulaciones.

1.1.1.1. **Estadios de la demencia**

Con el objetivo de facilitar el tratamiento de la demencia y de evaluar cómo progresa la enfermedad, se distinguen tres etapas en función del estado del deterioro cognitivo y del grado de dependencia que presente la persona. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), la fase inicial a menudo se confunde con los signos típicos del envejecimiento no patológico, pues se caracteriza por las pérdidas leves de memoria y por la desorientación espacial y temporal. La etapa intermedia o fase moderada presenta una agravación de los problemas de memoria, sobre todo a corto plazo, así como de los trastornos de orientación espaciotemporal. En la fase severa la dependencia es total, ya que la orientación temporal, espacial y personal está gravemente dañada y se presentan problemas para caminar.

Esta clasificación, aunque útil en la dimensión teórica, resulta en ocasiones demasiado generalista. Es por ello que surgen propuestas complementarias de clasificación del deterioro cognitivo como la Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg et al. (1982), cuyos parámetros describimos a continuación:

- **GDS-1: ausencia de deterioro cognitivo.** Implica la ausencia objetiva y subjetiva de deterioro cognitivo.
- **GDS-2: deterioro cognitivo muy leve.** La persona remite quejas subjetivas de que olvida nombres y pierde objetos, pero esta pérdida no es perceptible en la entrevista con el personal facultativo. No presenta trastornos de conducta ni afecta a su trabajo o relaciones sociales. No se considera demencia.
- **GDS-3: deterioro cognitivo leve.** La persona comienza a manifestar alguno de los siguientes síntomas:
  a) Pérdida de la orientación espacial al dirigirse a lugares desconocidos.
  b) Deterioro del rendimiento laboral.
c) Incapacidad para recordar palabras (anomia) que comienza a ser percibida por las personas más cercanas.
d) Dificultad para recordar poca información de un fragmento que se acaba de leer.
e) Incapacidad para recordar los nombres de las personas que se acaba de conocer.
f) Disposición de objetos en lugares poco habituales.
g) Dificultad mantener la concentración durante las pruebas clínicas.

Además, la persona muestra un deterioro de la memoria perceptible en la entrevista del personal facultativo y comienzan los primeros trastornos de ansiedad. Normalmente la persona experimenta una fase de negación de los síntomas.

- **GDS-4: deterioro cognitivo moderado.** La persona muestra algunos de los siguientes patrones de deterioro:
  a) Incapacidad para recordar eventos recientes.
  b) Lagunas en la historia personal.
  c) Trastorno de concentración perceptible a la hora de sustraer series de siete.
  d) Incapacidad para viajar solo, llevar la economía doméstica y gestionar dinero, etc.

Sin embargo, en esta etapa habitualmente todavía se conservan las siguientes habilidades:

  a) Orientación espacial y temporal.
  b) Orientación personal con personas y caras conocidas.
  c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.

Aparte de esto, persiste la fase de negación, comienza una fase de desafecto y es común el abandono de situaciones que supongan un reto.

- **GDS-5: deterioro cognitivo moderadamente grave.** A partir de esta fase la persona ya no es capaz de vivir sola. Además, muestra los siguientes déficits:
  a) Incapacidad para recordar datos clave como su número de teléfono, dirección y nombres de personas cercanas.
  b) Déficits de desorientación temporal y espacial.
  c) En el caso de una persona con estudios básicos, dificultades para sustraer desde 40 de cuatro en cuatro y desde 20 de dos en dos.
Por el contrario, no presenta deterioro en los siguientes ámbitos:

d) Capacidad para recordar los eventos de mayor relevancia de su vida y los de sus personas cercanas.
e) Capacidad para conocer su nombre y el de los familiares más cercanos.
f) Capacidad para ir al aseo y comer sin ayuda, aunque pueden aparecer dificultades a la hora de seleccionar las prendas.

- **GDS-6: deterioro cognitivo grave.** En esta fase la persona suele mostrar los siguientes déficits:
  a) Incapacidad para recordar el nombre de su cuidador principal.
  b) Desorientación espacial y temporal total.
  c) Ser incapaz de contar hacia diez hacia atrás. En ocasiones tampoco puede hacerlo hacia delante.
  d) En ocasiones, necesitar ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.
  e) Presentar una alteración del ritmo diario.
  f) Posibilidad de padecer incontinencia y necesitar ayuda para desplazarse.

En cambio, todavía conserva algunos recuerdos, aunque dispersos, puede desplazarse a lugares conocidos, aunque con ayuda, casi siempre sabe cómo se llama y distingue las personas de su entorno. En esta fase también son comunes trastornos de la conducta como delirios, ansiedad, síntomas obsesivos, abulia cognitiva, pérdida de la capacidad de planificación y de expresión de deseos.

- **GDS-7: deterioro cognitivo muy grave.** Se trata de la fase final de la demencia. La persona ya ha perdido la capacidad para comunicarse y normalmente murmura o emite palabras o frases aisladas. Ha perdido la capacidad para caminar y muestra rigidez generalizada. Además, presenta incontinencia y requiere asistencia en el aseo y a la hora de comer.

La escala GDS es el parámetro que emplean habitualmente las personas profesionales del campo de la neuropsicología para categorizar el deterioro cognitivo de sus pacientes. Aparte de esta, también son relevantes otras pruebas de evaluación como las de diagnóstico de trastornos conductuales, por ejemplo, el Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) de Cummings et al. (1994) o las de valoración de la capacidad para
mantener las actividades de la vida diaria, como el Barthel Index, diseñado por Granger et al. (1979).

1.1.1.2. **Repercusiones socioeconómicas**

Conforme los datos que aporta la OMS (2017) en el mundo hay alrededor de 50 millones de personas (5-8% del total de los mayores de 60) que padecen demencia, con una incidencia de 8 millones de casos al año. Aparte de esto, se prevé que para el año 2050 los casos se multiplicarán hasta llegar a 135 millones. En el caso de España, el informe CEAFA (2014) apunta que la cifra de personas mayores de 65 que padecen EA oscila entre el 5 y el 8% y aumenta hasta el 25-30% en el caso de las mayores de 85. Esto coloca a este país como el tercero con la tasa de prevalencia de demencia más elevada del mundo. En el caso de Galicia, que se caracteriza por una distribución demográfica altamente envejecida, según el informe CEAFA (2014) se han detectado ya más de 96.000 casos de personas diagnosticadas con EA.

Además, cabe destacar que el cuidado de personas con demencia supone un coste económico elevado, fundamentalmente para las familias. Los datos recogidos por el informe CEAFA (2003) apuntan que la atención de una persona con EA en España conlleva un coste medio aproximado de 32.000 € anuales. Esta cuantía aumenta a 37.000 € en fase moderada, de modo que para muchas familias es sumamente complejo afrontar una situación de demencia.

Aparte, a estos problemas de índole económica hay que añadirles el denominado “proceso de duelo continuo” que debe afrontar quien asiste a las personas con demencia. Este se manifiesta en dificultades en cuatro áreas de su vida: social, debido a la reducción de tiempo libre; laboral, ya que normalmente los cuidadores deben abandonar sus trabajos para atender al enfermo; de salud, como la depresión del cuidador o pérdida del autocuidado y familiar, pues las relaciones intrafamiliares pueden sufrir deterioros a causa de la situación de demencia (CEAFA 2014).

De este modo, hoy por hoy, las terapias no farmacológicas han demostrado ser un complemento clave a los fármacos a la hora de paliar el deterioro en los ámbitos de cognición y estado de ánimo y de, sobre todo, ayudar a que las personas que la padecen mantengan un estilo de vida activo. Además, tienen la ventaja añadida de ser una opción mucho más económica que los medicamentos (Olazarán et al. 2010). Así, la investigación en todas las áreas relacionadas con la demencia es esencial para ayudar a las personas que la padecen y a sus cuidadores a tener una mayor calidad de vida.

1.1.1.3. **Terapias cognitivas para personas con demencia**

Entre las ayudas que reciben las personas que padecen demencia y sus cuidadores una de las más importantes es la que proveen las asociaciones de familiares de Alzheimer y otras demencias. Estas organizaciones ofrecen asistencia legal, psicológica y psicoterapéutica a las personas afectadas por estas enfermedades. Hoy en día, en España existen más de 300 asociaciones. La Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA) ofrece asistencia a 200.000 personas (CEAFA 2016).

Dentro de los servicios que ofrecen estas organizaciones cabe destacar los talleres de terapia no farmacológica, en los que se busca ralentizar el deterioro cognitivo lo máximo posible mediante el ejercicio de las diversas habilidades cognitivas como la memoria, la orientación, el cálculo y las distintas áreas del lenguaje. En lo que concierne a esto último, en un trabajo previo (Varela Suárez 2016) mostramos los resultados de una encuesta realizada a 27 de estas asociaciones y concluimos que el personal a cargo de estos talleres intenta realizar actividades que cubran todas las áreas del lenguaje. Sin embargo, debido sobre todo a limitaciones de tiempo y medios, las actividades relacionadas con la escritura, la denominación y la lectura son las que se llevan a cabo con más frecuencia. En un segundo nivel estarían la construcción de frases y la descripción de imágenes. Por último, las actividades que tienen lugar en menor medida son las prácticas de diálogo, pronunciacíón, narración y cambio de categoría. La Tabla 1 muestra las actividades que se realizan en los talleres ordenadas por el índice de asiduidad\(^2\) creado por la autora.

---

\(^2\) El “índice de asiduidad” se calculó del siguiente modo: cada actividad que se realiza “siempre” recibió 3 puntos, aquellas que se practican “frecuentemente” obtienen 2 y las que se efectúan ocasionalmente
Tabla 1. Relación de actividades realizadas en los talleres cognitivos ordenadas por índice de asiduidad.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ejercicio</th>
<th>Siempre</th>
<th>Frecuente</th>
<th>Ocasional</th>
<th>Nunca</th>
<th>Asiduidad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Escritura</td>
<td>15 (56%)</td>
<td>11 (41%)</td>
<td>1 (11%)</td>
<td>-</td>
<td>2,52</td>
</tr>
<tr>
<td>Denominación</td>
<td>11 (41%)</td>
<td>15 (55%)</td>
<td>1 (4%)</td>
<td>-</td>
<td>2,37</td>
</tr>
<tr>
<td>Lectura</td>
<td>10 (37%)</td>
<td>14 (52%)</td>
<td>3 (11%)</td>
<td>-</td>
<td>2,26</td>
</tr>
<tr>
<td>Construcción de frases</td>
<td>2 (7%)</td>
<td>19 (70%)</td>
<td>5 (18%)</td>
<td>1 (7%)</td>
<td>1,81</td>
</tr>
<tr>
<td>Descripción de imágenes</td>
<td>2 (7%)</td>
<td>18 (67%)</td>
<td>7 (26%)</td>
<td>-</td>
<td>1,81</td>
</tr>
<tr>
<td>Diálogo</td>
<td>1 (4%)</td>
<td>12 (44%)</td>
<td>11 (41%)</td>
<td>3 (11%)</td>
<td>1,41</td>
</tr>
<tr>
<td>Pronunciación</td>
<td>4 (15%)</td>
<td>5 (18%)</td>
<td>14 (52%)</td>
<td>4 (15%)</td>
<td>1,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Narración</td>
<td>-</td>
<td>11 (41%)</td>
<td>14 (52%)</td>
<td>2 (7%)</td>
<td>1,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Cambio de categoría</td>
<td>-</td>
<td>8 (30%)</td>
<td>15 (55%)</td>
<td>4 (15%)</td>
<td>1,15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En lo que concierne a la efectividad de estas terapias, Olazarán et al. (2010) presenta los resultados de una investigación internacional que analizó la eficacia de estas terapias mediante la revisión exhaustiva de 179 trabajos sobre este tema y concluyó que éstas contribuyen efectivamente al atraso de la institucionalización de las personas que padecen demencia, así como ayudan a paliar el deterioro en los ámbitos de cognición y estado de ánimo. Además, este trabajo apunta que a pesar de que estas terapias no reportan retribución económica alguna, siguen siendo una opción mucho menos costosa que los fármacos.

1.2. Hipótesis y objetivos

En esta tesis estudiamos el uso del lenguaje en las personas con demencia. Para ello establecemos la siguiente hipótesis general que, aunque se puede desprender de un acercamiento intuitivo a la materia de estudio, es preciso refutar o corroborar a partir de la investigación:

- La capacidad para mantener la coherencia pragmático-discursiva se reduce progresivamente conforme avanza el grado de deterioro cognitivo de las personas que padecen demencia.

Esta hipótesis general se concreta en las dos hipótesis secundarias que señalamos a continuación:

reciben 1. Después, se adaptó el resultado a una escala del 1 al 3, en la que 3 equivale a siempre, 2 a frecuentemente, 1 a ocasionalmente y 0 a nunca.
• El empleo correcto de los mecanismos de cohesión se reduce progresivamente conforme avanza el grado de deterioro cognitivo de las personas que padecen demencia.

• El procesamiento de la información contextual necesaria para mantener una conversación coherente se reduce conforme avanza el deterioro cognitivo en las personas que padecen demencia.

Con base en estas hipótesis, esta investigación persigue tres objetivos principales, de los cuales el segundo se divide en dos objetivos secundarios:

1. Elaborar un protocolo de análisis que permita evaluar el avance de los déficits de coherencia pragmático-discursiva de las personas con patologías del lenguaje, con la finalidad de que pueda ser empleado en la fase de evaluación lingüística.

2. Comprobar mediante la aplicación de dicho protocolo si la capacidad para comprender y producir enunciados coherentes es la misma en todas las fases de la demencia o si se deteriora conforme avanza la enfermedad.
   2.1. Evaluar a través del protocolo si la habilidad para utilizar correctamente los mecanismos de cohesión se mantiene intacta o si se deteriora conforme avanza el deterioro cognitivo en la demencia.
   2.2. Observar mediante el protocolo si la capacidad de emplear correctamente la información contextual para construir enunciados coherentes se mantiene o si se deteriora conforme avanza el deterioro cognitivo en la demencia.

3. Contribuir a la elaboración de material terapéutico aplicable en el ámbito clínico, como apoyo al desarrollo de actividades que ejerciten la competencia pragmática.

1.3. **Objeto de estudio formal y material**

Considerando lo dicho, esta tesis se inscribe en el dominio de la comunicación de las personas que padecen demencia. En concreto, el objeto de estudio material de nuestra investigación son los déficits de coherencia pragmático-discursiva en las personas que padecen demencia. Aunque se trata en profundidad en § 4.1., el diseño metodológico tiene como punto estratégico la elaboración de un protocolo de análisis de coherencia pragmático-discursiva que pueda ser empleado por profesionales que se ocupen tanto de la evaluación neuropsicológica como del diseño de terapias de rehabilitación.
cognitiva. Asimismo, este trabajo se sirve de la creación de un corpus oral que recopila 23 entrevistas con personas diagnosticadas con distintos tipos de demencia, con el que se ha testado la validez de dicho protocolo.

En cuanto al objeto de estudio formal, esta tesis se enmarca en el dominio de la pragmática clínica, rama de la lingüística clínica, a su vez dentro del ámbito de la lingüística aplicada. En este trabajo bebe de las teorías de la pragmática y las aplica para analizar el discurso de personas que padecen demencia. En esta línea, entendemos la coherencia pragmático-discursiva como un fenómeno transversal de la competencia comunicativa que resulta de la combinación de un uso correcto de todos los elementos pragmático-discursivos (véase § 2.1.3.)
CAPÍTULO 2. Marco teórico de la investigación

Este marco teórico se estructura en tres partes. En la primera, se explica parte de la conceptualización sobre la que se sustenta el abordaje pragmático al estudio del lenguaje. En la segunda, se define el campo en el que se contextualiza esta tesis y, por último, en la tercera, se presenta el modelo de producción y comprensión coherente del que partimos para efectuar el protocolo de coherencia pragmático-discursiva.

2.1. La coherencia discursiva como objeto de estudio pragmático

En comparación con la longevidad de la que presume la ciencia del lenguaje, la pragmática es una disciplina relativamente reciente. De hecho, no se consolidó como tal hasta mediados de los años 70, cuando empezaron a realizarse congresos y a editarse revistas específicas sobre la aproximación pragmática al lenguaje y a las lenguas, entre ellas: Journal of Pragmatics, Pragmatics, Pragmalingüística y Cognición. En 1986 se creó la International Pragmatics Association, dedicada a promover el avance científico respecto de los estudios pragmáticos.


La propuesta de Escandell Vidal (1996: 16), que es quizás la más general, propone que “se entiende por pragmática el estudio de los principios que regulan el uso del lenguaje en la comunicación, es decir, las condiciones que determinan el empleo de enunciados concretos emitidos por hablantes concretos en situaciones comunicativas concretas, y su interpretación por parte de los destinatarios”. Yule (1996: 3), por su parte, define la pragmática diferenciando cuatro líneas de estudio principales. Este enfoque difiere del de Escandell Vidal (1996) en que incide en el lenguaje no literal y en la distancia relativa:
1. Pragmatics is the study of speaker meaning
2. Pragmatics is the study of contextual meaning
3. Pragmatics is the study of how more gets communicated than is said,
4. Pragmatics is the study of the expression of relative distance”.

Finalmente, Cruse (2000: 16) presenta una propuesta que contrasta con las anteriores al centrar el objeto de estudio en la información que se obtiene a través del lenguaje:

“Pragmatics can be taken to be concerned with aspects of information (in the widest sense) conveyed through language which (a) are not encoded by generally accepted convention in the linguistic forms used, but which (b) none the less arise naturally out of and depend on the meanings conventionally encoded in the linguistic forms used, taken in conjunction with the context in which the forms are used [emphasis added]”.

La mirada pragmática del lenguaje ha evolucionado mucho en las últimas décadas, de manera notoria a partir del contacto con otras disciplinas a las que ha servido y de las que se ha enriquecido. Con el objetivo de esclarecer un poco más en qué punto se halla la aproximación pragmática en la actualidad, en este apartado explicaremos cuáles han sido sus orígenes y cómo ha evolucionado hasta hoy, hasta llegar a una notable fragmentación.

2.1.1. El desarrollo epistemológico de la pragmática

Dentro del campo de las ciencias del lenguaje, fue a partir del trabajo de Morris (1938), basado en investigaciones previas de Locke y Pierce (s/d), cuando se comenzó a emplear el término. En su artículo de 1938, Morris buscaba establecer un esquema general de la ciencia de signos o semiótica, para lo que designó tres tipos de relaciones que podían existir entre los signos: sintáctica, o relación formal de los signos entre sí; semántica: o relación de los signos con los objetos a los que estos se aplican; y pragmática, o relación de los signos con sus intérpretes (Gutiérrez Ordoñez 1996: 13).
Morris también quiso definir el alcance de la pragmática basándose en su teoría conductista de la semiótica y afirmó que “it is a sufficiently accurate characterization of pragmatics to say that it deals with the biotic aspects of semiosis, that is, with all the psychological, biological, and sociological phenomena which occur in the functioning of signs” (1938: 108).

A raíz de la tricotomía sintaxis, semántica y pragmática planteada por Morris, el término “pragmática” adquirió dos usos diferentes. Por un lado, se empleó en algunos libros de psicopatología de la comunicación y de la evolución del sistema de símbolos en el que se trataba la pragmática como un elemento de la lingüística semiótica, el uso que le había dado Morris. Por otro lado, dentro del ámbito de la filosofía del lenguaje tuvo lugar lo que se denominó el “giro lingüístico”: la filosofía analista, tanto la filosofía del lenguaje común como el positivismo lógico, empieza a observar el lenguaje como un elemento de análisis indispensable para comprender temas como la mente, la moral o la naturaleza (Ramallo 2000).

Sin embargo, los dos grupos enfocan este giro lingüístico de forma diferente. Por su parte, los positivistas lógicos sostienen la idea de que los códigos lingüísticos deben ser lógicamente perfectos para poder plasmar los significados. Dentro de este grupo destacan Davidson, Frege o Russell entre otros. La aportación de Carnap en este ámbito fue especialmente influyente, pues extendió por los círculos de investigación filosófica y metodológica su idea del concepto “pragmática”:

“If an investigation explicit reference is made to the speaker, or to put it in more general terms, to the user of the language, then we assign it [the investigation] to the field of
pragmatics... If we abstract from the user of the language and analyse only the expressions and their designates, we are in the field of semantics. And, finally, if we abstract from the designates also and analyse only the relations between the expressions, we are in (logical) syntax”. (1938: 2 apud Levinson 1983: 2-3).

No obstante, los filósofos del “lenguaje común” son de la opinión de que los códigos lingüísticos naturales son aquellos que deben estudiarse y que los filósofos no realizan una descripción adecuada del lenguaje. De esta reflexión es de donde parten los estudios de Austin, Grice, Moore o Strawson y en los que se basa la mayor parte de las propuestas sobre pragmática que ha habido hasta la fecha.

2.1.2. Conceptos clave de la pragmática

Uno de los principales problemas que tuvo que afrontar la pragmática como disciplina fue la delimitación de su objeto de estudio, pues tal y como señala Yule (1996: 6) en un comienzo se partió con la intención de dar respuesta a todos aquellos problemas que, a lo largo de los años, se habían ido depositando en una “papelera” de asuntos que no se habían podido resolver con los sistemas de análisis tradicionales.

Sin embargo, a partir de los trabajos seminales de Levinson (1983) y Leech (1983), en los que los autores recopilaron y organizaron todo lo que se había publicado en materia de pragmática hasta la fecha, se delimitaron las preguntas a las que se pretendía dar respuesta y las temáticas de la disciplina. Desde entonces, se han publicado numerosos manuales de pragmática que recogen los avances en las diferentes temáticas. En esta tesis nos hemos valido de estos manuales para llevar a cabo la recopilación conceptual que presentamos a continuación.

Contexto

Puesto que la pragmática consiste en el estudio de la lengua en contexto, la primera temática que desarrollaremos es el contexto. La definición de este término ha sido y sigue siendo un quebradero de cabeza para los estudiosos. Verschueren (1999) apunta que el término fue acuñado por primera vez por Malinowski (1927), con lo que sentó las bases de la posterior teoría pragmática: “exactly as in the reality of spoken or written languages, a word without linguistic context is a mere figment and stands for nothing by itself, so in the reality of a spoken living tongue, the utterance has no meaning except in the context of situation. (Malinowski 1923 apud Verschueren 1999: 75).
Una perspectiva interesante es la que apunta Levinson (1983: 19): “¿a qué podemos llamar entonces contexto? En primer lugar, debemos distinguir entre las situaciones reales de enunciación en toda su multiplicidad de rasgos, y la selección de solamente aquellos rasgos que son culturalmente y lingüísticamente pertinentes en cuanto a la producción e interpretación de enunciados”. En esta línea Ochs (1979 apud Levinson 1983: 20) apunta que “el ámbito del contexto no es fácil de definir [...] debe considerarse el mundo social y psicológico en el cual actúa el usuario del lenguaje en cualquier momento dado”.

Para van Dijk & Kintsch (1983), “además de una representación del significado de un texto, los usuarios del lenguaje también construyen modelos mentales de los eventos de los que tratan los textos; en otras palabras, construyen la situación que estos denotan o a los que se refieren, de ahí su nombre”. Van Dijk (2012) indica que estos modelos mentales serían únicos, personales y subjetivos, pero están limitados por escenarios (tiempo y lugar), participantes (papeles y situaciones) y las acciones, es decir, por un contexto. Para el estudio del contexto, el autor propone una subcategoría de modelo mental: los modelos contextuales que "organizan las formas en que nuestro discurso es estructurado y adaptado estratégicamente a toda situación comunicativa" (2012: 116).

Van Dijk (2012: 133-139) también propone un esquema de un modelo contextual básico que consideramos adecuado para realizar un estudio inicial de contexto en esta investigación:

- Escenario: Tiempo/Periodo, Espacio/Lugar/Ambiente;
- Participantes (el Yo, otros);
  - Roles comunicativos (estructura de la participación)
  - Tipos de papeles sociales, membrecía o identidades;
  - Relaciones entre los participantes (por ejemplo, poder, amistad)
  - Conocimiento y creencias sociales compartidos;
  - Intenciones y objetivos;
- Acciones/Eventos comunicativos y de otro tipo.
Deixis

Una de las primeras preocupaciones de los estudios de la pragmática fue la deixis. El término “deixis” proviene del griego y significa “indicar a través del lenguaje”. Es uno de los elementos de relación más obvios entre el contexto y las estructuras lingüísticas que empleamos y uno de los primeros que adquirimos del lenguaje. Levinson (1983: 54) define esta temática del siguiente modo: “essentially deixis concerns the ways in which languages encode or grammaticalise features of the context of utterance or speech event, and thus also concerns the ways in which the interpretation of utterances depends on the analysis of that context of utterance”.

Además, para el autor, la deixis comprende el uso de demostrativos, los pronombres de primera y segunda persona, algunos adverbios de tiempo y lugar, el tiempo verbal y algunos otros trazos gramaticales relacionados con el contexto en el que se dé la comunicación. Asimismo, dentro de la deixis existen diferentes categorías. Hay varios autores, como es el caso de Grundy (1995) o Yule (1996), que citan tres tipos: la personal, que concierne a los participantes; la de tiempo, un indicador temporal dependiente del momento en el que se produzca la interacción y la de lugar, que es la que especifica ubicaciones concretas dentro de la interacción. Otros autores, como es el caso de Levinson (1983), también incluyen la discursiva, que remite a las expresiones que dentro de un acto comunicativo se refieren a otras partes del propio acto (Levinson 1983: 85); y la social, para Fillmore (1975: 76) “that aspect of sentences which reflect or establish or are determined by certain realities of the social situation in which the speech act occurs”.

Inferencia pragmática

Otro concepto esencial es el de inferencia, pues es el concepto bajo el que se estudian los procesos mentales que permiten descifrar los mensajes que emiten nuestros interlocutores. Huang (2011: 397) la define de la siguiente forma: “a process of accepting a statement or proposition (called the conclusion) on the basis of the (possibly provisional) acceptance of one or more statements or propositions (called the premises)”.

Dentro del término inferencia se agrupan distintos fenómenos. Verschueren (1999: 34) distingue tres tipos de inferencia o tipos de significado implícito:
1. Implicatura conversacional vs. implicatura convencional

2. Entrañamiento

3. Presuposiciones

En las líneas que siguen profundizamos en estos conceptos en detalle, pues constituyen el núcleo duro de la pragmática.

1. Implicatura conversacional vs. implicatura convencional

La implicatura es uno de los conceptos más importantes de este campo, pues busca explicar cómo se puede expresar más de lo que realmente se dice. Las bases de su estudio provienen de Grice (1975), quien planteó una teoría sobre las directrices que guían, de forma inconsciente, el devenir de nuestras conversaciones. Estas directrices, conocidas como máximas conversacionales se manifiestan de forma conjunta con el principio de cooperación: “make your contribution such as is required, at the stage at which it occurs, by the accepted purpose or direction of the talk exchange in which you are engaged”. Las máximas, que el autor basó en el trabajo de Kant, son las que siguen (Grice 1975):

“La máxima de Calidad:

Trate de que su contribución sea verdadera, específicamente:

(i) No diga lo que crea que es falso.
(ii) No diga algo de lo cual carezca de pruebas adecuadas.

La máxima de Cantidad:

(i) Haga su contribución tan informativa como exigen los propósitos actuales del intercambio.
(ii) No haga su contribución más informativa de lo requerido.

La máxima de Pertinencia:

Haga contribuciones pertinentes.

La máxima de Manera:

Sea perspicuo y específicamente:

(i) Evite la oscuridad en la expresión.
(ii) Evite la ambigüedad.
(iii) Sea breve.

3 Por coherencia con el resto del apartado hemos tomado la traducción de las máximas a castellano en Levinson (1983), aunque la versión consultada ha sido la original.
Tal y como apunta Levinson (1983), no se trata de que estas normas se sigan a pies juntillas en todas las conversaciones, sino de que cuando se transgrede alguna de ellas, el interlocutor perciba que estos principios conversacionales se encuentran en un nivel más profundo, es decir, que la inferencia surge como un recurso para mantener la asunción de cooperación.

Grice (1975) también apunta que es conveniente distinguir este tipo de implicatura, denominada conversacional y que se caracteriza por que el sentido implícito se deduzca a partir de una transgresión obvia de las máximas de conversación y del principio de cooperación; es decir, el sentido que obtenemos de lo que no se ha dicho estrictamente, de la implicatura convencional o *Andeutung*, que es el significado que no se puede deducir desde la lógica del principio de cooperación y que deriva de los aspectos convencionales de los elementos lingüísticos que se han empleado.

Por último, Grice propone cinco propiedades esenciales que caracterizan las implicaturas:

(a) Son defectibles, es decir, al contrario que el entrañamiento se pueden invalidar si añadimos premisas adicionales.

(b) No son separables, pues al contrario que las presuposiciones se deben al contenido semántico y no a la forma lingüística.

(c) Son calculables, en la medida en que se puede estipular la ruta que establece el destinatario para realizar la inferencia.

(d) No son convencionales, ya que el significado no es el convencional de los elementos lingüísticos que las conforman.

2. **Entrañamiento**

El concepto de entrañamiento va ligado esencialmente al de implicatura. Para Grice (1975) son aquellas inferencias que se extraen directamente y de forma lógica del contenido semántico de los elementos que componen el enunciado. En palabras de Huang (2011: 397) el entrañamiento supone una relación semántica que puede definirse como verdadera cuando "a proposition (or sentence expressing a proposition) $p$ entails a
proposition (or sentence expressing a proposition) \( q \) if and only if the truth of \( p \) guarantees the truth of \( q \)."

3. Presuposición

La presuposición es uno de los temas más estudiados dentro del campo de la pragmática. Se trata de un tipo de inferencia a través de la cual la información que contiene un enunciado se da por hecho. El precursor del concepto presuposición fue Frege, quien presentó una teoría de la presuposición mediante las siguientes proposiciones (*apud* Levinson 1983: 162):

- Los sintagmas nominales y las cláusulas temporales (por ejemplo) llevan consigo presuposiciones con el propósito de que posean referencia.
- Una oración y su réplica negativa comparten el mismo conjunto de presuposiciones.
- Para que una afirmación o una oración sea verdadera o falsa, sus presuposiciones deben ser verdaderas o satisfechas.

Por su parte, Rusell (1905) mostró su desacuerdo con la teoría de la referencia de Frege, a través de su afamada teoría de las descripciones que se basaba en las siguientes afirmaciones:

> Existe una entidad \( x \), tal que:
> - \( x \) posee la propiedad \( F \)
> - no hay ninguna otra entidad \( y \) que sea distinta de \( x \) y que posea la propiedad \( F \)
> - \( x \) posee la propiedad \( G \)

La siguiente aportación significativa no llegó hasta Strawson (1950), quien afirmó que las oraciones no poseían la capacidad de ser verdaderas o falsas, sino que esta propiedad era intrínseca de las declaraciones. La relación que existe entre la declaración y la oración es lo que Strawson denominó presuposición, al comprobar que era una entidad distinta del entrañamiento o inferencia lógica, concepto explicado en el apartado anterior.

Por último, Levinson (1983: 177) también expone las propiedades de las presuposiciones:

1. Son defectibles en (a) ciertos contextos del discurso y (b) ciertos contextos intraoracionales.
2. Están aparentemente vinculadas a determinados aspectos de la estructura superficial.

**Actos de habla**

Por su parte, el acto de habla es una de las temáticas de la pragmática sobre la que más se ha publicado. Es un concepto que tiene su origen en los trabajos de Austin (1962) y que fue desarrollado por su discípulo Searle, quien los definió como “the basic unit of linguistic communication” (1969: 136). Austin apuntó que existían ciertos enunciados que no poseían la cualidad de ser verdaderos o falsos, sino que realizaban automáticamente la acción que enunciaba, como es el caso de promesas, juramentos, certificaciones, etc. A estos enunciados los denominó “performativos”. Austin sostenía que todas nuestras comunicaciones son actos y diferenciaba tres tipos:

(i) Los actos locutivos son aquellos que realizamos cuando decimos algo, son actos fonéticos, gramaticales y semánticos.

(ii) Los actos ilocutivos son los que llevamos a cabo cuando en un enunciado expresamos nuestras intenciones.

(iii) Los actos perlocutivos son aquellas intervenciones lingüísticas que busca producir en un efecto en los destinatarios.

Además, el autor también distinguió dos tipos de actos:

(i) Actos directos: son aquellos en los que la intencionalidad del enunciado se expresa explícitamente, es decir, el sentido locutivo e ilocutivo es el mismo.

(ii) Actos indirectos: son aquellos en los que la intencionalidad del enunciado no se expresa de forma explícita, es decir, el sentido ilocutivo de la oración no coincide con el locutivo.

Por su parte, Searle (1969) constató que el empleo del lenguaje durante una comunicación se basa siempre en una serie de reglas que rigen todas las comunicaciones lingüísticas. La gran aportación de Searle fue desarrollar un modelo que describe las características formales del enunciado, así como las condiciones de felicidad, es decir, aquellas que se deben de dar para que un acto de habla se lleve a cabo de forma exitosa:
(i) Condición de contenido proposicional: futuro estado de lo que se especifica en el acto de habla.

(ii) Condición preparatoria: el emisor posee la información necesaria para emitir una opinión sólida sobre el futuro estado de lo que especifica en el acto de habla.

(iii) Condición de sinceridad: el emisor verdaderamente cree que el futuro de lo que ha especificado en el acto de habla ocurrirá.

(iv) Condición esencial: el enunciado constituye un acto en el que el emisor se compromete a que el futuro estado de lo que se especifica en el acto de habla ocurra tal y como lo ha dicho.

Asimismo, Searle (1976) propuso una clasificación de actos de habla común a todas las lenguas que aún hoy en día se considera la más influyente:

- Actos asertivos. Son declaraciones que expresan la verdad del emisor acerca de una situación (p.ej. Ayer fuimos al supermercado).
- Actos directivos: expresan una petición, orden o deseo (p.ej. Por favor, vete al supermercado).
- Actos comisivos: expresan la intención y/o compromiso del emisor a realizar una acción en el futuro (p.ej. Te prometo que iré al supermercado).
- Actos expresivos: son aquellos que ponen de manifiesto el estado psicológico y las emociones del emisor (p.ej. Te agradezco que vayas al supermercado).
- Actos declarativos: son aquellos mediante los cuales se produce un cambio en la realidad institucional, como por ejemplo una boda, un bautizo o una condena a prisión (p.ej. Yo les declaro marido y mujer).

**Cortesía lingüística**

Igualmente, es necesario mencionar la cortesía lingüística. Es conveniente distinguir cortesía social, es decir, “conjunto de normas sociales establecidas por cada sociedad, que regulan el comportamiento adecuado de sus miembros, prohibiendo algunas formas de conducta y favoreciendo otras” (Escandell Vidal 1996: 161), de la cortesía lingüística, que se entiende como “un conjunto de estrategias conversacionales destinadas a evitar o mitigar posibles conflictos” (Escandell Vidal 1996: 163).
La primera propuesta relevante de reglas reguladoras del comportamiento interpersonal la encontramos en Searle (1969), a partir de la cual comienzan a surgir diferentes propuestas a este respecto. Una de las aportaciones más significativas son las reglas de cortesía de Lakoff (1973), quien se basó en las máximas de Grice (1975) para elaborar las siguientes pautas de cortesía.

(i) Sea claro.
(ii) Sea cortés.

La autora subdividió esta última en tres posibilidades:

(i) No se imponga.
(ii) Ofrezca opciones.
(iii) Refuerce los lazos de camaradería.

También son muy relevantes las aportaciones de Leech (1983), que propuso un principio de cortesía desglosado en seis máximas:

(i) Máxima de tacto.
(ii) Máxima de generosidad.
(iii) Máxima de aprobación.
(iv) Máxima de modestia.
(v) Máxima de acuerdo.
(vi) Máxima de simpatía.

Por último, fueron Brown & Levinson (1987) quienes hicieron la aportación más significativa al explicar algunos de los mecanismos universales sobre el funcionamiento de la cortesía en las lenguas, no ajena a las críticas provenientes de posturas culturalistas. Esencialmente, su modelo parte de la base de que existen una imagen positiva y una negativa que dependen entre sí. Según Brown & Levinson (1987: 13):

>Central to our model is a highly abstract notion of ‘face’ which consists of two specific kinds of desires (‘facewants’) attributed by interactants to one another: the desire to be unimpeded in one’s actions (negative face), and the desire (in some respects) to be approved of (positive face). This is the bare bones of a notion of face which (we argue) is universal, but which in any particular society we would expect to be the subject of much cultural elaboration.
Es decir, que la imagen se basa en dos deseos de los interlocutores: por un lado, que no se impida ninguno de sus actos, o imagen negativa y, por otro, que estos actos sean aceptados (imagen positiva). Para los autores, los interlocutores deben evitar afectar negativamente a la imagen del otro. Sin embargo, en ocasiones se dan casos en los que la imagen de uno de los interlocutores se ve afectada por lo que Brown & Levinson (1987) denominaron Actos Amenazadores de la Imagen. La autora y el autor distinguen cuatro tipos:

a) Actos que amenazan la imagen positiva del enunciador: son aquellos en los que el emisor muestra una imagen que puede resultar amenazadora para su imagen positiva, es decir autocríticas, confesiones...

b) Actos que amenazan la imagen positiva del destinatario: son aquellos en los que se falta al respeto del receptor, como por ejemplo, burla, insulto, ironía, etc.

c) Actos que amenazan la imagen negativa del enunciador: son aquellos mediante los cuales el emisor limita su libertad de acción: promesa, compromiso, etc.

d) Actos que amenazan la imagen negativa del destinatario: son aquellos mediante los cuales el emisor impone su voluntad sobre el receptor, como órdenes o prohibiciones.

La autora y el autor sostienen que la mejor estrategia para ser corteses es evitar en la medida de lo posible cualquier acto amenazador. Sin embargo, hay distintas estrategias cuando el acto amenazador está presente:

1. Abiertas y directas: no se muestra ningún esfuerzo para minimizar la amenaza a la imagen del interlocutor. *Quiero que cierres la ventana.*

2. Abiertas e indirectas de cortesía positiva: muestran un reconocimiento de que el interlocutor debe ser respetado. ¿*Podría cerrarse la ventana?*

3. Abiertas e indirectas de cortesía negativa: muestra un reconocimiento de que el interlocutor debe ser respetado, pero aun así se impone la voluntad sobre la suya. *No quiero incordiar, pero ¿podrías cerrar la ventana?*

4. Encubiertas: se evita amenazar la imagen mediante un enunciado indirecto. *¡Qué frío hace!*
Por último, Brown & Levinson (1987) distinguen entre cortesía positiva, cortesía negativa y cortesía encubierta. La cortesía positiva consiste en una compensación a la imagen positive del receptor, de modo que sus deseos se perciban como algo deseable. Esta compensación se basa en que el emisor transmita unos deseos de una naturaleza semejante a los del receptor. Por otro lado, la cortesía negativa es una muestra de que no se desea limitar la libertad de acción del destinatario. Para los autores, la cortesía negativa es la base del comportamiento respetuoso. Por último, la cortesía encubierta busca realizar un acto comunicativo cortés al que no se le puede atribuir una intención comunicativa definida.

Informatividad

La informatividad en pragmática surge como tema a partir de la investigación dentro del campo de las implicaturas. En este sentido, Levinson (1983: 137) afirma:

“Parece existir un principio de informatividad, que en algunas circunstancias determinadas nos permite interpretar en un enunciado más información de la que realmente contiene –en contraste con el principio de Cantidad que únicamente permite la inferencia adicional de que (según lo que sabe el hablante) no puede hacerse ninguna declaración más fuerte”.

Sin embargo, quienes trataron este concepto más en detalle fueron Beaugrande & Dressler (1997), que propusieron que todo texto debía cumplir siete criterios entre los que se encontraba la informatividad, aunque fue clasificado por los autores como un criterio de tipo computacional y no pragmático. Para ellos, este concepto “se relaciona con el grado de novedad o de imprevisibilidad que un texto tiene para sus autores” (Beaugrande & Dressler 1997: 201) y se calcula a partir de su contenido.

Además, los autores establecen tres niveles de informatividad presentes en las interacciones comunicativas reales.

1. Primer nivel de informatividad: cuando un hablante opta por una opción con un alto grado de probabilidad, o sea, previsible. Requiere un nivel de atención bajo por parte de los receptores. Aquí las elecciones que hace el receptor para aplicar a las interacciones son de dos tipos: por defecto, es decir, de forma prácticamente
automática o por preferencia, es decir, favoreciendo unas posibilidades frente a otras.

2. Segundo nivel de informatividad: cuando el hablante elige tomar elecciones no predecibles. Prácticamente en todos los discursos se incluyen varios elementos que pertenecen a este nivel, para aumentar en interés del interlocutor.

3. Tercer nivel de informatividad: son elementos extremadamente infrecuentes que se caracterizan por atraer la atención del interlocutor y suponer un esfuerzo cognitivo alto para este. Los más comunes son las discrepancias, elementos que no encajan por los almacenados en la memoria del interlocutor y las discontinuidades, que son aquellos que no constan de una configuración precisa.

Normalmente en un discurso aparecen varios grados de informatividad y esta puede aumentarse y disminuirse para mantener un nivel intermedio. La disminución de la informatividad puede adquirir tres direcciones: (i) regresiva, si el receptor busca las motivaciones para que el emisor haya emitido el enunciado como lo ha hecho; (ii) progresiva, cuando el emisor es el que realiza la búsqueda de motivaciones del emisor; y (iii) abdutiva, si las decisiones que se revisan superan las opciones textuales disponibles.

**Topicalidad**

La topicalidad o progresión temática consiste en el análisis del progreso de la información a lo largo del discurso. Antes de entrar en profundidad en este concepto, es necesario entrar en la definición del término “tema”. Para Gundel (1985) el tema es aquello que nos indica de qué trata un enunciado y tiene como función primaria determinar la relevancia de la frase. El autor distingue, además, el concepto tema pragmático, que define como aquel destinado a aumentar el conocimiento del interlocutor, pedirle información o solicitar que el interlocutor actúe de una determinada manera.

De acuerdo con Calsamiglia & Tusón (2007) el avance temático del discurso es siempre lineal y se expresa mediante la posición que las unidades de información ocupan en la oración. Las autoras mencionan las siguientes reglas de informatividad:

a) Se parte de una información presupuesta y compartida que se activa. Por nueva que parezca la información que se introduce, el punto de partida es algo conocido a partir de lo cual se construye una línea de avance.
b) Se van incorporando elementos nuevos que empujan hacia adelante el contenido textual, sin interrupciones ni demoras que hagan perder la línea del avance discursivo.

c) Se llega a un término, a una conclusión de la línea informativa, necesaria para que el texto se configure como tal (2007: 240).

Además, las autoras destacan el trabajo de Combettes (1988), quien designó el término tema para la información conocida y rema para la información nueva y estableció las siguientes pautas de progreso de la información:

- **Progresión lineal:** existe un tema inicial y el rema que deriva de este se convierte en el tema siguiente.
- **Progresión de tema constante:** un tema inicial va dando lugar a un número amplio de remas.
- **Progresión de temas derivados:** un tema inicial va dando lugar a distintos subtemas, cada uno con sus propios remas.
- **Progresión de tema o rema ramificado:** un tema o un rema se extienden en varios subtemas.

*Alternancia de turnos*

Dentro de la corriente del Análisis de Conversación uno de los temas más recurrentes es la alternancia de turnos. La teoría más relevante en este respecto es la del sistema de dirección local propuesta por Sacks, Schegloff & Jefferson (1978), que expone una serie de reglas que operan turno a turno. Para los autores, las unidades mínimas en la conversación son las participaciones, que constituyen las unidades estructuradoras de turno. Cada hablante dispone de una unidad estructuradora de turno y, cuando este acaba, los hablantes pueden intercambiarse en el lugar pertinente de transición. Las reglas propuestas por Sacks, Schegloff & Jefferson (1978) y simplificadas por Levinson (1983: 284), en las que A es el hablante actual y S el siguiente, son las que siguen:

**Regla 1:** se aplica en el primer lugar pertinente de transición de cualquier turno.

   a) Si A selecciona a S durante el turno actual, entonces A debe dejar de hablar y S debe hablar a continuación; la transición entre uno y otro tiene lugar en el primer lugar pertinente de transición después de la selección de S.
b) Si A no selecciona a S, entonces cualquier (otra) parte puede autoseleccionarse; el primer hablante adquiere los derechos para el turno siguiente.

c) Si A no ha seleccionado a S y ninguna otra parte se autoselecciona según la opción (b), entonces A puede (pero no es necesario) continuar (es decir, hacer valer sus derechos para otra unidad estructurada en turnos).

Regla 3: se aplica en todos los lugares pertinentes de transición subsiguientes.

Cuando la Regla (c) ha sido aplicada por C, entonces en el siguiente lugar pertinente de transición se aplican las Reglas (1)-(c), y recursivamente en el siguiente lugar pertinente de transición, hasta que se efectúa un cambio de hablante.

También los silencios funcionan como asignadores de turno. Se distinguen tres tipos:

   a) Intervalo, de naturaleza breve.
   b) Lapso, pausa algo más larga que el intervalo.
   c) Silencio atribuible, que se da cuando el propio enunciado que precede al silencio indica que el turno corresponde al siguiente hablante, como por ejemplo después de una pregunta.

Dentro del Sistema de dirección local un de los conceptos más importantes es el de los pares adyacentes. Schegloff & Sacks (1973) propusieron que existían ciertos pares de enunciados que siempre aparecían juntos en la conversación y presentaban las siguientes características:

   a) Hay dos enunciados formados por dos partes.
   b) Son adyacentes.
   c) Son emitidos por hablantes diferentes.
   d) La primera parte siempre debe preceder a una determinada segunda parte (de un rango de posibles segundas partes).
   e) El tipo de par de la primera parte determina la selección de la segunda.

De acuerdo con los autores, existen dos estrategias que permiten la identificación del tipo de par: la sintaxis y el uso de algunos componentes convencionales característicos de la primera parte, como por ejemplo “por favor” antes de realizar una petición. Para Schegloff & Sacks (1973: 74) también hay una “basic rule of adjacency pairs operation”:
cuando estos pares adyacentes aparecen en la conversación, el primer hablante siempre debe dejar de hablar para que el segundo pueda pronunciar la segunda parte que corresponde al par.

Más adelante, Sacks, Schegloff & Jefferson (1978) desarrollaron el concepto de pares adyacentes e indicaron que no todas las segundas partes son recibidas de la misma forma por los interlocutores, sino que existe una organización de preferencia. Esto quiere decir que cada primera parte del par adyacente puede completarse con una segunda parte preferida o no preferida. Para Levinson (1983), la preferencia no está relacionada con los gustos de los hablantes, sino que está relacionada con la estructura de la lengua, es decir con la marcación. Por lo tanto, según el autor (1983: 307) “preferred seconds are unmarked –they occur as structurally simpler turns: in contrast dispreferred seconds are marked by various kinds of structural complexity.” La Tabla 2 recoge la clasificación propuesta por Levinson (1983: 336) que muestra los tipos de pares adyacentes con sus correspondientes pares preferidos o no preferidos.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Adjacency pairs</th>
<th>1ª part</th>
<th>2ª part</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Preferred</td>
<td>Dispreferred</td>
</tr>
<tr>
<td>Requests</td>
<td>Acceptance</td>
<td>Refusal</td>
</tr>
<tr>
<td>Offer/invite</td>
<td>Acceptance</td>
<td>Refusal</td>
</tr>
<tr>
<td>Assessment</td>
<td>Agreement</td>
<td>Disagreement</td>
</tr>
<tr>
<td>Question</td>
<td>Expected answer</td>
<td>Unexpected answer/ no answer</td>
</tr>
<tr>
<td>Blame</td>
<td>Denial</td>
<td>Admission</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Por último, también es interesante el fenómeno acuñado por Schegloff, Jefferson & Sacks (1977) como reparación, que remite a los mecanismos a los que recurren los hablantes para evitar aquellas fuentes de problemas durante la conversación. Para los autores, “organization of repair is the self-righting mechanism for the organization of language use in social interaction” (1977: 381), pues se trata de una teoría basada en la lengua natural que muestra los problemas inherentes a ella.

**Otras temáticas**

Además de los mencionados hasta el momento, la pragmática comprende otras temáticas de estudio como la modalidad, que es la expresión lingüística de la valoración,
las creencias y la actitud de los emisores sobre sus enunciados mediante procesos de modalización (Halliday 1985; Payrató 2003); la argumentación, que se estudia como la manifestación prototípica de los actos perlocutivos o la polifonía comunicativa (Ducrot 1980, 1984), que trabaja con textos polifónicos, es decir “textos en los cuales, para captar toda la profundidad de su sentido, es necesario reconocer la existencia de varias voces simultáneas que concuerdan o que se contradicen” (Gutiérrez Ordoñez 1996: 61). También es conveniente destacar que hay temáticas que anteriormente se consideraban parte de la competencia pragmática pero que actualmente han pasado a constituir una rama de estudio propia, como es el caso del análisis del discurso y el análisis de la conversación.

2.1.3. La coherencia pragmático-discursiva

Para poder comunicarnos con éxito es necesario que nuestros enunciados y acciones “tengan sentido”. Dependiendo de la situación en la que estemos, a quién nos estemos dirigiendo o de cuáles sean nuestros objetivos, escogemos distintas estrategias comunicativas, palabras y acciones, es decir, tratamos de “ser coherentes”. De este modo, sin coherencia, la interpretación de un enunciado es un enorme desafío que, con frecuencia, convierte cualquier interacción en una práctica infructuosa. Por lo dicho, es obvio que la coherencia —y su negociación—, supone un rasgo básico de todo texto socio-históricamente contextualizado.

Una de las propuestas seminales que sentó las bases de todos los estudios posteriores sobre coherencia fue la de Charolles (1978) quien propuso cuatro reglas que todo texto debe cumplir para poder ser considerado como coherente:

- Meta-regla de repetición (MR1): para que un texto sea coherente, debe mantener en su desarrollo lineal elementos de recurrencia estricta.
- Meta-regla de progresión (MR II): para que un texto sea coherente, su desarrollo debe acompañarse de un aporte semántico constante.
- Meta-regla de no-contradicción (MR III): para que un texto sea coherente, en su desarrollo no se debe introducir ningún elemento semántico que contradiga un contenido introducido, presupuesto o deducible por inferencia en una ocurrencia anterior.
• Meta-regla de relación (MR IV): para que un texto sea coherente los hechos que narra deben estar relacionados con el mundo que se representa.

A partir de aquí, dentro del campo de la lingüística, la coherencia textual se ha estudiado desde teorías explicativas diversas (Vilanorvo 1991). Para Hellman (1995) se trata de un fenómeno multifocal que puede ser abordado desde distintas perspectivas: propiedad formal de los textos, mecanismo de procesamiento del discurso, proceso mediante el cual se infieren relaciones entre las ideas, actos y estados presentes en el texto, así como una muestra de las intenciones del emisor.

De este modo, tal y como señala Givon (1995) nos encontramos por un lado con definiciones basadas en el texto en sí, como pueden ser la de van Dijk (1977), quien afirma que "a dialogue is coherent due to the assignment of the various utterance meanings to one macro-structural topic" o la de Graesser (1981) siguiendo a Kintsch (1979) para quien "coherence graphs are constructed on the basis of a simple coherence rule, connections are formed whenever two propositions share an argument". Por otro lado, otros autores la contemplan como un fenómeno del procesamiento del lenguaje. Es el caso de Hobbs (1979) o Edmonson (1981), para quien es equiparable a la interpretabilidad del discurso.

Dado el objeto de estudio de esta tesis (§ 1.1.), la definición de coherencia que encontramos en Givón (1995: 1) nos parece la más adecuada en la medida en que sitúa el centro de la reflexión conceptual en la dimensión cognitiva del hablante: "the coherence we are really after is not the coherence of the external text but rather the coherence of the mind that produce, store and retrieve the mental text. ...we study the coherence of external text as a useful heuristic in order to get insights about the coherence of mental text, and about the mind that produces it".

**Coherencia y competencia comunicativa**

Además de su propiedad como producto mental, entendemos la coherencia como un concepto amplio y transversal de la competencia comunicativa, entendida como “what a speaker needs to know to communicate effectively in culturally significant settings” (Gumperz & Hymes 1972: vii). Posteriormente, Canale & Swain desarrollaron un modelo teórico (1980, 1981) que distingue tres componentes: la competencia gramatical, también denominada competencia lingüística (p. ej. Savignon 1983), que es el
conocimiento de la pronunciación, gramática y vocabulario de una lengua; la competencia sociolingüística, que son aquellas normas necesarias para comprender la lengua en distintos contextos sociales y culturales y la competencia estratégica, que son aquellos recursos empleados para compensar problemas o déficits comunicativos. Más adelante, Canale (1983, 1984) añadió la competencia discursiva, que es la que determina de qué manera se combinan las formas y significados para crear una unidad textual significativa (oral o escrita).

Así, en esta investigación proponemos que la coherencia es un elemento presente en todos estos componentes. En la competencia lingüística es necesaria para que la aplicación de las reglas de una lengua sea correcta y se ciña a las convenciones (p. ej. el uso correcto de las vocales abiertas y cerradas en lengua gallega). En la competencia sociolingüística existe una coherencia implícita en el seguimiento de los estándares culturales y sociales presentes en una lengua (p.ej. las convenciones de saludo y despedida en cada cultura). En la competencia estratégica está presente en la medida en que si intentamos cubrir una carencia en el lenguaje debemos ser coherentes, si no el problema será aún más evidente (p. ej. si no conseguimos recordar una palabra y la sustituimos por palabra o expresión que no tiene relación alguna con el contexto). En esta tesis, consideramos la competencia estratégica como una habilidad clave a la hora de mantener la coherencia en casos de trastornos pragmáticos, pues cuando se encuentra preservada funciona como un recurso esencial para poder continuar con la estructura de la conversación de forma coherente. Finalmente, en la competencia discursiva, la coherencia siempre se ha considerado un elemento central que determina la unidad de un texto. En su modelo, Canale (1983, 1984) definió la coherencia como el elemento que une el texto a través del significado, mientras que para el autor la cohesión lo une formalmente.
Tal y como señala Pilleux (2001), existen modelos que contemplan también otros tipos de competencia tales como la cultural, la emocional, la pragmática o la sociolingüística. Al igual que hemos ejemplificado en los casos anteriores, en ellos la coherencia también funciona como elemento transversal y fundamental para que funcionen de forma eficaz en la construcción del discurso.

La coherencia pragmático-discursiva

En esta tesis hemos decidido centrarnos en el estudio de la coherencia como parte de la competencia discursiva o pragmática. Es conveniente señalar que la coherencia se ha enmarcado tradicionalmente como un elemento de análisis textual, por ejemplo, el modelo de Beaugrande & Dressler (1997: 12) la contempla como uno de los siete estándares que todo texto ha de cumplir. Sin embargo, otros autores la contemplan como un concepto más extenso, pues para ellos incluye las relaciones pragmáticas desde la perspectiva de que “toda comunicación se da necesariamente en el discurso, en cualquiera de sus manifestaciones, y a los tipos de texto corresponden tipos de comunicación” (Vilarnovo & Sanchez 1992: 13 apud Blanco 1994). Esta perspectiva es a lo que se denomina coherencia pragmática o discursiva.
Dentro de este enfoque se encuadran Calsamiglia & Tusón (2007: 212), para quienes la coherencia se define del siguiente modo: “la coherencia es un concepto que se refiere al significado del texto en su totalidad, abarcando tanto las relaciones de las palabras con el contexto como las relaciones entre las palabras en el interior del mismo texto”. Otros autores que comparten esta visión son Brown & Yule (1983), que en sus trabajos relacionan la coherencia con los conceptos pragmáticos: se estudian las voluntades de los hablantes, sus fines, las inferencias necesarias para la compresión de los enunciados y la importancia del contexto (Calsamiglia & Tusón 2007: 222). Es importante destacar que estos estudios en coherencia pragmático-discursiva siempre parten del principio de presunción de coherencia: “toda clase de mensajes emitidos de un Emisor para un Receptor se consideran bajo la hipótesis de un comportamiento racional que no admite idealmente un comportamiento ilógico y absurdo” (ibid. 2007: 222).

**Coherencia y cohesión**

Ligado a la coherencia va siempre el concepto de cohesión, pues, aunque algunos autores consideran que son elementos independientes y que la coherencia corresponde a las relaciones a nivel subyacente y la cohesión a nivel más superficial, otros, como es el caso de Calsamiglia & Tusón (2007) o Tanskanen (2006), la consideran una “manifestación de la coherencia”. Tanskanen (2006: 7) la define del siguiente modo: “cohesion refers to the grammatical and lexical elements on the surface of a text which can form connections between parts of the text”. Por su parte, Giora (1985: 700) insiste en que “cohesion cannot be considered a sufficient condition for text coherence […], cohesion is not an independent requirement but a by-product of coherence”. En esta línea, es esta tesis consideramos la cohesión como un elemento vertebrador de la coherencia.

Uno de los trabajos seminales en el campo de la cohesión es el de Halliday & Hassan (1976), que establecieron una clasificación de los distintos tipos de mecanismos de cohesión presentes en el discurso. Así, determinaron que existen cinco tipos de cohesión primarios:

- **Referencialidad**: fenómeno en el que ciertos elementos del discurso (habitualmente pronombres personales, demostrativos y comparativos) no poseen valor semántico propio, sino que esta información (significado referencial) se encuentra en otros
elementos a los que estos hacen referencia. En este caso, para que exista cohesión es necesaria “la continuidad del referente” a través de una relación semántica (1976: 31). Por ejemplo:

_a._ ¿Quedamos para cenar con _tus primos_?

_b._ _Ellos_ al final no vienen, pero _podemos salir nosotros de todos modos._

En el caso del ejemplo, el pronombre “ellos” sustituye a la frase nominal “tus primos”. Por lo tanto, se trata de dos elementos de categoría gramatical diferente y la relación es plenamente semántica.

- **Sustitución**: consiste en remplazar un elemento léxico por otro de la misma categoría semántica. La principal diferencia con la referencialidad reside en que la sustitución tiene carácter léxicogramatical, mientras que en la referencialidad se prima la semántica. Por ejemplo, en este caso el pronombre indefinido “uno” sustituye gramaticalmente a la frase nominal “un bolígrafo” dentro de la oración.

    _c._ ¿Tienes un _bolígrafo_?

    _d._ Solo tengo _uno_ de color rojo.

Las formas más comunes de cohesión por sustitución son los pronombres indefinidos para sustituir a nombres, el verbo hacer para sustituir verbos.

- **Elipsis**: Halliday & Hassan (1976: 142) la definen como “substitución by zero”, es decir, se elimina la referencia, que se infiere a través de la presuposición del sentido ilocutivo de la frase. Se trata, en la mayoría de los casos de un fenómeno anafórico, pues el referente suele encontrarse en el texto precedente.

   _Mi hermana _trabaja_ en el hospital y _mi hermano_ en una empresa._

En este ejemplo se elimina la repetición del verbo “trabajar” pero la información contextual consigue que el receptor presuponga que el verbo de la segunda frase es el mismo.

- **Cohesión léxica**: esta categoría se encuentra a caballo entre la referencialidad y la sustitución, pues consiste en referirse al referente con un “nombre común”, con lo cual tiene carácter tanto gramatical como semántico. En el caso del castellano, Calsamiglia & Tusón (2007) apuntan los siguientes mecanismos de cohesión léxica como los más habituales:
- **Repeticiones (exactas o parciales).** El niño entró en su habitación. La habitación era muy grande.
- **Sustitución por sinónimos o cuasi sinónimos.** El niño entró en su habitación. Era un dormitorio muy grande.
- **Sustitución por hipónimos, hiperónimos o antónimos.** El perro jugaba en el jardín. Se trataba de un animal muy dócil.
- **Sustitución por metáfora o metonimia.** El perro jugaba en el jardín. Se trataba de un animal muy dócil.
- **Sustitución por calificaciones valorativas.** El terremoto sacudió duramente la ciudad. La catástrofe fue terrible para todos.
- **Sustitución por proformas léxicas, es decir, por términos poco precisos.** Me he dejado el paraguas y el sombrero en tu casa. ¿Cuándo puedo pasar a por mis cosas?

- **Conjunción:** consiste en la introducción de marcadores textuales de tipología muy variada (conjunciones, adverbios, locuciones, sintagmas nominales, adverbiales y preposicionales...) que relacionan semánticamente dos segmentos discursivos de forma indirecta, pues la conexión se realiza a través del significado del propio marcador.

1. Ayer no fui al cine **porque** estaba muy cansado.
2. Me encanta el color granate. **Además,** combina con todo.

En el ejemplo a. el conector “porque” establece una relación de causalidad entre las dos frases, de modo que “estaba muy cansado” es la causa de “ayer no fui al cine”. En lo que respecta al ejemplo b. el marcador tiene una función aditiva, es decir, “además, combina con todo” añade información a “me encanta el color granate”. Como síntesis clasificatoria de los marcadores discursivos en lengua castellana, Calsamiglia & Tusón (2007: 248) establecen la siguiente propuesta:

1. **Aditivos o sumativos.** Son aquellos que añaden información al segmento discursivo anterior, tanto de forma positiva (además, encima, también, etc.) como negativo (ni, tampoco, etc.).
2. **Contrastivos o contraargumentativos.** Aportan información contraria al segmento discursivo anterior mediante un fenómeno de oposición (pero, sin embargo,
etc.), restricción (excepto si, a no ser que, etc.) o concesión (de todos modos, aun así, sea como sea, etc.).

3. **De base causal.** Se distinguen cuatro subtipos:
   a) **Causativos.** Establecen la relación de causa entre dos segmentos discursivos (porque, por eso, ya que, etc.).
   b) **Consecutivos.** Establecen la relación de consecuencia entre dos segmentos discursivos (de modo que, por consiguiente, en consecuencia, etc.).
   c) **Condicionales.** Se trata de dos segmentos discursivos en los que el conector del segundo segmento determina que el primero es una hipótesis (si, a menos que, en caso de que, etc.).
   d) **Finales.** Establecen la relación de propósito entre dos segmentos discursivos (para que, con el propósito de que, etc.).

4. **Temporales.** Unen temporalmente dos segmentos discursivos (antes, después, mientras tanto, etc.).

5. **Espaciales.** Unen espacialmente dos segmentos discursivos (arriba, detrás, a la derecha, etc.).

Esta clasificación será la que utilizamos en nuestra investigación, pues además de ser suficientemente completa, comparte su base con la presentada con Halliday & Hassan (1976), que ha sido empleada en otros estudios de cohesión y demencia y por lo tanto nos puede permitir un contraste paralelo con estos trabajos. Para completar este esquema, hemos añadido dos tipos de marcador discursivo más:

- **Referenciales.** Introducen una aclaración sobre el segmento anterior (es decir, o sea, esto es, etc.).
- **Ordinales.** Enumeran los segmentos discursivos (en primer lugar, en segundo lugar, para finalizar, etc.).

**Coherencia y conocimiento compartido**

Desde que la coherencia ha comenzado a figurar como objeto de estudio de la lingüística, se han presentado numerosos modelos para su análisis y evaluación. Uno de los más relevantes es el de Schiffrin (1987: 25), que plantea un modelo basado en la comunicación oral y que además fue el elegido por Hamilton (1994) en su estudio para
evaluar la coherencia en una persona con EA. Schiffrin parte del concepto de “coherencia local”, es decir, “coherence that is constructed through relations between adjacent units in discourse, but it can be expanded to take into account more global dimensions of coherence” (1987: 24). A partir de aquí, la autora desarrolla su modelo interactivo con cinco elementos que actúan juntos para crear esta coherencia global. Este modelo se muestra en la Figura 3.

**Figura 3. Modelo interactivo de Schiffrin (1987).**

[Diagrama de modelo interactivo de Schiffrin (1987)]


Uno de los aspectos más interesantes dentro de este modelo es que considera fundamental el “estado de la información” de los interlocutores. En este estado de la información entran en juego la información del emisor, la del receptor y el conocimiento compartido, concepto con el que Stalnaker (1978: 320) hace referencia a cómo se gestiona la información en una conversación: “presuppositions are what is taken by the speaker to be the common ground of the participants in the conversation, what is treated as their common knowledge or mutual knowledge”.

Así, el análisis del conocimiento compartido se muestra como una de las posibles claves para valorar la coherencia. Una teoría interesante a este respecto es la de Clark (1996), quien sugiere que para realizar un estudio completo del lenguaje debe tener en cuenta un enfoque desde la perspectiva cognitiva, pero también uno social. De este modo, propone lo que denomina la "Base Común": "la suma de conocimiento y las creencias compartidas".
conjuntos" de los participantes y una representación común durante las actividades y eventos que estos comparten. Especifica sus partes constituyentes como:

1. La Base Común inicial (hechos, presunciones y creencias antecedentes presupuestos al comienzo de la actividad).
2. El estado actual de la actividad conjunta (lo que los participantes presuponen que es el estado de la actividad en el momento).
3. Los eventos públicos ocurridos hasta ahora (eventos que los participantes presuponen que han ocurrido en público y que han conducido al estado actual).

Además, Clark (1996) define dos tipos de base común:

a) Comunal: las comunidades culturales cuyos miembros comparten la misma pericia. Pueden definirse según su nacionalidad, residencia, educación, ocupación, empleo, afición, idioma, religión, política, grupo étnico, subcultura, cohorte o género.

b) Personal: experiencias personales conjuntas como la percepción o interacción conjunta y las relaciones entre extraños, conocidos, amigos, etc. pueden definirse con respecto a la cantidad de base común personal.

Siguiendo esta línea, van Dijk (2012) propone un modelo de estudio del conocimiento sociocultural compartido, que resulta especialmente interesante para nuestra investigación. Para el autor, se trata de un elemento fundamental en la producción y la comprensión y las define como "las creencias o nociones sobre el conocimiento de los destinatarios, lo que los demás ya saben". En un trabajo anterior, van Dijk (2003) nos presenta el "dispositivo-K" (k-device) que "regula la expresión o no del conocimiento en el discurso, interpreta como información el conocimiento del hablante y calcula cuánto de este conocimiento los destinatarios ya comparten" (2012: 132). A partir de este dispositivo, van Dijk (2012) propone una clasificación de los distintos tipos de conocimiento sociocultural compartido:

- **Conocimiento personal**

  C1: Presuponer que los destinatarios saben lo que les conté antes.
C2: Presuponer que los destinatarios no están al tanto del conocimiento personal que he adquirido desde la última vez que me comuniqué con ellos.

- **Conocimiento social específico**

C3: Presuponer que los destinatarios saben lo que nosotros (por ejemplo, el periódico) les contamos antes.

- **Conocimiento sociocultural general**

C4: Presuponer que los lectores tienen el mismo conocimiento sociocultural que yo tengo (o que tenemos).

La tendencia es que este conocimiento compartido no se exprese y se muestre de forma implícita. Los mecanismos del lenguaje mediante los cuales normalmente contienen este conocimiento son:

1. El orden de la oración (tópico-comentario)
2. Las cláusulas con “que” antepuesto
3. Recordatorios o preguntas sobre eventos discursivos anteriores o K
4. Producción y comprensión de pronombres, demostrativos, expresiones definidas e indefiniduras, etcétera.

En este último punto insisten especialmente Dikinson & Givón (1997). Para el estudio del conocimiento compartido, los autores proponen un análisis de la coherencia referencial, es decir, un uso apropiado de la deixis temporal, espacial, personal y discursiva. En este trabajo coincidimos con estos autores y estudiaremos la deixis como parte del conocimiento compartido y de la cohesión referencial.

2.1.3.1. **El proceso para producir y comprender coherentemente**

Teniendo todo esto en cuenta, en esta tesis nos basamos en el modelo que hemos desarrollado en un trabajo previo (Varela Suárez 2017b) sobre el proceso seguido para realizar una producción y comprensión de los enunciados pragmáticamente coherente.
Este trabajo, que mostramos en la Figura 4, está basado en el estudio sobre procesos comunicativos de Cummings (2008, 2015): 4

**Figura 4. Modelo de producción y comprensión coherente**

El modelo establece que lo primero que hacemos antes de pronunciar cualquier palabra es decidir qué es lo que queremos decir, es decir, la intención que tenemos a la hora de pronunciar nuestro enunciado. Tal y como apunta Cummings (2008: 3): “those thoughts that are to be communicated give rise to a (i) communicative intention”. Sin embargo, antes de poder pronunciar palabra alguna, existen diversos (ii) factores cognitivos que pueden influir en la calidad y en la relevancia de lo que digamos. Por ejemplo, nuestra habilidad para atribuir a otros determinados estados mentales (Teoría de la mente) o la capacidad de nuestra memoria son clave para que la comunicación sea exitosa. El siguiente paso consiste en incorporar la información contextual a nuestro acto comunicativo, o sea recurrimos a los (iii) factores pragmáticos para producir un

---

4 Aunque para la elaboración de este protocolo nos hemos beneficiado de la supervisión de la profesora Louise Cummings durante la estancia de investigación que realizamos en Nottingham Trent University en los meses de septiembre a octubre del año 2014, toda la responsabilidad y todas las carencias que se puedan alegar al modelo propuesto son solo nuestras.
significado en función del contexto que nos rodee en el momento de emitirlo. El paso final es la elección de las palabras en función de ese contexto, es decir, la codificación de los (iv) factores lingüísticos que vamos a emplear en nuestro enunciado.

El proceso de comprensión sigue la misma ruta: (i) procesamos el estímulo a través de nuestras capacidades cognitivas; (ii) consideramos el contexto que nos rodea; (iii) procedemos a la decodificación del lenguaje en función de ese contexto; (iv) obtenemos la intención comunicativa de nuestro interlocutor.

Aunque este proceso pueda semejar simple, en cada uno de estos pasos intervienen una serie de factores clave. Así, la Tabla 3 muestra los elementos que constituyen las fases cognitiva, pragmático-discursiva y lingüística.

Tabla 3. Elementos que afectan a la coherencia pragmatico-discursiva.

<table>
<thead>
<tr>
<th>FACTORES</th>
<th>ELEMENTOS QUE AFECTAN A LA COHERENCIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cognitivos</td>
<td>• Teoría de la Mente (ToM)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Afectiva</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Memoria</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Memoria episódica</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Memoria semántica</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Memoria de trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientación</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Temporal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Espacial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Personal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Capacidades audio-visuales</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Funciones ejecutivas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Anticipación y atención</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Control de los impulsos y autocontrol</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Iniciación de la actividad</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Flexibilidad mental y uso del feedback</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Planificación y organización</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Selección de estrategias eficientes para resolver problemas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Juicio</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Auto-reconocimiento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Conceptualización</td>
</tr>
<tr>
<td>Pragmático-discursivos</td>
<td>• Contexto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ubicación:tiempo/periodo/espacio/lugar/ambiente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Participantes (Yo, otros)</td>
</tr>
<tr>
<td>+ Roles comunicativos (estructura de la participación)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>+ Tipo de roles sociales o identidades</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>+ Relación entre los participantes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>+ Conocimiento compartido o creencias sociales</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Actos de habla</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Deixis</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Inferencias</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Presuposiciones</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Implicaturas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Cortesía lingüística</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Principio de cooperación</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Relevancia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Topicalidad</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Cohesión</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Lingüísticos |
| • Fonología |
| • Morfología |
| • Lexicología |
| • Semántica |
| • Sintaxis |

De este modo, de acuerdo con este modelo, a la hora de realizar un protocolo de coherencia pragmático-discursiva debemos revisar que todos los elementos que esta tabla señala como factores pragmáticos se consideren en mayor o menor medida.

En definitiva, el modelo que ahora presentamos propone una interacción compleja en la que los trastornos cognitivos se reflejan en déficits pragmáticos y, por lo tanto, en problemas de coherencia pragmático-discursiva. Teniendo esto en cuenta, para poder realizar un protocolo completo y veraz que evalúe la coherencia es necesario incluir en el análisis todos los elementos del nivel pragmático-discursivo. Para realizar este análisis primero es menester revisar trabajos anteriores en los que se hayan aplicado las teorías lingüísticas al análisis del discurso de personas con problemas comunicativos. Así, en el apartado que sigue presentamos la evolución de la lingüística aplicada a los trastornos lenguaje.
CAPÍTULO 3. Panorama del campo académico y estado de la cuestión

El presente capítulo se divide en dos partes. En la primera revisamos el panorama actual de la lingüística clínica y algunas de las aportaciones más relevantes hasta la fecha. La segunda constituye el estado de la cuestión, es decir, revisa los trabajos más significativos sobre la aplicación de las teorías de la lingüística al estudio del discurso de las personas con demencia.

3.1. Panorama del campo académico

Aunque, como ya hemos señalado en § 2.1., el uso del término “lingüística aplicada” se popularizó en los años 40 del siglo XX, algunos de los temas que aborda ya constituían una problemática desde muchas décadas atrás. Esta disciplina surgió de la necesidad de poner en práctica las teorías lingüísticas para resolver cuestiones surgidas en otras áreas, como por ejemplo la elaboración de gramáticas para la enseñanza de lenguas.

Sin embargo, en el mundo académico la lingüística aplicada no se afianzó como disciplina hasta 1946, cuando se creó el primer programa universitario en esta materia en la Universidad de Michigan, en parte como respuesta al estructuralismo y generativismo que dominaban en aquella época. Así, poco a poco la lingüística aplicada se fue extendiendo y comenzó a aplicarse a diferentes ámbitos, de forma que fue adquiriendo un carácter multidisciplinar y en la actualidad presenta vínculos con numerosas disciplinas (Menezes, Morena Silva & Gomes 2009).

Desde entonces, se han ido manejando diversas definiciones para caracterizar el abordaje de la lingüística aplicada. Por ejemplo, Mackey (1966: 247) sostiene que su aparición como disciplina “represents an attempt to find practical applications for ‘modern scientific linguistics’” Por su parte, Crystal (1985: 2) la contempla como “a branch of linguistics where the primary concern is the application of linguistic theories, methods and findings to the elucidation of language problems which have arisen in other areas of experience”. La definición que se ha convertido de facto en normativa es la de Brumfit (1997: 25), que la describe como “the theoretical and empirical investigation of real-world problems in which language is a central issue”. En todo caso, todas ellas permiten constatar que la lingüística es una disciplina muy flexible que puede aportar mucho a otros campos del saber. Así, los contextos en los que se estudia la lingüística aplicada son
muy diversos: educación, medios de comunicación, juzgados, centros de acogida, empresas, instituciones, administración, etc. Uno de los que ha tenido mayor difusión es la lingüística aplicada a la clínica, que es donde se ubica el objeto de estudio de esta tesis.

Como hemos indicado en el capítulo 1, la relación entre investigación lingüística y medicina tiene sus antecedentes en el trabajo del eminentente anatomista y antropólogo Paul Broca quien en 1864 descubrió que la pérdida del habla de uno de sus pacientes se debía a una lesión en la tercera circunvolución del área prefrontal del hemisferio izquierdo (desde esa época denominada área de Broca). A partir de este momento, se empezó a examinar a las personas con patologías del lenguaje con el objetivo de localizar las áreas del cerebro involucradas en la producción del lenguaje. Con los años, esta aproximación, a la que se le denominó “neurolingüística”, se fue desarrollando y profesionales de diferentes ámbitos se fueron interesando por ella, incluidos lingüistas, que comenzaron a describir las características que mostraba el lenguaje de personas con patologías del lenguaje. Es aquí donde nace lo que hoy se denomina “lingüística clínica”.

A pesar de que ya se realizaban análisis discursivos y lingüísticos para describir los trastornos de la comunicación, el término “lingüística clínica” no se popularizó hasta la publicación de Clinical Linguistics de Crystal en 1981. En esta obra, el autor define la disciplina como “the application of linguistic science to the study of communication disability, as encountered in clinical situations” (1981: 1). Algunos años después, matizaría que “clinical linguistics is the application of the theories, methods and findings of linguistics (including phonetics) to the study of those situations where language handicaps are diagnosed and treated” (Crystal 1984: 31).

Desde los años 80 la lingüística clínica ha ido ganando difusión y actualmente cuenta con numerosos equipos de investigación dedicados al tema, especialmente en el ámbito anglosajón, donde es habitual encontrar departamentos universitarios específicamente relacionados con las patologías del lenguaje. En el caso de España, la lingüística clínica todavía es una disciplina escasamente extendida y solo hay unos pocos grupos de investigación dedicados al tema, entre ellos, el “Grupo Koiné”, coordinado por la Dra. Milagros Fernández de la Universidade de Santiago de Compostela, que se dedica principalmente a la adquisición del lenguaje y el “Grupo de investigación en Neurolingüística y Lingüística clínica” de la Universitat de València, dirigido por Beatriz
Gallardo Paúls, responsable de la elaboración del Corpus PerLA (Percepción, Lenguaje y Afasia). Desde otras áreas de conocimiento hay numerosos grupos, que también investigan sobre el binomio lenguaje-patología como el grupo “Neurofuncionalidad y lenguaje” en la Universidad de Barcelona dirigido por Jordi Peña-Casanova y especializado en afasias y demencias; el “Grupo de investigación en neurociencia cognitiva” de la Universidad de Oviedo coordinado por Fernando Cuetos, que investiga sobre afasias y Enfermedad de Alzheimer y el “Grupo de Investigación en Psicología y Patologías del lenguaje” de la Universitat de Barcelona de Miquel Serra, centrado en la adquisición del lenguaje (Gallardo Paúls & Vallés González 2008).

De este modo, el panorama actual presenta numerosas líneas de investigación que, desde propuestas epistemológicas diferentes, exploran las diversas patologías del lenguaje. En parte, esto ha suscitado un debate cuya finalidad ha sido (y sigue siendo) establecer una tipología de las patologías del lenguaje con el objetivo fundamental de elaborar diagnósticos más precisos y, en consecuencia, terapias de mejora de la salud más específicas para cada tipo de persona con hándicaps comunicativos adquiridos de base lingüística. Naturalmente, no es una tarea fácil. Mientras esa tipología no se concreta, siguen siendo útiles clasificaciones tradicionales. Entre estas, las hay de carácter más general, como es el caso de la distinción entre patologías del lenguaje adquiridas y evolutivas. Así, Ansel & Ringel (1999: 165) definen las patologías adquiridas del siguiente modo: “acquired disorders of communication are those in which it is assumed that normal speech and language proficiency has been attained and subsequently disturbed or lost due to illness, accident, abusive lifestyle, or as an unavoidable consequence of medical or surgical treatment”.

En cambio, estos autores caracterizan del modo que sigue a los hablantes con una patología del lenguaje evolutiva: “in contrast, the young, developmentally impaired speaker cannot be expected to have already developed language experience and sophistication, world knowledge, phonological rules mastery, fluency, or articulation skills at a level comparable to that of a more mature speaker” (Ansel & Ringel 1999: 165).

 Esto nos lleva a otra de las distinciones más generales en este ámbito: si las patologías adquiridas las padecen adultos o niños. La edad en la que se presentan es especialmente importante, más incluso que el lugar de la lesión, pues el cerebro va perdiendo plasticidad
con los años y la recuperación se va volviendo más lenta y dificultosa (Ansel & Ringel 1999).

Se han planteado clasificaciones de las patologías del lenguaje más complejas, como es el caso de la de Cummings (2008), que presenta una clasificación basada en los procesos comunicativos, que tal y como hemos expuesto en §2.1.3., es de la que hemos partido para elaborar la base teórica de esta tesis. Según esta investigadora existen cuatro procesos comunicativos de expresión: la producción del pensamiento, la codificación lingüística, la planificación motora y la ejecución motora. A estos procesos añade los procesos de recepción: el procesamiento sensorial, la percepción del habla y la decodificación lingüística. Para explicar el proceso comunicativo completo Cummings (2008: 4) presenta el siguiente esquema:


Así, Cummings (2008) propone una clasificación de patologías del lenguaje basada en el siguiente esquema:
<table>
<thead>
<tr>
<th>Communication processes</th>
<th>Communication disorders</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Communicative intentions</td>
<td>Problems formulating and establishing communicative intentions. Associated with psychotic disorders (e.g. schizophrenia), mental retardation (e.g. Down’s syndrome), autism and dementia (e.g. Alzheimer’s disease).</td>
</tr>
<tr>
<td>Language encoding and decoding</td>
<td>Problems formulating and understanding various levels of language. Disorders include acquired aphasia and phonological disorder, specific language impairment and pragmatic language impairment in children. Also includes a rare disorder in children, Landau-Kleffner syndrome.</td>
</tr>
<tr>
<td>Motor programming</td>
<td>Apraxia (developmental and acquired).</td>
</tr>
<tr>
<td>Motor execution</td>
<td>Disorders of speech production. Includes dysarthria (developmental and acquired), disorders related to articulation (e.g. cleft lip and palate=, phonation (e.g. vocal nodules=, resonation (e.g. velopharyngeal incompetence) and fluency (e.g. stuttering). Also includes related disorders of swallowing (dysphagia) and drooling.</td>
</tr>
<tr>
<td>Sensory processing</td>
<td>Hearing disorders (e.g. conductive and sensorineural deafness) and oral sensory dysfunction.</td>
</tr>
<tr>
<td>Perception</td>
<td>Agnosia. Affects different sensory modalities, resulting in auditory agnosia, visual agnosia, etc.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: Cummings (2008: 7)

Pese a su relativa novedad, la investigación sobre patologías del lenguaje es ya muy amplia y existen diversas publicaciones especializadas, así como eventos científicos que abordan este ámbito con carácter monográfico”. En este trabajo hemos optado por presentar tres grupos de obras, que van desde lo más general a lo más específico para esta investigación. En la primera incluimos los trabajos sobre patologías del lenguaje en general; en la segunda los que versan sobre lingüística clínica; en la tercera, las que abordan el tema de las afasias, pues es quizás la patología del lenguaje más estudiada junto con algún tipo de demencia; por último, en la cuarta exponemos los avances más relevantes en el ámbito de la pragmática clínica.
3.1.1. Patologías del lenguaje

Desde la lingüística, Crystal (1980) es considerado un pionero en el ámbito de las patologías del lenguaje. En su obra define el concepto de patología del lenguaje, incluye algunos ejemplos, explica diferentes modelos comunicativos y realiza una clasificación sobre las distintas patologías que pueden alterar este sistema. Otro trabajo seminal es Caplan (1992), en donde se presenta de forma general los diferentes estudios que se habían realizado sobre neurolingüística y afasiología lingüística hasta la fecha e incorpora y explica conceptos y enfoques de las diferentes disciplinas que confluyen en las investigaciones de lingüística clínica: neurología, lingüística, psicología y patología del lenguaje.

Blanken et al. (1993) presentaron un manual en el que resumían el estado de las investigaciones en percepción y producción lingüística en menores. Igualmente, incluyeron un resumen de los modelos comunicativos presentados hasta la fecha y señalaron cuáles eran los puntos pendientes y las incongruencias en la investigación en ese campo. En Crystal & Varley (1993) encontramos una extensión y actualización de los contenidos que ya comentamos de Crystal (1980), así como un capítulo sobre el enfoque multidisciplinar que ha ido tomado la investigación sobre patologías del lenguaje.

También cabe destacar la obra editada por Fabbro (1999) que busca ser una enciclopedia de las patologías del lenguaje. En ella, diferentes autores y autoras describen los patrones normales del lenguaje y el discurso, los aspectos generales del lenguaje en los casos en los que hay patologías y posteriormente desarrolla las diferentes patologías dividiéndolas en adquiridas, evolutivas y neuropsiquiátricas (autismo, mutismo y psicosis). Por su parte, Obler & Gjerlow (1999) hacen una revisión que combina neurolingüística y patologías del lenguaje. En su trabajo explican cómo surge la neurolingüística y cuáles son sus competencias, presentan brevemente cómo funciona el cerebro y sus asociaciones con el lenguaje y luego describen distintas patologías: afasias, lesiones del hemisferio derecho, demencias, dislexia y disgrafía. También incluyen un capítulo sobre cómo afectan las patologías del lenguaje a personas bilingües.

---

5 Esta obra adquirió una gran repercusión en el ámbito clínico cuando Rosemary Varley en 1993 se unió a Crystal para realizar la tercera edición. Desde entonces todas las ediciones han sido conjuntas.

Centeno, Anderson & Obler (2007) realizaron una investigación sobre los trastornos comunicativos en hablantes de español. Dividen la obra en tres partes: una introducción teórica sobre diferencias entre español e inglés, bilingüismo y control de datos entre otros y los resultados de las investigaciones, primero con niños y a continuación con adultos. Ball, Damico & Müller (2010) editaron un manual de trastornos comunicativos y discursivos. En el referido volumen abordan temáticas relativas a la evaluación, intervención y aspectos sociales que se deben tener en cuenta. Asimismo, clasifican los trastornos en tres tipos (trastornos lingüísticos, trastornos discursivos y trastornos cognitivos e intelectuales) que describen con detalle.

Cuetos Vega (2012) también presenta una panorámica de la investigación sobre patologías del lenguaje, pero lo hace de una forma novedosa, pues las clasifica desde un punto de vista lingüístico. Así, su obra incluye una introducción sobre técnicas de neuroimagen y procesamiento cognitivo, describe las patologías asociadas a cada una de las unidades del lenguaje (fonología, morfología, sintaxis, semántica y pragmática), al lenguaje oral (comprensión y producción) y al escrito (lectura y escritura). Igualmente, Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012) hacen una clasificación similar, pues además de una introducción sobre el ámbito lingüístico, el clínico de las alteraciones del lenguaje y una distinción de las diferentes afasias, presentan los posibles trastornos que se pueden dar en el habla, la escritura, la audición, la lectura, la repetición, la denominación y, por último, la prosodia.

Por último, cabe destacar Fernández Pérez (2014), que busca introducir una visión novedosa de las patologías del lenguaje situando la pragmática como perspectiva principal, realizando los perfiles verbales sobre datos procedente del habla espontánea y
creando sistemas de valoración que reconozcan la existencia de niveles de efectividad comunicativa en las personas que padecen patologías del lenguaje.

3.1.2. Lingüística clínica

En lo que concierne a lingüística clínica, el primer libro fue el de Crystal (1981) que, como ya hemos dicho, presentó por primera vez el término e introdujo la tradición de la disciplina. Además, la obra incluye una descripción de problemas fonológicos, gramáticos y semánticos, así como un capítulo sobre diagnósticos y cómo gestionar la enfermedad. Más adelante, Grundy (1989) trata el tema de las patologías del lenguaje desde una perspectiva médica y de investigaciones en las que se tiene trato cercano con personas que presentan patologías del lenguaje. El libro incluye una explicación de terminología de lingüística clínica básica, valora los diferentes métodos de investigación que se emplean y explica el impacto que las investigaciones en este campo tienen sobre la actuación para con las personas con déficits comunicativos.

Perkins & Howard (1995) recopilaron una serie de estudios de caso sobre lingüística clínica, en la que mostraban varios tipos de análisis lingüísticos y los aplicaban a casos individuales. Por su parte, Cummings (2008) presentó una obra general sobre trastornos del lenguaje, en la que repasa el enfoque de la lingüística clínica, explica alguna de las patologías de forma más exhaustiva y el modo de diagnosticarlas y tratarlas. Concebido como un manual de lingüística clínica, Ball et al. (2008) reflexionan sobre los diferentes problemas asociados a las patologías del lenguaje agrupados en tres bloques: pragmática, discurso y sociolingüística; sintaxis y semántica; y fonética y fonología.

En España también ha habido publicaciones sobre lingüística clínica, como es el caso de Garayzábal Heinze (2006), que repasa las aportaciones que la lingüística clínica ha hecho a la logopedia y trata en particular los problemas pragmáticos, léxicos, gramaticales y fonéticos que se presentan en las patologías del lenguaje y cuál es la debida intervención que debe hacer un logopeda en cada caso.

Afasiología en España

Para finalizar este apartado, consideramos apropiado mencionar algunas de las obras que se han publicado sobre afasia en España, pues el estudio del lenguaje de las personas afásicas cuenta con bastante más tradición que el resto de patologías lingüísticas. De este
modo, son una buena fuente para extrapolar modelos y métodos para aplicarlos a un estudio de personas con demencia. Una de las obras españolas más completas es la de Cuetos Vega (1998), en la que el autor introduce una perspectiva nueva: la interpretación de los trastornos afásicos en clave cognitiva, es decir, propone la búsqueda inicial de la causa del problema para así poder elaborar programas de rehabilitación más completos.

Igualmente destacable es el trabajo de Gallardo Paúls (2005a, 2005b), que junto a su equipo elaboró un corpus con personas afásicas (el ya mencionado Corpus PerLA) y presentó su análisis en dos obras: una para la afasia fluente y otra para la afasia no fluente. También queremos destacar el libro de Hernández Sacristán (2006), en el que propone un método de evaluación de los trastornos afásicos y demás patologías basado en la lógica de la producción del lenguaje. El autor pone especial énfasis en el estudio de los mecanismos de inhibición, de las funciones simbólicas y de la producción de sintaxis y protosintaxis.

Por último, es conveniente destacar los trabajos de Martínez-Ferreiro, que ha estudiado, entre otros aspectos, el agramatismo en la afasia en gallego y catalán (2009), el agramatismo lenguas iberorrromances (2010a, 2010b y también Martínez-Ferreiro, de Aguiar & Rofes, 2015), la posición de los clíticos en afasias no fluentes (Sanchez–Alonso, Martínez–Ferreiro & Bastiaanse, 2011; Martínez-Ferreiro, Reyes & Bastiaanse, 2017) y ha analizado junto a otros autores y autoras la adaptación croslingüística del Comprehensive Aphasia Test (CAT) (Lind et al. 2016; Fyndanis et al. 2017).

### 3.1.3. Pragmática clínica

Los estudios dentro del ámbito de la lingüística clínica pueden abordarse desde dos perspectivas: desde la clínica, basada en el análisis de los diferentes trastornos, o desde la lingüística, que analiza los problemas lingüísticos mediante los componentes del lenguaje (Gallardo Paúls 2008). Por tanto, uno de los planteamientos más habituales a la hora de realizar un estudio de esta disciplina desde una perspectiva lingüística es enmarcarlo dentro de uno de los componentes del lenguaje y de ahí surge la pragmática clínica.

Cummings (2009: 6) define esta subdisciplina del siguiente modo:
“Clinical pragmatics is the study of the various ways in which an individual’s use of language to achieve communicative purposes can be disrupted. The cerebral injury, pathology or other anomaly that causes this disruption has its onset in the developmental period or during adolescence or adulthood. Developmental and acquired pragmatic disorders have diverse aetiologies and may be the consequence of, related to or perpetuated by a range of cognitive and linguistic factors”.

De este modo, según Cummings (2009: 12), la pragmática clínica surge también como un método alternativo para que el personal facultativo evalúe los actos comunicativos de aquellas personas enfermas que sufren alteraciones en el habla, pues hasta el momento se empleaban baterías de evaluación del lenguaje como la *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (Goodglass & Kaplan 2001), la *Western Aphasia Battery* (Kertesz 2006) o la *Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA)* (Cuetos Vega & González-Nosti 2009). De aquí es de donde parten los modelos de Perkins, Whitworth & Lesser (1997) o Whithworth, Perkins & Lesser (1997), diseñados para su empleo en personas con déficits cognitivos generalizados, como en los casos de demencia o traumatismo.


En cuanto a la deixis, los estudios más destacables hasta el momento han sido el realizado por Jordan (1989), quien examinó el uso de los pronombres “tú” y “yo” en nueve niños autistas, así como el llevado a cabo por Varley (1993), que estudió el uso de las formas en el discurso conversacional fluente y no fluente en sujetos afásicos y con el hemisferio derecho dañado.

En lo que respecta al contexto, Norbury (2005) estudió la resolución de la ambigüedad léxica en niños de entre siete y nueve años, con trastorno del espectro autista con alteraciones del lenguaje y autistas con habilidades verbales dentro de la media. Por su

Los estudios referentes al lenguaje no literal son más recientes. En 2004, Rinaldi, Marangolo & Baldassarri descubrieron que las personas con lesiones en el hemisferio derecho mostraban problemas para comprender las metáforas. En el mismo año, Martin & Mcdonald (2004) comprobaron que los individuos con síndrome de Asperger manifestaban dificultades a la hora de interpretar la ironía. También son relevantes los estudios de Papagno et al. (2006) que expusieron que la comprensión de modismos suponía un problema para las personas con lesiones en ambos hemisferios, así como el de Kiang et al. (2007) que probó que los problemas para descifrar refranes son característicos en los casos de esquizofrenia.

Además, existen numerosos estudios sobre la narrativa y el proceso discursivo. Hartley & Jensen (1991) trabajaron con personas que habían sufrido un traumatismo craneal cerrado; Williams et al. (1994), Li et al. (1995) y Weinrich et al. (2002) con afásicos; Tompkins et al. (2000) con adultos con lesiones en el hemisferio derecho; Bell et al. (2003) con adultos con epilepsia del lóbulo temporal y Ribeiro & Pinto (2009) con personas con trastornos psicóticos. Asimismo, dentro de este campo también se han llevado a cabo estudios sobre los déficits en el discurso como el de Ulatowska & Olness (2007), que demostraron que los adultos afásicos podían llegar a elaborar un discurso coherente.

De igual modo, también se han realizado muchos estudios centrados en la teoría de la relevancia de Sperber & Wilson (1986). Happé (1993) la utilizó como base para sus teorías sobre el lenguaje figurativo en autistas; Dipper, Bryan & Tyson (1997) para explicar los problemas de inferencia que mostraban las personas con lesiones en el hemisferio derecho; Leinonen & Kerbel (1999) para clarificar los datos que habían obtenido en un estudio de tres niños que mostraban dificultades de tipo pragmático; Schelleter & Leinonen (2003) para explicar la especificación de referentes de niños con alteraciones del lenguaje específicas; y Loukusa et al. (2007) para medir la habilidad de niños con autismo altamente funcional y síndrome de Asperger para responder a preguntas conforme un contexto.
Los estudios del último subcampo que menciona Cummings (2009) son los relacionados con la cognición. Bucciarelli, Colle & Bara (2003) descubrieron, estudiando a menores de entre 2 y 6 años, que en las edades comprendidas entre 1 y 6 años es más sencillo entender los actos de habla directos y los no directos más convencionales que los actos de habla indirectos no convencionales; y Bara et al. (1997, 2001) establecieron un orden en la dificultad de comprensión de ciertos fenómenos pragmáticos. Asimismo, es relevante destacar trabajo de Cummings (2011), en el que la autora presentó recientemente un estudio sobre el impacto social que tienen los trastornos pragmáticos de adultos y niños y analizó si las consecuencias de estos trastornos podían funcionar como indicadores de adaptación social.


Asimismo, cabe destacar la existencia de manuales sobre el tema. El primer ejemplo que encontramos es el de Smith & Leinonen (1992), en el que encontramos una revisión sobre cómo aplicar la pragmática al ámbito clínico. Las autoras comienzan con una explicación de en qué consiste la pragmática y una definición de pragmática clínica. También presentan su experiencia con el análisis del discurso, los problemas típicos que se presentan en pragmática clínica, así como su evaluación y tratamiento.

Por otra parte, en el manual editado por Müller (2000) se explican las posibles aplicaciones que puede tener la pragmática a las patologías del lenguaje y se evalúa cómo aplicar al ámbito clínico alguna de las teorías sobre interacción lingüística. Además, la obra recoge los diferentes trastornos pragmáticos adquiridos y evolutivos y en adultos y niños e indica cómo clasificarlos, evaluarlos y tratarlos.

En Perkins (2008) encontramos un manual que adopta en todo momento una perspectiva pragmática. Este volumen presenta las aplicaciones de las teorías pragmáticas en el ámbito clínico, continúa explicando los problemas de modularidad presentes en los trastornos pragmáticos, relaciona pragmática con cognición, destaca el carácter
transversal de la pragmática contrastándola con los diferentes niveles del lenguaje (fonología, prosodia, sintaxis, morfología, semántica y discurso) y explica cómo afectan los sistemas sensomotores a la producción pragmática.

Resulta también interesante la obra de Cummings (2009), en la que se presenta una introducción en la materia: definición y consolidación de la subdisciplina, principales conceptos y teorías de la pragmática y una presentación de los distintos trastornos pragmáticos. Asimismo, en el libro explica con más detalle las diferencias entre los trastornos pragmáticos evolutivos y adquiridos, expone cómo ha ayudado la incorporación de la pragmática a la clínica a la hora de elaborar teorías cognitivas sobre el autismo, y expone su visión de la evaluación y tratamiento de estos trastornos pragmáticos.

Por último, uno de los manuales más recientes es el de Cummings (2014), que estudia los trastornos pragmáticos de poblaciones sobre las que prácticamente no se había publicado hasta la fecha, como pueden ser los delincuentes juveniles o las personas con demencias que no son Enfermedad de Alzheimer, así como el efecto que tienen los trastornos pragmáticos en la comunicación social. Además, la autora expone los debates más importantes dentro del campo como pueden ser los trastornos pragmáticos asociados a problemas cognitivos y propone que aumente la colaboración entre los estudiosos de la teoría y la práctica clínica.

3.2. Estado de la cuestión

Este apartado presenta una revisión de algunos de los trabajos más relevantes que se han realizado hasta la fecha sobre la aplicación de las teorías de la lingüística para estudiar las características del discurso de las personas con demencia. Se divide en cinco partes, que van desde lo más general a lo más específico: en la primera revisaremos los trabajos sobre lengua y demencia; en la segunda repasamos aquellos sobre pragmática y demencia; en la tercera nos detenemos en los de EA y pragmática; en la cuarta mencionamos los de EA y coherencia; y en la quinta presentamos algunos de los protocolos ya existentes para la evaluación del lenguaje.
3.2.1. Lenguaje y demencia: trabajos generales

Debido al envejecimiento general de la población y el consiguiente aumento de casos de demencia, los estudios sobre estos cuadros han ido aumentando exponencialmente a lo largo de las últimas décadas. En concreto, el deterioro del lenguaje, junto con el de la memoria, es uno de los primeros déficits en manifestarse en las personas con demencia y ambos son particularmente complejos, pues impiden que quienes los sufren puedan expresar sus sentimientos, deseos y necesidades con normalidad. Teniendo en cuenta que la incidencia de problemas del lenguaje en la demencia oscila entre el 88% y el 95% (Cecato et al. 2010), los cuidadores y personas afectadas por la demencia se encuentran en una situación altamente dificultosa. De este modo, son muchos los estudios que buscan entender este deterioro y ayudar a paliarlo.⁶

En Cherrier et al. (1998) y Caramelli et al. (1998) se presentan algunos de los estudios lingüísticos que se han realizado, clasificados según el tipo de demencia. Cherrier et al. (1998) realizan una panorámica de los estudios de personas con demencia vascular, en la que incluyen investigaciones sobre la comunicación verbal, como el trabajo de Powell et al. (1988), que determinaron que este grupo produce frases más cortas pero con más cantidad de información; la comprensión, en la que la mayoría de las personas con demencia vascular presenta problemas (Kertesz, Polk & Carr 1990; Almkvist 1994; Kertesz & Clydesdale 1994; Powell et al. 1998); la denominación, en las que Kontiola et al. (1990) y Kertesz & Clydesdale (1994), demostraron que existían déficits; o lectura y escritura, como la de Kontiola et al. (1990), que mostraron que el reconocimiento de palabras podía ser deficitario en algunos casos de demencia vascular.

Cherrier et al. (1998) también recogen ejemplos de la investigación sobre el lenguaje en demencias frontotemporales. Son varios los trabajos que han demostrado que este tipo de demencia se caracteriza por una reducción en el número de palabras, por un lenguaje repetitivo y por la ecolalia (Knopman et al. 1989; Mendez et al. 1993; Wechsler et al.

---

⁶ Paralelamente, existen numerosas investigaciones sobre el lenguaje de las personas de edad avanzada, pues, exista o no demencia, el envejecimiento supone inevitablemente déficits cognitivos que afectan al lenguaje. Estos estudios son esenciales para poder distinguir en qué medida los problemas lingüísticos se deben al envejecimiento natural o a la demencia. Un ejemplo de este tipo de investigación es el trabajo de Juncos-Rabadán, Pereiro & Rodríguez (2005) sobre el principio de cantidad, el contenido de la información y la cohesión.
1982). Además, también se ha descubierto que en estados avanzados de la enfermedad es habitual que se den casos de mutismo (Cummings & Benson 1992; Mendez et al. 1993). Uno de los cuadros degenerativos relacionado con las demencias frontotemporales es la enfermedad de Pick. Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012) describe los problemas principales que presenta el lenguaje de estas personas: reducción del habla, uso de estereotipos, ecolalia, perseveración, problemas para seleccionar el léxico e incluso mutismo en las fases más avanzadas, por lo que Pick en 1892 pensó que se trataba de un tipo de afasia sensorial trascortical (Maxim & Bryan 1994 apud Diéguez-Vide & Peña-Casanova 2012). De entre los estudios realizados sobre el lenguaje en este tipo de demencia, Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012) destacan el de Holland et al. (1985), que analizó las capacidades/producciones lingüísticas en un caso de enfermedad de Pick y detectaron que tenía sus habilidades orales dañadas y preservaba su capacidad de escritura, aunque utilizaba estructuras sintácticas incorrectas.

En el caso de la enfermedad de Huntington, numerosas investigaciones han concluido que no se desarrollan síntomas afásicos, aunque sí que se pierden otras habilidades lingüísticas. En Cherrier et al. (1998) también encontramos algunos ejemplos de estudios sobre esta enfermedad. Uno de los campos que más se ha estudiado respecto de la citada enfermedad es la comunicación verbal. Gordon & Illes (1987) probaron que las personas que padecen Enfermedad de Huntington pierden la iniciativa conversacional, pues empleaban un 25% menos de palabras que personas con otras demencias. Además, Gordon & Illes (1987) y Podoll et al. (1988) concluyeron que la disartria puede tornar su discurso incomprendible en las fases más severas, lo que afecta también a la lectura. En lo que respecta a la comprensión, evaluaron los niveles de comprensión de este grupo y descubrieron que la mitad de las personas en fase moderada y el 74% de las de fase severa tenían problemas para comprender. Además, Speedie et al. (1990) probaron que también mostraban problemas para comprender la prosodia. En su repaso de las investigaciones dentro del campo del lenguaje y demencia, Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012) añaden los estudios de Rosselli et al. (1987) y Murray & Lenz (2001) sobre los problemas que muestran las personas con Enfermedad de Huntington para denominar palabras. También mencionan que en este grupo la escritura es "lenta, costosa y caracterizada por paradas súbitas y perseveraciones" (Diéguez-Vide & Peña-
Casanova 2012: 198) y que en los casos con una importante corea suele apreciarse macrografía.

La parálisis supranuclear progresiva es otra de las demencias en la que se han investigado las afecciones del lenguaje y también nos hemos valido del repaso que hacen de los principales estudios realizados en este ámbito Cherrier et al. (1998). Podoll, Schwarz & North (1991) confirmaron que la comunicación verbal se encuentra dañada debido a la ralentización cerebral y a la disartria, que puede llegar a ser tan severa como para generar mutismo en las últimas fases (David, Mackey & Smith 1968; Albert et al. 1974; Janati & Appel 1984). En lo referente a la comprensión, Podoll, Schwarz & Noth (1991) comprobaron que los personas con esta enfermedad tienen problemas para comprender la información más compleja y Rosser & Hodges (1994a, 1994b) confirmaron que solo una minoría tiene problemas con información simple.


En lo que concierne a la investigación sobre el lenguaje en las personas con afasia progresiva primaria, Cherrier et al. (1998) dividen los estudios en los dos subtipos que se han estudiado: el tipo no fluente y el de la anomia semántica. Por un lado, en lo que respecta a la afasia no fluente, Karbe, Kertesz & Polk (1993) demostraron que el lenguaje espontáneo era más lento, un tanto dubitativo y puntualmente presentaba agramatismos. Mesulam (1982) y Scholten et al. (1995) concluyeron que el lenguaje en este tipo de demencias estaba plagado de pausas, redundancias y parafasias. Por otro lado, en los casos de anomia semántica los estudios se han centrado en estudiar las dificultades que presenta este grupo para encontrar palabras (Karbe, Kertesz & Polk 1993 y Scholten et al. 1995).
La enfermedad de Parkinson también provoca afecciones en el lenguaje, aparte de la micrografía generada por problemas motores. Dentro de este campo, Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012: 198) destacan tres investigaciones: la de Bayles (1993) que probó que en los casos de Parkinson se altera la información del mensaje pero no así su forma; la de Maxim & Bryan (1994), quienes concluyeron que este grupo corrige sus errores una de cada cuatro veces y que pueden alterar la estructura sintáctica de la frase errónea; y la de Cohen (1998), que destacó que estos déficits podrían deberse a problemas de memorias y a cuestiones de aprendizaje.

Finalmente, hay que hablar de los estudios generales en la EA, pues al tratarse de la forma de demencia más común ha sido la que más atención ha acaparado por parte de las investigaciones lingüísticas. En primer lugar, abordaremos el campo de la comprensión. En las personas con EA los problemas de comprensión auditiva aumentan conforme avanza la enfermedad. Appel, Kertesz & Fisman (1982) y Cummings et al. (1985) concluyeron que este grupo tiene problemas con la comprensión de preguntas y respuestas, comparaciones, inferencias o frases complejas entre otros. Sin embargo, Rochon, Waters & Caplan (1994) estudiaron si el aumento de la complejidad sintáctica de las mismas dificultaba la comprensión de las personas con EA leve y descubrieron que sus informantes no tenían problemas con aquellas frases más complejas sino con las que tenían dos proposiciones. Por su parte, Waters, Caplan & Rochon (1995) comprobaron que también mostraban problemas para integrar la información verbal y la no verbal.

Además, Grossman & White-Devine (1998) expusieron a un grupo de personas con EA a frases que habían sido alteradas gramatical y semánticamente y se encontraron con que carecían de los recursos cognitivos necesarios para detectar los fallos sintácticos y que su nivel de comprensión no se veía afectado por si la frase era activa o pasiva. Jones (2005) investigó la compresión de frases y discursos de distinta complejidad y concluyó que todas las personas con EA que participaron en su estudio comprendían mejor las frases y discursos más sencillos. También la comprensión lectora se ve afectada desde el principio de la enfermedad, tal y como comprobaron Farber-Langendoen et al. (1988), aunque según Cummings et al. (1985) la lectura en voz alta no suele sufrir alteraciones.

Como señalan Caramelli et al. (1998: 465) la producción oral de las personas con EA es el aspecto que más se ha estudiado hasta el momento. Según Bayles (1994) las personas
con Alzheimer son fluentes pues no presentan deterioro en el nivel fonológico. Lo mismo sucede con la sintaxis, pues según estudios como los de Bayles (1982) y Kempler, Curtiss & Jackson (1987) las capacidades sintácticas se conservan durante las fases leve y moderada de la enfermedad. El trabajo de Blanken et al. (1987) concluyó que sus informantes con demencia hacían frases simples más cortas que las de los controles. Sin embargo, no mostraban problemas a la hora de elaborar estructuras sintácticas más complejas. Además, ninguno de los dos grupos mostraba trazas de agramatismo. En concreto, las personas con EA mostraron un porcentaje similar al de los controles en lo que respecta a frases fragmentadas y anacolutos y no dieron muestras de paragramatismo. En esta línea Hier, Hagenlocker & Schindler (1985) concluyeron que las personas que padecen con demencia empleaban un número menor de palabras en su discurso, menos palabras únicas, menos frases preposicionales y subordinadas y dejaban más fragmentos sin completar. Asimismo, comprobaron que los errores de origen léxico eran más graves que los sintácticos. El trabajo de Altmann et al. (2001) también concluyó que el perfil morfosintáctico apenas se deteriora conforme avanza la enfermedad. También es destacable el trabajo de Martínez-Sanchez et al. (2017), en el que se detectó que a la hora de producir sílabas existían diferencias rítmicas entre las personas con EA y aquellas que no padecían la enfermedad.

En lo que respecta a la semántica, Caramelli et al. (1998) señalan el estudio de Irigaray (1983) como el precursor en este ámbito, a partir del cual se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre problemas de denominación, fluencia o problemas discursivos. A partir de ese momento son muchos los estudios sobre semántica que se han realizado con personas con EA. La denominación es uno de los mayores problemas para las personas que padecen Alzheimer, pues ya en las fases leves aparecen errores a la hora de designar objetos (Bayles, Tomoeda & Trosset 1990 y Hodges, Salmon & Butters 1991), muchos de ellos debido a errores de categorización semántica (Chertkow & Bub 1990; Martin & Fedio 1983). Sin embargo, existen estudios, como el de Nicholas et al. (1996), que afirman que no existen diferencias entre la naturaleza de los errores de denominación de las personas que padecen de EA y los controles y sugiere que los errores semánticos documentados podrían ser resultado de la metodología empleada para su estudio. En la misma línea Moreaud et al. (2001) comprobaron que los errores de
denominación no suponían que la EA supusiese per se un déficit de conocimiento semántico.

Por otro lado, tanto Robinson et al. (1996) como Druks et al. (2006) confirmaron que para este grupo la denominación verbal era considerablemente más difícil que la nominal, probablemente a causa de la dificultad añadida que supone la representación mental de los verbos en comparación con los sustantivos. En su estudio con personas con EA Lipinska & Bäckman (1997) se percataron de que la recuperación léxica de este grupo era más rápida cuando se les daba una pista del inicio de la palabra. Por su parte, Silveri, Cappa & Mariotti (2002) confirmaron que la edad de adquisición de la palabra, la concordancia del nombre y la categoría de este eran los principales elementos que pronosticaban la pérdida de la capacidad de denominación en las personas con EA. Más recientemente, el trabajo de Silagi et al. (2015) indicó que la capacidad de denominación se deteriora conforme los estadios de la enfermedad. Entre el estadio leve y el moderado, los errores son principalmente parafasias; pero entre el moderado y el grave aumentan las no respuestas, es decir, la anomia pura.

La fluencia verbal también se deteriora conforme avanza la enfermedad. A este respecto hay estudios como los de Monsh et al. (1992) y Pasquier et al. (1995) que probaron que las personas con Alzheimer tienen más problemas en los test de fluencia verbal basados en criterios semánticos que en aquellos que se basan en asociación de letras. Existen además numerosos estudios sobre los problemas de tipo pragmático-discursivo en las personas con EA, pero como constituyen el tema central de esta tesis los trataremos con más detenimiento en §3.2.4.

Aparte de estas investigaciones, existen otras más generales que relacionan conceptos propios de la lingüística con la demencia en general, entre los que se encuentran aquellas que relacionan bilingüismo y demencia. Por ejemplo, Bialystok, Craik & Freedman (2007) examinaron los registros hospitalarios de personas con diferentes tipos de demencia y comprobaron que los que eran bilingües desarrollaban la demencia entre 3 y 4 años más tarde que los monolingües y, algunos años más tarde, Bialystok, Craik & Luk (2012) confirmaron que las personas bilingües sufren un deterioro cognitivo más lento y que saber más de una lengua puede retrasar la aparición de la demencia.
Al margen de todos los estudios, este tema también se aborda en profundidad en distintas monografías de divulgación académica, que versan exclusivamente sobre lenguaje y demencia. En Bayles & Kaszniak (1987) se nos presenta un panorama general sobre cómo es la comunicación en personas con demencia en contraste con aquellas que envejecen normalmente. El libro incluye una presentación sobre los diferentes tipos de demencias, explica los problemas de cognición y lenguaje que se desarrollan, comenta las diferentes teorías existentes hasta la fecha de publicación y hace una reflexión sobre cómo influye el deterioro de la percepción y la memoria en la pérdida de habilidades lingüísticas. Paralelamente, comenta cómo son estos procesos (cognición, percepción y memoria) en las personas con un envejecimiento normal y lo contrasta con aquellas que padecen demencia.

Whitaker (1988) elaboró una obra más técnica en la que trata traumatismos y demencia. En lo que respecta a esta última describe los problemas neurológicos que causan estas enfermedades y explica cuáles son las vías para su detección. Además, incluye varios apartados sobre las características discursivas de personas con EA y ejemplos de conversaciones y entrevistas con ellas. En Maxim & Bryan (1994) encontramos una descripción general sobre cómo es el lenguaje de las personas de mayor edad, cómo se distingue esta de otras demencias y posibles tratamientos y prácticas para ralentizar las pérdidas. Las autoras también incluyen las futuras direcciones de la investigación en esta línea.

En algunas publicaciones que ya hemos comentado anteriormente también encontramos apartados dedicados al lenguaje en casos de demencia. Por ejemplo, Obler & Gjerlow (1999) dedican un capítulo entero a eliminar las alteraciones del habla en demencias: explican la tipología de demencias, presentan los distintos tipos de trastornos y especifican en qué demencia se da cada uno, aclaran las diferencias entre demencias, afasias y afasia progresiva primaria y también ponen el foco sobre la relación entre demencia y bilingüismo. Igualmente, Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012) incluyen un apartado sobre la producción discursiva en personas con demencia en el que repasan cuáles son las carencias en el lenguaje en la enfermedad de Alzheimer, la de Parkinson, la de Pick y la de Huntington y también dedican un espacio a comentar la comprensión de la prosodia en la enfermedad de Alzheimer.
Por último, algunos manuales relacionados con las patologías del lenguaje incluyen capítulos especializados en demencia. Por ejemplo, en Blanken et al. (1993) encontramos 
"Pathology of Language Behavior in Dementia", en el que Bayles explica las demencias tipo Alzheimer, Parkinson, Huntington, Pick y la afasia progresiva y detalla los problemas lingüísticos que se presentan en cada una de ellas. Además, el manual de Stemmer & Whitaker (1998), que ya hemos mencionado en este apartado, es uno de los que más información sobre lenguaje y demencia incluye, pues dedica tres capítulos al tema: en 
"Language and communication in Non-Alzheimer's Dementias" Cherrier et al. presentan los diferentes tipos de demencia y las distintas investigaciones que ha habido en lo que respecta al lenguaje de cada una de ellas; en "Language and Communication Disorders in dementia of the Alzheimer Type” Caramelli et al. (1998) hacen lo propio pero de forma más extendida; y en "Language Impairment in Parkinson's Disease" Cohen repasa brevemente la enfermedad de Parkinson y los déficits lingüísticos asociados a esta. También en Ball, Damico & Müller (2010) se recoge un capítulo sobre demencias, en el que se describen los problemas de memoria y conocimiento asociados a la demencia, se explican los diferentes tipos de demencia y se profundiza en el lenguaje en las EA. También dedica unas líneas a cómo se debe intervenir cuando nos encontramos ante un caso de demencia.

Más recientemente, en Schrauf & Müller (2014) presenta una serie de estudios que tienen el objetivo común de identificar como la interacción conversacional ayuda a preservar los recursos cognitivos. La obra se divide en tres partes: en la primera se define el concepto de “compromiso” conversacional; en la segunda se explican cuáles son los recursos comunicativos y cognitivos que se emplean en este compromiso; y en la tercera se presentan propuestas en las que se sigue este modelo.

Este repaso de los antecedentes bibliográficos más relevantes nos permite obtener panorámica sobre qué elementos del lenguaje se deterioran y cuáles se conservan generalmente las personas con EA. Es necesario recordar que cada persona que padece demencia es un caso único y que, por lo tanto, las alteraciones del lenguaje se singularizan en cada sujeto, en función del tipo de deterioro cognitivo y de cómo fuese su idiolecto antes del comienzo de la enfermedad. Keller & Rech (1998: 315) resumen de este modo los patrones más comunes de habla de personas con EA:
“Phonological, morphological, and probably also syntactic abilities are largely preserved, but discourse-processing and semantic abilities are disturbed. Obviously, the level of sentence-grammar - what we will call the 'microstructural level' in the following seems to be preserved, whereas the 'macrostructural level', the text-grammar, is disturbed”.

El trabajo de Romero & Kurz (1996) también consistió en una revisión de los distintos niveles del lenguaje, para lo que efectuaron un estudio longitudinal del habla de 63 personas con EA con el objetivo de comprobar el declive del discurso espontáneo en este grupo. Los autores detectaron problemas graves de habla espontánea, sobre todo semánticos y comunicativos y problemas moderados del habla automática, aunque la fonética de sus informantes se encontraba preservada. Asimismo, también observaron un declive más acuciado del lenguaje en aquellos informantes que contaban con antecedentes familiares con demencia.

Con el objetivo de presentar una visión más completa del deterioro del lenguaje en la fase moderada, hemos sintetizado la información de este apartado en la Tabla 5.

**Tabla 5. El lenguaje en la fase moderada de las personas que padecen con Enfermedad de Alzheimer.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Áreas</th>
<th>Preservadas</th>
<th>Deterioradas</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Comprensión** | • Frases pasivas  
|            | • Frases simples                                  | • Comprensión lectora  
|            |                                                    | • Preguntas y respuestas  
|            |                                                    | • Comparativas  
|            |                                                    | • Inferencias  
|            |                                                    | • Frases con dos proposiciones  
|            |                                                    | • Integración posterior de la información verbal y no verbal  
| **Producción oral** | • Lectura en voz alta  
|            | • Fluencia                                          | • Fonología  
| **Sintaxis** | • Capacidades sintácticas generales                |                                                               |
| **Semántica** |                                                     | • Denominación⁷ (sobre todo la verbal)  
|            |                                                     | • Fluencia verbal  

⁷ Como hemos mencionado más arriba, aunque la mayor parte de los estudios documentan un problema claro de denominación, existen algunos que afirma que estos resultados se deben a que la metodología empleada en ellos no es correcta.
Por último, es interesante señalar que hay varios estudios con perspectiva de género que han detectado patrones diferentes en la evolución del lenguaje de las mujeres y los hombres con EA. En su estudio sobre patrones de cohesión en la enfermedad de Alzheimer, Ripich et al. (2000) repasan algunos de los estudios más relevantes que prueban que la evolución de la enfermedad no es la misma en ambos sexos. Monsch et al. (1992) detectaron que las mujeres eran mejores que los hombres en una de las cuatro tareas que les propusieron: la denominación de objetos. Sin embargo, en los sujetos control las mujeres resolvieron mejor que los hombres las cuatro pruebas. La investigación de Buckwalter et al. (1993) señaló que las mujeres tenían peores resultados en los apartados de orientación geográfica y comprensión oral del MMSE. Henderson & Buckwalter (1994) comprobaron que las mujeres obtenían peores resultados en las pruebas de denominación, fluencia verbal y recuerdo de información verbal. En esta línea, el trabajo de Ripich et al. (1995) mostró que los hombres consiguieron mejores resultados en las tareas de comprensión de palabra única y en los test de vocabulario. Igualmente, en el estudio de Padovani et al. (1996) las mujeres mostraron más problemas en el Boston Naming Test y en el Weschler Adult Intelligence Scale, mientras que en el grupo de control las mujeres hicieron todas las tareas mejor que los hombres. Por su parte, Ripich (2000) detectó que las mujeres con DAT utilizaban con más asiduidad dos tipos de elipsis: la omisión de cláusulas y la omisión de palabras.

3.2.2. Pragmática y demencia

Tal y como señalan Guendouzi & Müller (2006: 3) dentro del campo de la pragmática clínica existen dos corrientes mayoritarias de estudio: las que se basan en la cuantificación de las características predeterminadas del discurso (experimental-cuantitativa), que trabajan normalmente sobre discursos provocados expresamente para su estudio, y los métodos cualitativos que buscan su descripción (naturalista-cualitativa) y que trabajan con lenguaje espontáneo. Dentro de la primera corriente se enmarcan los trabajos de Ulatowska & Chapman (1995: 115), quienes definen así el concepto “discurso” y su aplicación en los estudios sobre demencia:

“Although discourse maybe composed of a single word, a phrase, a sentence, or a combination of all the above, discourse typically consists of a sequence of connected sentences. The coherence of discourse is determined by how well this sequence of
sentences is related. Discourse provides a promising avenue for investigating behavioral changes in dementia, because discourse can be manipulated to explore how cognitive impairment impinges on linguistic functioning and communicative competence. This approach is possible because of the inherent nature of discourse, which entails a complex interaction among linguistic, communicative, and cognitive processes.

Guendouzi & Müller (2006: 3) también apuntan que en este tipo de estudios predomina la evaluación del lenguaje provocado a través de distintos mecanismos, como por ejemplo descripciones orales y escritas en las que se utilizan diferentes estímulos, presentación de historias orales para la repetición, producción de resúmenes y moralejas o entrevistas.

Paralelamente, existe un camino intermedio entre el modelo de investigación experimental-cuantitativo y el naturalista-cualitativo en el que se utiliza lenguaje natural no provocado y se busca cuantificar los rasgos del discurso en las personas con demencia. Aquí encontramos trabajos como los de García & Joanette (1994), o el de Hamilton (1994). También en esta línea encaja el trabajo de Perkins, Whitworth & Lesser (1998), en el que los autores propusieron una herramienta para analizar los desórdenes pragmáticos de cada individuo con demencia (Conversation Analysis Profile for People with Cognitive Impairment). Su método busca obtener información de los problemas comunicativos que tienen las personas con daño cognitivo con sus cuidadores, observar las estrategias que se usan en el hogar y comprobar si estas funcionan. Finalmente, dentro del enfoque natural-cuantitativo encontramos aquellos estudios basados en lenguaje producido de manera espontánea, donde se enmarcan los trabajos de autores como Hamilton, cuya obra Conversations with an Alzheimer’s Patient: An Interactional Sociolinguistic Study (1994) se considera frecuentemente el primer trabajo dentro de este enfoque (Ramanathan 1997).

Aparte de los estudios ya mencionados, existen varias monografías y manuales de gran relevancia en lo que respecta a pragmática clínica y demencia. Lubinski (1995) elabora un manual con el objetivo de dar una perspectiva completa y actualizada sobre demencia y comunicación. El trabajo comprende temáticas más generales como la definición y tipología de la demencia y las características psicológicas, cognitivas, auditórias y motoras del discurso. También recoge el impacto del envejecimiento y la demencia en las
habilidades lingüísticas y discursivas, así como el impacto de la demencia en los individuos afectados y sus cuidadores. Asimismo, plantea una visión general sobre los servicios profesionales disponibles para los adultos con demencia y sus cuidadores. Una de las aportaciones más recientes hasta el momento es la de Davis & Guendouzi (2013), que reúne varias investigaciones del campo de la demencia. Desde un enfoque multidisciplinar se repasan los diferentes métodos de análisis del discurso y pragmática para examinar el uso que hacen del lenguaje las personas con demencia en casos de deterioro cognitivo.

3.2.3. Enfermedad de Alzheimer y pragmática

El discurso de las personas que padecen EA suele presentar una pérdida progresiva conjunta de la memoria y de las capacidades discursivas, lo cual ha despertado el interés de profesionales de las distintas áreas de la lingüística. Además, Kempler & Zelinski (1994) documentaron que el discurso de las personas con EA tiene características discursivas distintas de las que conlleva el envejecimiento normal. Los autores identificaron que gran parte de los problemas de sus informantes eran pragmáticos, como las dificultades para ponerse en el lugar del otro o la pérdida del conocimiento de las macroestructuras discursivas.

De este modo, son muchas las investigaciones que han estudiado las distintas características que presenta el lenguaje de las personas con EA desde una perspectiva pragmático-discursiva. En primer lugar, es conveniente mencionar que se han llevado a cabo muchos estudios que contrastan las pérdidas del lenguaje en los casos de EA y los de envejecimiento normal, afasia u otros tipos de demencia. March, Wales & Pattison (2003) destacan los estudios de Chapman, Highley, & Thompson (1998); Mendez & Ashla-Mendez (1991); Nicholas et al. (1985); y Rousseaux et al. (2010). También son varias las investigaciones que prueban la correlación entre el avance de la EA y el declive del lenguaje (Hamilton 1994; Lamar et al. 1994).

Existen varios estudios generales sobre pragmática y Alzheimer que conviene destacar. Para comenzar, son interesantes los numerosos trabajos de Hamilton. Como ya hemos señalado, el primero de ellos (1994a) sentó un precedente en este campo al publicar sus conversaciones durante cuatro años y medio con una anciana que padecía Alzheimer.
Con esta investigación, la autora buscaba establecer una relación entre las habilidades comunicativas y sus problemas de expresión, ver cómo evolucionaba su informante a lo largo de los años y cómo le influía hablar con un interlocutor sano. Ese mismo año, Hamilton escribió un capítulo en Bloom et al. (1994b) en el que documentó que el número de clarificaciones que pedía su informante Elsie aumentaba conforme progresaba la enfermedad, lo cual para la autora es una muestra inequívoca de las dificultades de comprensión pragmática que desarrolló la enferma.

Asimismo, es necesario mencionar la obra de Asp & de Villiers (2010). El volumen incluye una introducción sobre análisis clínico del discurso, presenta la visión de los autores sobre análisis del discurso, la entonación, la gramática y de la relación de las frases con su contexto cultural y aborda además cuestiones relativas al diseño de estudios y a la relación de los modelos cognitivos y el análisis clínico del discurso. Esta obra fue la primera que presentó modelos para describir el discurso de manera global en contextos clínicos y en ilustrar modelos de análisis asociados a EA y autismo.

Por último, es conveniente hacer referencia al trabajo de Pérez Mantero (2017) quien realizó un perfil pragmático exhaustivo de personas con demencia en los tres estadios de la enfermedad. Para ello, grabó a sus informantes mientras mantenían una conversación con sus cuidadores o familiares y el investigador y concluyó que las habilidades en las que se detectaba un deterioro eran la iniciativa conversacional (sobre todo entre el estadio leve y moderado), la capacidad para responder preguntas abiertas, el número de palabras empleadas, la carga informativa de los enunciados, la capacidad para respetar las máximas conversacionales (particularmente la máxima de cantidad en el estadio leve y la de relevancia en el avanzado), el número de temas nuevos que proponían y la capacidad para mantener la coherencia. Sin embargo, el autor también percibió que el conocimiento sobre los turnos conversacionales, la capacidad para reparar enunciados, la comunicación no verbal así como las capacidades fonológicas y morfosintácticas se mantenían relativamente preservadas hasta el estadio final.

Aparte de estas investigaciones, existen numerosos trabajos que han observado si los diferentes objetos de estudio del campo de la pragmática se conservan o se deterioran conforme avanza la EA. A continuación, presentamos aquellos más relevantes, ordenados por tema de estudio:
Las primeras investigaciones que mencionaremos son aquellas que analizan los déficits que muestran las personas que padecen de Alzheimer a la hora de integrar el contexto en sus actos comunicativos, pues el significado pragmático depende enteramente del contexto y es impensable llevar a cabo esta investigación sin repasar primero el trabajo que se ha hecho hasta ahora al respecto. Antes de nada, es necesario puntualizar que, como resultado de que en el campo de la pragmática no exista un acuerdo sobre cuál es la definición idónea de contexto, la mayor parte de los estudios enmarcados dentro de la pragmática clínica han partido desde definiciones diferentes (Cummings 2012b).

Hasta la fecha son varios los estudios que han intentado analizar cómo procesan las personas con EA la información contextual y cómo la incorporan al lenguaje. El de Ramanathan (1994) concluyó que, aunque las personas con EA muestran trastornos graves del discurso, todavía son capaces de mantener conversaciones extensas y con sentido en función de la interacción social. Más adelante, Ramanathan (1995) constató que el contexto en el que se producía la interacción social era clave para que la comunicación fuese exitosa, por lo que incidió en la importancia de analizar el discurso de las personas con EA (y cualquier otro tipo de discurso) teniendo siempre en cuenta el contexto y el tipo de interacción.

El estudio de Nebes & Halligan (1996), concebido desde una perspectiva más semántica, comprobó que las personas con EA conservan el conocimiento de atributos semánticos y que la activación de los atributos sigue viéndose afectada por los elementos contextuales durante el avance de la enfermedad. En la misma línea, Chenery, Ingram & Murdoch (1997) expusieron a un grupo con EA y un grupo de control a palabras homófonas para que determinasen si estas encajaban o no en un determinado contexto discursivo empleando dos intervalos de estímulo: primero 330ms. y, a continuación, 1000ms. El resultado fue que sus informantes mostraron alteraciones en la activación selectiva automática del material léxico y en la integración y elaboración del material léxico dentro del discurso que estaban escuchando.

La investigación de Joubert et al. (2004) examinó a una mujer con Alzheimer a la que pidieron que identificase familiares y personas famosas en fotografías, primero con
contexto espacial y temporal y después sin él. Los autores concluyeron que la informante identificaba a sus familiares independientemente del contexto, aunque no pudo recordar el nombre de ninguna de las personas famosas.

**Teoría de la mente**

También es conveniente destacar los estudios que se han realizado sobre la Teoría de la Mente (ToM) en las personas con EA, pues tal y como señala Cummings (2012a: 25) “pragmatic interpretation requires an ability to establish the communicative intentions of other participants in communication”. De hecho, cada vez son más los estudios que relacionan los desórdenes pragmáticos con los déficits en la ToM (Cummings 2012a, 2013), con la peculiaridad de que las investigaciones que se han realizado a este respecto han indicado resultados contradictorios. Por un lado, tenemos trabajos como el de Gregory et al. (2002), que comprobaron la ToM en personas con EA y mostraron que las personas que padecen solo tenían problemas con las creencias de segundo orden. Los autores concluyeron que, puesto que las creencias de segundo orden dependen altamente de la memoria de trabajo y que esta se haya altamente afectada por la enfermedad, las personas con EA no tienen un problema relacionado propiamente con la ToM. Zaitchik et al. (2004, 2006) llegaron a la misma conclusión al comprobar que las personas que padecen leves y moderados de EA respondían bien a todas las pruebas de la ToM salvo en una en la que la tarea estaba integrada en una narración. En la misma línea, se encuentran investigaciones como la de Rowse et al. (2013) y Castelli et al. (2014).

Por otro lado, Laisney et al. (2013) concluyeron que tanto las falsas creencias de primer orden como de segundo estaban deterioradas y que la pérdida se agudizaba conforme avanzaba la enfermedad. Los autores descartaron que estos déficits se debían a problemas cognitivos tras no encontrar correlación alguna entre las dificultades de comprensión que tenían sus informantes que no habían realizado correctamente las pruebas de la ToM. También Sandoz, Démonet & Fossard (2014) detectaron problemas de la ToM de las personas con EA, sobre todo en aquellas tareas que suponían una mayor complejidad.
Expresión del “yo”

La capacidad para expresar el “yo”, es decir, si las personas con EA conservan o pierden su personalidad conforme avanza la enfermedad, también ha sido revisada en distintos estudios. Estos trabajos distinguen por un lado el “yo-1”, que es la identidad personal y por otro el “yo-2”, que es la personalidad que se tiene de cara al público y que depende de los demás. A este respecto, Sabat & Harré (1992), Sabat & Cagigas (1997), Sabat & Collins (1999) y Sabat (2002) coinciden en que el “yo-1” se conserva hasta las fases finales de la enfermedad, mientras que el “yo-2” puede perderse como causa de la enfermedad, pero depende altamente de cómo su entorno se dirija a la persona enferma y afronte su enfermedad.

En la misma línea, Shenk (2005) revisó la expresión de identidad de dos mujeres con EA, la primera de ellas en la fase inicial de la enfermedad y la segunda con un deterioro cognitivo avanzado. Aunque la autora detectó que los mecanismos discursivos que estas empleaban para expresar la identidad eran diferentes, concluyó que ambas conservaban esta habilidad a través de sus interacciones sociales.

Informatividad

La eficacia para transmitir información es quizás el tema más manido en el campo de la pragmática y de la demencia. San Pietro & Berman (1984) estudiaron el discurso de 8 hombres y 64 mujeres, con distintos grados de demencia y sin ella, y concluyeron que los participantes con demencia utilizaban más elementos de relleno, más palabras inespecíficas y su lenguaje era más egocéntrico. Por su parte, Bayles et al. (1985) probaron que la dificultad para encontrar ideas para describir un objeto aumenta conforme avanza la EA. Igualmente, son varios los estudios que han documentado que la capacidad para transmitir información así como el número de enunciados relevantes disminuyen conforme la enfermedad se desarrolla (Santo Pietro & Berman 1984; Hier et al. 1985; Beeson et al. 1987). En esta línea, Nicholas, Obler & Albert (1985) detectaron que las personas con EA producían más frases vacías que los otros participantes en su estudio, personas que padecían afasia de tipo Wernicke.

Sin embargo, es interesante señalar que en la investigación de Smith, Chenery & Murdoch (1989) no se encontraron diferencias significativas en el número de unidades de
contenido ni en los sustantivos objetivo, sílabas y sílabas por minuto. Esta investigación concluyó que aquellas imágenes que requerían la integración de información lingüística y no lingüística eran más difíciles para las personas con EA que aquellas que en las que no hacía falta dicha integración. Más adelante, en su estudio sobre las capacidades pragmáticas Causino Lamar et al. (1994) se percataron que la capacidad de dar responder apropiadamente y hacer reparaciones estaba dañada en más del 80% de sus informantes.

Igualmente relevante es el trabajo de Kemper, Lyons & Anagnopoulos (1995), quienes estudiaron el discurso de un grupo de personas con EA y sus cónyuges. Para ello, dividieron el estudio en dos fases: primero les pidieron que cada participante y su cónyuge hicieran narraciones por separado y, a continuación, les pidieron una narración conjunta. Los autores concluyeron que las narraciones de las personas con EA eran más completas y detalladas cuando los ayudaban sus cónyuges. En el caso de Ehrlich, Obler & Clark (1997) basaron su investigación en la descripción de imágenes para crear narraciones de complejidad variable y comprobaron que las personas con EA emiten mayor número de palabras, pero menos información que los controles. Laine et al. (1998) realizaron entrevistas y las valoraron en una escala de informatividad; el resultado fue que el grado de informatividad de las personas con EA era ligeramente menor que el de un grupo con demencia vascular y sustancialmente menor que el de los controles. En esta línea también se manifestaron Chapman, Highley & Thompson (1998) que destacaron las dificultades comunicativas a la hora de encontrar un equilibrio entre lenguaje e información.

Paralelamente, Ripich et al. (2000a) examinaron el discurso de 55 personas con EA en los tres estadios de la enfermedad a través de la descripción de la imagen “El robo de las galletas” y detectaron que conforme avanzaba la enfermedad los informantes emitían enunciados más cortos y eran menos informativos. Sin embargo, el porcentaje de enunciados poco claros era mayor durante los primeros estadios.

El trabajo de Duong, Tardif & Ska (2003) analizó la modalización discursiva y la repetición de enunciados de 5 personas con EA con respecto a un grupo de control y su evolución conforme avanzaba la enfermedad y los resultados indicaron que la modalización sigue presente en el discurso de las personas con EA y que repiten más frecuentemente ideas.
que los controles. En esta línea, Brandão et al. (2009) también evaluaron el número de proposiciones repetidas así como de proposiciones incompletas en 8 personas con EA en estadio 4 (deterioro moderado en la GDS) y 10 en estadio 5 (deterioro moderado/grave en la GDS). Para ello dividieron el estudio en dos fases: en la primera pidieron a los informantes que contasen una historia personal y en la segunda mencionaron el comienzo de una historia personal previamente narrada por los familiares para que los informantes la continuasen. Los resultados mostraron que en esta segunda tarea la gestión del conocimiento de los informantes era peor en el estadio más avanzado de la enfermedad. También destaca el trabajo de Guaitella (2011) que revisó en un estudio más reciente las habilidades comunicativas de personas con Alzheimer y concluyó que su habilidad para integrar nueva información y participar en el diálogo no estaba dañada.

Por último, Onofre de Lira et al. (2014) pidieron a un grupo de control, uno con demencia leve y otro con demencia moderada que describiesen la imagen del robo de la galleta y concluyeron que el grupo de control emitió el doble de unidades de información que el grupo leve y más del doble que el de demencia moderada.

Topicalidad

En su repaso por los estudios sobre discurso, Ehrlich (1994) divide el lenguaje de las personas con demencia en varios estadios: los estadios iniciales se caracterizan por un discurso repetitivo pero que se mantiene dentro del tema de conversación, las respuestas a las preguntas no son precisas y comienzan los problemas de recuperación léxica; en los estadios intermedios, disminuye el porcentaje de informatividad respecto al número de palabras, el habla comienza a ser más egocéntrica y comienzan a darse paragramatismos y repeticiones; en los estados finales el habla está plagada de repeticiones, disminuye la extensión promedio de la frase (EPF), se reducen las ideas que se transmiten, cada vez es más difícil seguir la línea de pensamiento tras los enunciados y se producen constantes transgresiones de los cambios de turno en la conversación. También conviene destacar el trabajo de Causino Lamar et al. (1994), en el que detectaron que sus informantes raramente proponían nuevos temas o intentaban continuar con las conversaciones así como el de Mentis, Briggs-Whittaker & Gramigna (1995), quienes detectaron un problema para generar temas de conversación adecuadamente y constantes cambios bruscos de tema.
Por su parte, García & Joanette (1994, 1997) no observaron ninguna diferencia entre la capacidad para mantener el tema de los sujetos control y aquellos con EA; sin embargo, sí que se encontraron con que sus cambios de tema estaban menos veces relacionados con el tema que se estaba hablando anteriormente (“Topic Shading”, término acuñado por Crow 1983: 142) que los del sujeto control. Además, detectaron que los cambios de tema se debían en mayor proporción a la incapacidad para continuar con la conversación. Por último, las autoras comprobaron que las personas con EA introducían menos anécdotas personales en su conversación, lo que atribuyeron a la gran carga cognitiva (sobre todo memoria y atención, especialmente dañadas en el EA) que conlleva recordar un hecho pasado e introducirlo en la conversación de forma coherente. Asimismo, es menester mencionar la investigación de Keller & Rech (1998), en la que los informantes con EA obtuvieron una puntuación un 14% menor en el área de cambio de tema/participación que los controles.

Por último, en Bucks et al. (2000) encontramos un análisis del habla espontánea. Los autores revisaron las ratios de adjetivos, pronombres, verbos, sustantivos, unidades semánticas con forma de cláusula y tipos de modo (token) de 8 individuos con EA y 16 controles y encontraron diferencias notables entre ambos grupos. En primer lugar, detectaron que los informantes con EA emitían una menor ratio de sustantivos, pero un mayor número de verbos, pronombres y adverbios con respecto a los controles. Además, los autores percibieron que la media de pronombres por cada 100 palabras de las personas con EA (23.7) era superior a la del grupo de control (15.8). Asimismo, comprobaron que, contrariamente a lo expuesto por otros estudios (Kempler & Zelinski 1994), las personas con EA no utilizaban más el pronombre de primera persona singular “yo” que el resto de los pronombres, con lo que se rechazó así el tópico del “discurso egoísta” del Alzheimer. Por último, el trabajo de Müller & Guendouzi (2005) sobre el orden en la conversación resaltó que, con frecuencia, las personas con demencia cambian de tema bruscamente.
Dentro del concepto implicatura, nos encontramos con trabajos de diversa índole. Por un lado, aquellos que tienen que ver con las presuposiciones y por otro, las inferencias y el lenguaje figurado. Este elemento de estudio es especialmente importante dentro de la pragmática, pues tal y como indican Schatz et al. (2016) el estudio de la pérdida de las habilidades ilocutivas y perlocutivas de las personas con demencia puede ser clave para comprender el deterioro de las habilidades comunicativas y de ver cómo estas pueden mejorar si se tratan con terapias diseñadas para ello. En lo que respecta a las presuposiciones, la investigación es prácticamente inexistente. El trabajo más relevante hasta la fecha es el de Causino Lamar et al. (1994), en el que indicaron que las presuposiciones se encontraban entre las habilidades pragmáticas preservadas.

Asimismo, tampoco existen muchos estudios centrados en el tema de las inferencias. La investigación más destacable es la de Chapman, Highley & Thompson (1998), que comparó tres grupos: uno con afasia moderada-severa, otro con EA leve-moderada y un grupo de control. A los participantes se les plantearon tareas con pruebas lingüísticas y pragmáticas de distinta dificultad y los investigadores concluyeron que las personas con EA eran las que mostraban más dificultades a la hora de enfrentarse a las tareas de índole pragmáticas y, sobre todo, de realizar inferencias.

El tema del lenguaje figurado ha sido algo más recurrente en la investigación. Sin embargo, prácticamente todos los trabajos se han centrado en estudiar si las personas que padecen demencia son capaces de comprenderlo. La mayor parte de los estudios hasta la fecha han concluido que mientras que comprender el lenguaje figurado convencional (familiar) no es problemático para las personas con demencia (Papagno 2001), normalmente interpretan el lenguaje figurado nuevo (no familiar) por su sentido literal (Chapman et al. 1977; Brundage & Brookshire 1995; Chapman, Highley & Thompson 1998; Amanzio et al. 2008). Además, Maki et al. (2012) concluyeron que la capacidad para comprender las metáforas y el sarcasmo se deteriora a medida que progresa el deterioro cognitivo. En lo que respecta a la producción, el estudio más relevante es el de Maclagan, Davis & Lunsford (2008), quienes certificaron que el lenguaje figurado se continúa usando a pesar del progreso de la demencia, en ocasiones como un recurso estratégico para mantener la competencia comunicativa.
Alternancia de turnos

El primer estudio relevante sobre alternancia de turnos es el de Ripich et al. (1991), en el que examinaron los turnos y los actos de habla en un diálogo entre una persona con Alzheimer y un examinador. Los resultados indicaron que las personas con EA recurren con más frecuencia a respuestas no verbales, usan menos palabras por turno conversacional y emiten un mayor número de enunciados incomprensibles. Por su parte, Hamilton (1994) mostró que incluso en un estado avanzado de la enfermedad, las personas con EA respetan los turnos de habla. En su trabajo, Causino Lamar et al. (1994) también detectaron que el sistema de intercambio de turnos se encuentra preservado. Contrariamente, Ehrlich (1994) concluyó que en el estadio avanzado se producen constantes transgresiones de los cambios de turno en la conversación.

Sobre este mismo tema, Tappen et al. (1997) llevaron a cabo un estudio con personas con EA avanzado sin mostrar ninguna diferencia en lo que respecta a longitud y relevancia de las respuestas para los distintos tipos de pregunta y se encontraron con que estos eran capaces de responder a preguntas abiertas. Para ello, los autores se valieron de estrategias como el uso de enunciados y preguntas y enunciados abiertos o de la búsqueda de temas relacionados con los participantes. En su investigación, Keller & Rech (1998) percibieron que las personas con EA obtuvieron una puntuación un 16% menor que la de los controles en el área de feedback/respuesta y un 14% en el área de fluidez/pausas.

Aparte, Davis & Maclagan (2010) analizaron las palabras de relleno, colocaciones y expresiones para gestionar el turno de palabra en el discurso de tres mujeres con EA en estadio moderado y comprobaron que las informantes seguían usándolos correctamente. Asimismo, los autores analizaron las pausas en el discurso de estas tres mujeres y no pudieron encontrar un patrón común. Sin embargo, sí que detectaron que en dos de ellas la función y el uso de estas variaba conforme evolucionaba la enfermedad. Más recientemente, Pérez Mantero (2014) analizó el discurso de nueve personas con demencia, tres en cada estadio de la enfermedad, mientras conversaban con sus familias. El autor detectó que en el estadio moderado aumentaban las preguntas de confirmación y que el número de respuestas apropiadas se reducía conforme avanzaba la enfermedad, pero que el conocimiento de que las preguntas debían ser respondidas se preservaba.
Igualmente, Varela Suárez (2017a) estudió el par adyacente pregunta-respuesta en 12 personas con demencia y comprobó que, a pesar de que conforme avanzaba el deterioro cognitivo el porcentaje de respuestas respondías disminuía, las personas entrevistadas parecían seguir siendo conscientes de que debían completar su turno.

**Actos de habla**

Los actos de habla no son un tema que se haya abordado con profundidad. Uno de los trabajos más significativos es el de Ripich et al. (1991), que comprobaron que las personas con Alzheimer leve y avanzado todavía eran capaces de utilizar diversos tipos de actos de habla y que la intención comunicativa se mantenía en gran parte. Igualmente destacable fue la aportación de Causino Lamar et al. (1994) que concluyeron que los actos de habla de tipo “directivo” (órdenes, preguntas y demandas) se mantenían preservados en la mitad de los sujetos con EA que estudian.

**Cortesía lingüística**

Otro aspecto de la pragmática que se ha estudiado en las personas con EA es la cortesía lingüística. El primer trabajo en este campo es el de Hamilton (1988) quien afirmó que las personas que padecen esta enfermedad no son capaces de ponerse en el lugar del otro y por lo tanto pierden la habilidad de mostrar cortesía. Sin embargo, son numerosos los estudios que han comprobado que son capaces de adaptarse a la situación conversacional. Ramathan-Abbott (1994) comprobó que sus informantes no hablaban igual a los conocidos que a los desconocidos y Smith & Ventis (1990) que no se dirigen del mismo modo a otras personas con demencia que a los adultos sanos.

Más adelante, Hamilton (1994b) llevó a cabo un seguimiento de cómo evolucionaba la cortesía lingüística en Elsie: en la primera fase (1981-1982) la enferma empleaba mecanismos de cortesía como bromas, alabanzas, palabras afectivas o valoraciones positivas, por lo que era una persona con la que la gente disfrutaba de hablar; en la segunda fase (1984), Elsie todavía hacía uso de estos mecanismos; en la tercera fase (1985), Hamilton observó que estos elementos de cortesía ya no estaban presentes en su discurso; en la fase final (1986), Elsie ya no producía elementos léxicos, así que los elementos de cortesía estaban totalmente ausentes.
Contrariamente, la investigación de Temple, Sabat & Koger (1999) concluyó que aparentemente las personas que padecen de Alzheimer conservan estrategias para ajustar su lenguaje dependiendo del hablante y que cambian su lenguaje para adaptarse a él, es decir, conservan la cortesía. Por su parte, Rhys & Schmidt-Renfree (2000) analizaron el discurso de una mujer con EA y descubrieron que aunque esta mujer mostraba cortesía social, no se dirigía a sus interlocutores con demasiado tacto. Estos autores también observaron la imagen positiva y negativa de la informante y se dieron cuenta de que a pesar de que la mujer no era consciente de la necesidad de proteger la cara del otro hablante, sí que se esforzaba por salvar su propia cara.

**Competencia estratégica**

Por otro lado, también ha despertado el interés de la comunidad científica el modo en que las personas con EA utilizan la competencia estratégica para disimular los problemas discursivos durante el máximo tiempo posible. Hamilton (1994b) documentó que Elsie, la informante a la que estudió, en las fases iniciales en las que todavía era consciente de su enfermedad, pedía frecuentemente aclaraciones sobre la conversación como estrategia para disimular la confusión que sentía. Sin embargo, conforme la enfermedad fue avanzando Elsie pedía cada vez menos aclaraciones, hacía menos referencia a sus problemas de memoria y menos autoevaluaciones, lo que para la autora es un reflejo de la pérdida de la capacidad de la enferma para evaluar su propio deterioro del lenguaje.

Orange, Lubinski & Higginbotham (1996) analizaron la capacidad para reparar el discurso de personas con demencia leve y moderada y descubrieron que a medida que avanza la enfermedad, se crean más problemas discursivos y por lo tanto la necesidad de repararlos aumenta. Además, también se dieron cuenta de que las personas con demencia moderada, así como sus interlocutores, emplean más términos inespecíficos para evitar los malentendidos. Por su parte, Ripich et al. (2000a) afirman que conforme avanza la enfermedad aumenta la necesidad de emplear estrategias pragmáticas compensatorias, como preguntas y enunciados inseguros, lo que para los autores demuestran que la intención comunicar se mantiene a lo largo de toda la enfermedad.

En su investigación, Guendouzi & Müller (2002) comprobaron que una estrategia de reparación útil era hablar sobre temas conocidos y seguros para la persona con
demencia. También insistieron en la necesidad de revisar el término “conversación satisfactoria” (desde la perspectiva griceana), pues para una persona con EA esta satisfacción se rige por unos parámetros diferentes. Además, Vasse et al. (2010) revisaron 19 estudios de intervención y se dieron cuenta de que mediante la realización de actividades diarias y sesiones con una única tarea sus informantes desarrollaban estrategias que les permitían mejorar la comunicación con el personal. Por último, Varela Suárez (2017a) revisó cuáles eran las estrategias que empleaban 12 personas con demencia para reaccionar en el par adyacente pregunta-respuesta. La autora concluyó que el estadio en el que se hacía más uso de estas estrategias era el moderado, pues en el inicial todavía no resultaban tan necesarias y en el avanzado la habilidad para recurrir a ellas comenzaba a deteriorarse. Las estrategias a las que recurrieron sus informantes con más asiduidad fueron responder con preguntas de confirmación, dar respuestas generales a preguntas específicas y admitir abiertamente el déficit comunicativo para justificar la incapacidad para dar una respuesta.

Con la intención de facilitar una perspectiva general de la evolución de las habilidades pragmáticas en la EA, en esta tesis hemos querido resumir la información obtenida en los trabajos previamente mencionados. De este modo, la Tabla 6 muestra en qué sentido (preservados o no preservados) apuntan la mayoría de los trabajos que se han hecho dentro del campo de cada uno de los elementos de estudio de la pragmática.

**Tabla 6. Resumen de la evolución de las habilidades pragmáticas según la literatura revisada.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Habilidad pragmática</th>
<th>Preservada</th>
<th>Dañada</th>
<th>Resultados contradictorios</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Contexto</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ToM</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inscripción del “self”</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Informatividad</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Topicalidad</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Presuposición</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inferencias</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lenguaje figurado</td>
<td></td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Turnos de habla</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Actos de habla</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cortesía</td>
<td></td>
<td></td>
<td>X</td>
</tr>
<tr>
<td>Competencia estratégica</td>
<td>X</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Así, según la mayoría de los estudios revisados en este apartado, las habilidades de procesamiento del contexto, inscripción del “yo”, presuposiciones, turnos de habla, actos de habla y competencia estratégica se conservan hasta el estadio severo. Contrariamente, la investigación apunta a que la informatividad, la topicalidad, la capacidad para hacer inferencias y el sentido figurado se deterioran conforme avanza el deterioro cognitivo. En los casos de la ToM y la cortesía lingüística, aproximadamente la mitad de los trabajos apuntan que se encuentran preservadas y la otra mitad que se deterioran.

3.2.4. Enfermedad de Alzheimer y coherencia

En este apartado resumimos aquellos trabajos que han examinado la evolución de la coherencia en el discurso de las personas con EA y nos paramos expresamente en aquellos que versan sobre la cohesión. Sin embargo, antes de entrar de lleno en el tema, es conveniente señalar que, tal y como explicamos en detall en la descripción de nuestro modelo teórico (véase §2.1.3.), en esta tesis consideramos que todos los elementos de estudio de la pragmática que hemos revisado en el apartado anterior, son a su vez coadyuvantes clave en el proceso de construir un discurso coherente. De este modo, los trabajos que hemos incluido en este apartado son aquellos que abordan la coherencia como conjunto. Por lo tanto, en aquellos trabajos que contemplan la coherencia pragmático-discursiva desde una perspectiva similar a la nuestra, es posible que aparezcan elementos de estudio ya mencionados en el apartado anterior o que, sobre aquellos que la conciben de una forma diferente a la nuestra, apenas haya referencias.

El primer trabajo que queremos destacar es el de Ripich & Terrell (1988), que estudió el uso de proposiciones, mecanismos de cohesión y juicios de coherencia de 6 personas con EA y 6 controles. Las autoras concluyeron que las personas con EA usaban más palabras y turnos conversacionales que los controles. Asimismo, el examinador se vio obligado a usar más palabras y turnos cuando entrevistaba a las personas con EA. Por último, para las autoras los problemas de coherencia provienen de la incapacidad que muestran las personas con EA para ponerse en el lugar del oyente. De este estudio es interesante destacar que se pidió a un grupo de expertos que juzgase si las proposiciones que se habían recabado en el estudio eran incoherentes o inapropiadas y estos no detectaron ningún problema en los enunciados de las personas sin patologías y encontraron
incoherentes 11 de las 1733 emitidas por las personas con EA. En esta misma línea, Ulatowska et al. (1988) también pidieron a un grupo de oyentes que examinase su material y estos no fueron capaces de distinguir qué grabaciones pertenecían a las personas con EA y cuáles a los controles. Además, descubrieron que las personas con EA incluían más frases incompletas y/o irrelevantes, cometían numerosos errores de referencia y abusaban del uso de pronombres, deícticos y demostrativos.

Por su parte, Glosser & Deser (1990) comprobaron que las personas con EA mostraban un déficit en la organización macrolingüística mientras que la microlingüística se encontraba preservada. Más adelante, Keller & Rech (1998) y Arkin & Mahendra (2001) llegaron a la misma conclusión en sus estudios. La investigación de Chapman et al. (1995) contrastó la coherencia de personas con EA, individuos de edad avanzada (>80) y controles aplicando la metodología de los frames (marcos) de Goffman (1974). Su estudio concluyó que las personas con EA mostraban bastantes más problemas de coherencia pragmático-discursiva que los controles y los de edad avanzada. Esto también se reflejaba a la hora de interpretar el marco y de dar información relacionada con el marco. Los autores proponen que posiblemente estos déficits se deban a aspectos cognitivos tales como problemas de memoria y atención, de percepción visual, problemas con el marco de representación o fallos para acceder al conocimiento. Aparte de esto, este estudio también resalta que las personas con demencia moderada eran menos propensas a emitir narraciones que los otros participantes. En el mismo año, Mentis, Briggs-Whittaker & Gramigna (1995) compararon las capacidades discursivas de 12 personas con la enfermedad de Alzheimer y 12 controles a lo largo de una conversación casual de 20 minutos de duración que mantuvieron individualmente los participantes con un patólogo del lenguaje. Los resultados indicaron que las personas con EA mostraban una habilidad reducida para cambiar de temas sin romper el flujo del discurso, dificultades parar contribuir al desarrollo del tema y sobre todo, problemas para mantener el tema de conversación de forma coherente.

Ellis (1996) realizó una investigación sobre los patrones de coherencia de 13 informantes con Alzheimer en fases moderada y leve. Para ello identificó cuatro tipos de coherencia: (i) conocimiento compartido, (ii) coherencia temporal, (iii) coherencia espacial y (iv) coherencia temática. Dentro del conocimiento compartido, el autor detectó que la
capacidad para encadenar una cláusula con otra mediante marcadores gramaticales se deterioraba conforme avanza la enfermedad así como que la capacidad para utilizar vocabulario referente a un tema determinado hasta llegar al punto en el que “topical discontinuity is so severe that even the most basic frame-based or script based reference is missing” (1996: 483). En lo que concierne a la coherencia temporal, para Ellis (1996) el número de conjunciones y de conexiones adverbiales disminuye conforme avanza la enfermedad. En lo que respecta a la coherencia espacial, las preposiciones de lugar y los marcadores de referencia espacial disminuyen considerablemente y las personas que padecen con EA los van sustituyendo progresivamente por deícticos no específicos (este, ese, aquí, ahí). En relación a la coherencia temática, el autor determinó que el aumento de términos indefinidos y tangencialidad junto con los déficits de vocabulario acaban resultando en que progresivamente a que las personas que padecen Alzheimer pierdan la capacidad de utilizar elementos de coherencia temática. Por último, el autor concluyó que, en general, a medida que avanza la enfermedad el habla de este grupo tiende a volverse pregramática. La Figura 6 muestra en detalle el resumen realizado por Ellis (1996: 492) con las conclusiones de su trabajo acerca del deterioro de la coherencia entre los estadios moderado y grave.
Figura 6: Patrones de coherencia en personas con EA (Ellis 1996)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Summary of Distinctions Between Mild and Advanced SDAT&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Processing mode</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Grounding</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mild</td>
</tr>
<tr>
<td>Advanced</td>
</tr>
<tr>
<td>Grammatical</td>
</tr>
<tr>
<td>Paremagrammatic</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Grammatical signal of future and antecedent topicality (anaphora and cataphora)</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Part-whole lexical relations</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Low topical persistence</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Conjoined relations rather than embedded</td>
</tr>
<tr>
<td>Temporal coherence</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Grammatical tense markers</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Preterit</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Adverbal links</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Assists hearer to activate time frame</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Preposed adverbials</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Conjunctive relations</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Heavy use of and least semantically marked</td>
</tr>
<tr>
<td>Spatial coherence</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Deictic terms mostly grounded to nouns</td>
</tr>
<tr>
<td>2. More marked prepositions</td>
</tr>
<tr>
<td>3. More personalized and interpersonal orientation</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Assists hearer to activate time frame</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Overuse of nonspecific deictics</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Few marked prepositions</td>
</tr>
<tr>
<td>3. More experiential orientation. Less detail</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Empty speech</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Elliptical structure</td>
</tr>
<tr>
<td>Thematic coherence</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Some marked changes in subject, action, and agents</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Relatively script-based action routines</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Retains some contrastsals</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Vocabulary deficits</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Low referentiality</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Confused identity and similarity chains</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Tangentiality</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<sup>a</sup> SDAT = senile dementia of the Alzheimer’s type.

Fuente: Ellis (1996: 492)

Otro trabajo interesante es el de Keller & Rech (1998), quienes desarrollaron un protocolo para evaluar la competencia pragmática de las personas que padecen demencia, con el objetivo de poder utilizarlo como herramienta diagnóstica y se encontraron que en el campo de la coherencia era en el que las personas con EA mostraban más problemas en comparación con el grupo de control. En la Figura 7, que ilustra los resultados en las distintas áreas examinadas en este trabajo, se aprecia que el área que corresponde a la coherencia (4) es en la que menos puntuación obtuvieron las personas con EA y en la que se registró una diferencia más grande entre estos y los controles.
Igualmente, es conveniente destacar el trabajo de Laine et al. (1998), que analizó la coherencia de 8 informantes con demencia vascular y 11 con EA. Para ello, tuvieron en cuenta la coherencia local, la coherencia global y el uso de elementos no referenciales. Los autores concluyeron que mientras que la coherencia temática global de las personas con EA y demencia vascular era peor que la de los controles, no había muchas diferencias en lo que respecta a la coherencia local. Además, llevaron a cabo un análisis correlacional que mostró que la coherencia global estaba correlacionada con déficits semántico-conceptuales, lo cual para los autores puede indicar que esta puede tener sus raíces en estructuras semántico-conceptuales.

El estudio de Dijkstra et al. (2002) aclaró los patrones de deterioro de coherencia que se pueden asociar a cada estadio de la EA y concluyó que según avanza la enfermedad, la conversación va poco a poco tornándose menos elaborada y que la coherencia global va deteriorando paulatinamente. Según esta investigación en el estadio inicial de la enfermedad todavía se conservan la coherencia global, las palabras únicas y la elaboración de los temas. La informatividad y la concisión se conservan hasta el estadio moderado. El discurso de las personas con EA en estadio severo es, en cambio, más conciso y con más errores y menos orientativo que en los estadios anteriores. Aparte de esto, el trabajo evidenció que, en estadios avanzados, se detectan más términos vacíos, palabras indefinidas y uso incorrecto de referentes, así como un deterioro de la cohesión.
y la coherencia local más acusado que en los estadios previos. La Figura 8 muestra un resumen con los perfiles discursivos de los tres estadios de la EA, según los resultados de Dijkstra el at. (2002), en los que se especifica que la coherencia local se deteriora ya en el estadio moderado, mientras que la global y la cohesión permanecen hasta el severo.

Figura 8. Perfiles de coherencia según el estadio de la enfermedad según Dijkstra et al. (2002).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Discourse Profiles for Residents in Early-, Middle-, and Late-Stage Dementia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Level</td>
</tr>
<tr>
<td>Early</td>
</tr>
<tr>
<td>Middle</td>
</tr>
<tr>
<td>Late</td>
</tr>
<tr>
<td>Discourse</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Words</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Unique words</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Information units</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Conciseness</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Elaborations</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Disruptive topic shifts</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Topic maintenance</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Global coherence</td>
</tr>
<tr>
<td>Utterance</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Incorrect pronominal referents</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Empty phrases</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Repetitions</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Indefinite words</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Local coherence</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Cohesion</td>
</tr>
<tr>
<td>a. Temporal</td>
</tr>
<tr>
<td>b. Referential</td>
</tr>
<tr>
<td>c. Simple causal</td>
</tr>
<tr>
<td>d. Complex causal</td>
</tr>
<tr>
<td>Note. ■ = significantly higher occurrence; □ = significantly lower occurrence.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: Dijkstra et al. (2002: 68)

Por su parte, Hamilton (2010) analizó cinco de las conversaciones que grabó con su informante Elsie para analizar las implicaciones que tenía el uso de pasado en las narraciones para la expresión identitaria. A través de este estudio, la autora comprobó que Elsie tenía problemas de orientación que creaban tanto problemas de coherencia en el texto como a la hora de configurar la identidad a través del discurso. Así, tan solo el 15% de los enunciados de la informante estaban en pasado. Por último, cabe destacar el trabajo de Brandão et al. (2013), que determinó que existía una relación directa entre coherencia y memoria episódica y semántica.
3.2.4.1. **Enfermedad de Alzheimer y cohesión**

En cuanto a las investigaciones que repasan los estudios sobre la cohesión, hay trabajos que muestran que las personas con EA siguen utilizando numerosos mecanismos de mantenimiento cohesivo (Ripich & Terrell 1988; Glosser & Deser 1990; De Santi et al. 1994; Ripich et al. 2000), aunque otros prueban que muchos se van perdiendo conforme avanza la enfermedad (Shekim & LaPointe 1984, Ellis 1996). Por otro lado, también existen numerosas investigaciones que muestran que las personas con EA utilizan más pronombres que sintagmas nominales, lo cual se considera una evidencia de falta de cohesión (Ulatowska et al. 1988; Ulatowska & Chapman 1995; Almor, et al. 1999; Bucks et al. 2000). Al respecto de la competencia narrativa, es necesario citar el trabajo de Kemper et al. (1995), quienes hicieron una investigación sobre personas con EA y sus cónyuges y comprobaron que, cuando reciben algo de ayuda, las personas con EA pueden recuperar la superestructura del texto y conservar una cierta competencia narrativa.

El primer trabajo que queremos mencionar en detalle es el de Ripich & Terrell (1988), en el que no se encontraron grandes diferencias entre los mecanismos de cohesión que usaban las personas con EA con los que usaban los controles, pero se observó que había ciertos patrones de cohesión que correspondían con los ya establecidos de pérdida del lenguaje, siendo la omisión de los referentes el error más común. Los autores analizaron por separado la cohesión estructural, más frecuente en el grupo con Alzheimer (24,4% frente al 23,9% de los controles) y la cohesión semántica, menos frecuente en el grupo con Alzheimer (51,4% en los EA y 65,8% en el grupo de control). Estos resultados contrastan con los obtenidos por De Santi et al. (1994: 208), pues sus datos revelan que las personas con EA usan tantos o más mecanismos de cohesión que los controles.

Además, los autores detectaron que las repeticiones eran el mecanismo de cohesión más utilizado tanto por las personas con EA como por los controles, que sus informantes con demencia mostraban estilos conversacionales diferentes y que incluso modificaban su estilo dependiendo de con quién estuviesen hablando.

Mentis et al. (1995) mostraron que las personas con EA fracasaban cuando se les pedía que recuperasen un referente y, en el mismo año, Kemper, Lyons & Anagnopoulos (1995) comprobaron que un grupo de personas con EA producía grupos de pronombres sin antecedentes claros. A esta última conclusión también llegaron, a través de diferentes

Otro trabajo interesante es el de Ripich et al. (2000b), quienes contrastaron las habilidades de 60 personas con demencia con las de un grupo de control y detectaron un uso similar de los mecanismos de cohesión en ambos grupos. Sin embargo, las personas con EA cometían significativamente más errores que los controles. Además, comprobaron que tras 18 meses de observación a personas con EA se detectaba una disminución del número de elipsis y conjunciones y conforme los enunciados de las personas con demencia se iban reduciendo en tiempo y longitud descendía el número de mecanismos de cohesión.

Por su parte, Ehrlich, Obler & Clark (1997) realizaron un estudio en el que mostraron cuatro tareas narrativas a 16 personas con EA y 16 controles. Concluyeron que las personas con enfermedad de Alzheimer hacían frases más cortas, utilizaban menos proposiciones y unidades léxicas y cometían más errores de cohesión referencial. Además, aunque el modo en el que se les mostrasen las imágenes no influía en el resultado, las personas con EA presentaban menos problemas para describir aquellas fotos que mostraban menos contenido.

Igualmente relevante es la investigación de Lai & Lin (2012), quienes recopilaron los marcadores discursivos producidos en el discurso descriptivo y narrativo por hablantes de chino de edad avanzada con y sin Alzheimer y contrastaron los resultados entre ambos grupos con el objetivo de comprobar si los marcadores que utilizaban los dos grupos eran distintos. Utilizaron un método basado en dos pruebas: la descripción de imágenes y una entrevista personal. Los resultados mostraron que los informantes con Alzheimer utilizaban los mismos marcadores que el grupo de control pero no siempre lo hacían de forma correcta.

Hasta ahora hemos revisado los estudios de cohesión en general. Sin embargo, es conveniente destacar que la mayor parte de la investigación en este ámbito se centra en la aparición de errores referenciales, mientras que otros tipos de mecanismos (cohesión léxica, elipsis o conjunción) han contado con mucha menos atención. En el apartado que sigue, resumimos las investigaciones más relevantes sobre referenciaalidad hasta la fecha.
Referencialidad

Mendez & Ashla-Mendez (1991) y Nicholas et al. (1985) probaron que el contenido lingüístico en el discurso de las personas con EA era reducido pero que, sin embargo, aumentaba el número de palabras, deícticos y pronombres sin antecedentes, por lo que Nicholas et al. (1985) se refirieron al lenguaje de este grupo como “discurso vacío”. El trabajo de Ellis (1996) comparó personas en estadio leve y avanzado. El resultado fue que los casos leves usaban más deícticos de lo común y que en los estados avanzados el uso de estos deícticos era aún más elevado. En esta línea, Almor et al. (1999) descubrieron que en la EA la comprensión y la producción de referentes estaban vinculadas con la memoria, pero no tenían relación con la dificultad para encontrar palabras.

Más adelante, Carlomagno et al. (2005) determinaron que en el discurso de sus informantes con EA existía una reducción de la codificación léxica de la información comparable a la de los afásicos. Sin embargo, también señalaron que las personas que padecen de EA eran menos eficientes a la hora de establecer referencias, pues necesitaban más explicaciones y pistas y coincidieron en que producían en numerosas ocasiones “discurso vacío”. Sin embargo, Davis & Bernstein (2005) no estaban conformes con la generalización del discurso vacío y revisaron el uso de thing y anything en las personas con EA. Los autores detectaron que estas palabras en ocasiones tenían una función social-relacional. Asimismo, también estudiaron el uso de los pronombres demostrativos this y that y concluyeron que el aumento de su uso era una estrategia para sostener la interacción social.

Un año más tarde, March, Wales & Pattinson (2006) comprobaron el uso de la deixis espacial y personal y concluyeron que el efecto del proceso de la EA variaba en las formas deícticas personales y espaciales y que el contexto comunicativo determinaba la naturaleza y el grado de las diferencias así como la relación entre las variables discursivas. En su estudio, Feyereisen, Berrewaerts & Hupet (2007) concluyeron que las personas con EA leve mostraban un deterioro considerable del uso de referentes, pues emitían más palabras que el grupo de control pero no eran capaces de tener en cuenta la información compartida, no usaban expresiones referenciales definidas y sus descripciones de los referentes eran más idiosincráticas. Más recientemente, Tönjes (2012) grabó a sus informantes mientras preparaban un postre con ayuda de una persona de su entorno,
con el objetivo de observar cómo empleaban y comprendían los elementos de referencialidad en su ambiente familiar y observó que conforme avanzaba la demencia, los errores tanto de uso como de comprensión aumentaban exponencialmente.

Como conclusión, cabe señalar que en general el número de trabajos sobre pragmática y demencia, y sobre todo Alzheimer, es considerable, lo que nos permite partir de un perfil de deterioro de las capacidades pragmáticas durante el avance de la demencia bastante completo. Sin embargo, hay algunos elementos de análisis como las implicaturas, las inferencias y los actos de habla, sobre los que se ha investigado considerablemente menos, por lo que las futuras investigaciones en el campo de pragmática y demencia deberían profundizar en este sentido. Lo que aporta esta tesis en relación a todos estos trabajos es que el enfoque desde el que se percibe la demencia es totalmente nuevo. Hasta la fecha ninguna otra propuesta había analizado la coherencia como un resultado de la interacción de todos los elementos de estudio de la pragmática, sino que, como hemos visto más arriba, se comprendía como un elemento más dentro de esta.

Una vez la propuesta teórica y el perfil pragmático de las personas con demencia está prestablecido tan solo nos queda revisar cuáles son los protocolos que se emplean en la evaluación de los trastornos lingüísticos, para así poder determinar qué puede aportar esta tesis en este sentido.

3.2.5. Los protocolos de evaluación del lenguaje

Los protocolos de análisis son herramientas de exploración neuropsicológica diseñadas para evaluar el estado cognitivo de una persona con lesión cerebral, controlar su evolución y desarrollar un tratamiento acorde al daño (Lezak, Howieson & Lorin 2004). Quintana Aparicio (2009) distingue dos tipos de baterías de análisis: las fijas y las flexibles. Las primeras son aquellas que evalúan al mismo tiempo varias funciones cognitivas, mientras que las flexibles permiten escoger qué capacidad queremos evaluar en función de la prognosis del diagnóstico.

La tarea de evaluación del lenguaje data ya de mediados del siglo XX y surge como necesidad de crear propuestas de diagnóstico para desarrollar herramientas que identifiquen los problemas de comunicación y del habla y poder, así, trabajar para
corregirlas. Wirz (1993) apunta que a lo largo de estos años las evaluaciones se han realizado con distintos objetivos: existen evaluaciones centradas en poblaciones específicas, para trastornos específicos y para evaluar etapas tanto de adquisición del lenguaje en niños, como de pérdida, normalmente en adultos. La autora también subraya que sobre todo a principios del siglo XX, había dos corrientes diferenciadas. Por un lado, estaban los que estudiaban los trastornos específicos del habla, desde una perspectiva puramente fonética y, por otro, aquellos centrados en los trastornos discursivos, con un trasfondo más psicológico.

Por su parte, Acosta Rodríguez (2000) indica que desde el momento en el que se empezaron a desarrollar protocolos de evaluación se han dado cuatro corrientes de evaluación distintas:

1. La aproximación normativa es la que busca relacionar el estado lingüístico correspondiente a cada etapa del desarrollo humano.
2. La aproximación patológica relaciona las etiologías con los distintos trastornos del lenguaje que conllevan.
3. La aproximación lingüística estudia los fenómenos desde el punto de vista de los niveles del lenguaje.
4. La aproximación pragmática es la que analiza estos trastornos desde su respectivo contexto.

Actualmente, el campo de la evaluación del lenguaje ha ido especificándose y se distingue un número mayor de ramas. A continuación, destacamos algunas de las más relevantes:

- Evaluación del lenguaje receptivo
- Evaluación del lenguaje expresivo
- Evaluación del habla y la articulación
- Evaluación de trastornos de la voz
- Evaluación de trastornos adquiridos del lenguaje
- Evaluación de trastornos evolutivos del lenguaje
- Evaluación de trastornos del lenguaje en poblaciones con enfermedades mentales.
- Evaluación de trastornos de índole fonética
• Evaluación de trastornos de índole semántica
• Evaluación de trastornos estructurales
• Evaluación de trastornos de índole pragmática.

En el caso del lenguaje, normalmente se emplea como herramienta de evaluación la sección de lenguaje de las baterías flexibles. En las líneas que siguen se describen algunos de los test y baterías más utilizados por el personal profesional a la hora de evaluar los déficits lingüísticos:

• **Mini Mental State Examination (MMSE)** (Folstein et al. 1975): el test completo incluye preguntas para evaluar diferentes habilidades cognitivas, como por ejemplo orientación espacial y temporal, fijación y cálculo. Igualmente, presenta un apartado para evaluar el lenguaje que contiene tareas de denominación, repetición, comprensión de órdenes, lectura y escritura.

• **Test Boston** (Godglass & Kaplan 1996): es una herramienta diseñada para el estudio de trastornos afásicos en adultos. Fundamentalmente fue creado para evaluar las capacidades de denominación mediante un manual que incluye un libro de actividades y fichas con imágenes. Las áreas del lenguaje que contempla son la conversación, la comprensión oral y escrita, la expresión y la escritura.

• **Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX) & Cambridge Cognition Examination (CAMCOG)** (Roth et al. 1986): el CAMDEX es un test que fue diseñado por la Cambridge University que evalúa los trastornos mentales de las personas ancianas. Dentro de esta herramienta se incluye el CAMCOG que evalúa el grado de demencia y que contiene distintas pruebas para las funciones ejecutivas, como atención, memoria, orientación o cálculo. La sección de lenguaje se divide en comprensión (respuesta motora, respuesta verbal y lectura) y expresión (denominación, fluidez, definiciones, repetición y escritura en un dictado).

• **Test Barcelona** (Peña-Casanova 1990): esta batería de análisis agrupa las pruebas en áreas funcionales. Contempla distintos ámbitos cognitivos (orientación, control mental, funciones visuoperceptivas, memoria visual, problemas aritméticos...) pero también tiene un número amplio de pruebas específicas del lenguaje (series verbales, repeticiones, denominación de imágenes, evocación categorial, compresión verbal, lectura y escritura (Quintana Aparicio 2009).
• **Test de Borregón y González** (Borregón Sanz & González Calvo 2000): es una herramienta creada para la evaluación de trastornos afásicos. Contiene tareas para la observación de la comunicación, la escritura, la comprensión lectora y auditiva, automatismos, repetición, tareas no verbales, expresión oral, lectora y escrita, fluencia y eficacia comunicativa.

• **SET Test** (Isaacs & Akhtar 1972): es un test diseñado específicamente para personas con un nivel cultural bajo o con problemas de percepción. Consiste en una tarea de denominación en la que la persona que está siendo evaluada tiene que emitir todos los nombres que se le ocurran dentro de las categorías colores, animales, frutas y ciudades. El tiempo para responder es de un minuto por categoría.

• **Test de Alteración de Memoria (T@M)** (Rami et al. 2007): se trata de un test diseñado para la evaluación del deterioro cognitivo en demencias y en cuadros de amnesia. No incluye ninguna prueba de lenguaje propiamente, pero contiene algunas tareas de repetición y de denominación.

• **Test de los siete minutos** (Solomon & Pendelbury 1998): es una compilación de tests creada para analizar el deterioro en casos de demencia, por lo que revisa las habilidades cognitivas habitualmente dañadas en la EA. Contiene las siguientes pruebas: “Test de orientación de Benton” (para evaluar la orientación temporal); el “Test de recuerdo libre y facilitado” (para la observación de la memoria episódica) y el “Test del Reloj” (coordinación visomotora, percepción y planificación y ejecución motora). Por último, también incluye un apartado para el análisis del lenguaje a través del “Test de fluidez categorial”, que revisa la memoria semántica y la estrategia de recuperación de palabras.

• **Batería Memoriza** (González-Hernández s/d): se trata de una batería compuesta por alguna de las pruebas que utilizan en la neuropsicología para observar el lenguaje. Incluye las siguientes pruebas: “Test de Aprendizaje Auditivo Verbal” (centrado en la evaluación de la memoria episódica verbal), “MMSE”, “Trecho de dígitos” (para la atención y a memoria de trabajo), “Test del Reloj”, “Trail Making Test: A y B” (ubicación, flexibilidad mental, función motora y memoria de trabajo). Para la parte del lenguaje, además del MMSE incluye el “Test de Generación de Palabras”, que observa la fonología y la semántica.
• **CODEM Instrument** (Kuemmel, Haberstroh & Pantel 2014): busca establecer el perfil lingüístico de personas con demencia durante su interacción en conversaciones naturales, es decir, parte desde una perspectiva pragmática. Se divide en dos partes: comunicación verbal y no verbal y contiene quince elementos de análisis. El resultado final se evalúa en una escala del 1 al 6.

• **PREP-R** (Protocolo Rápido de Evolución Pragmática-Revisado) (Fernández-Urquiza et al. 2015): esta propuesta, que fue publicada a mitad del proceso de elaboración de esta tesis, es con diferencia la que más se acerca a nuestros objetivos de investigación. Presenta un formulario que permite identificar un perfil pragmático muy completo de los hablantes que padecen patologías del lenguaje. Para ello, toma como punto de partida el enfoque de la lingüística clínica funcional, en la que se pone en relación el sistema lingüístico con los usos comunicativos en los que se emplea. Con base en esto, se establecen tres niveles de análisis pragmático: la pragmática interactiva, centrada en la alternancia de turnos; la pragmática textual, que comprende la gramática, la coherencia y cohesión del mensaje; y por último la pragmática enunciativa, focalizada en los actos de habla y las inferencias. En la Figura 9 mostramos la parte de este protocolo de pragmática textual, pues es la que conforma el objeto de estudio de nuestra tesis.
Como se puede apreciar en la imagen, se disponen tres columnas en las que la persona que evalúa debe indicar si la habilidad pragmática se encuentra preservada, no preservada o no dispone de la suficiente información para valorarlo. En lo que concierne a la coherencia, se evalúa la topicalidad y la informatividad como elementos fundamentales; y en la cohesión el léxico, la morfología y la sintaxis. Esta propuesta maneja conceptos comunes a los de este trabajo, pero parte de una propuesta teórica.
considerablemente diferente. Además, la coherencia no es el elemento central de este protocolo, por lo que deben entenderse como dos instrumentos complementarios.

Con el objetivo de averiguar cuáles de estos test eran los que consideraba más idóneos el personal que trabaja diariamente en la evaluación de trastornos del lenguaje, en nuestro trabajo anterior Varela Suárez (2016) encuestamos a 27 profesionales que trabajan en talleres de terapia cognitiva y que, por lo tanto, se ven en la necesidad de evaluar el grado de deterioro con asiduidad. Los resultados de este estudio mostraron que no existe unanimidad en este sentido, pues el 48% no recurre a estas baterías de evaluación: el 33% declara que emplean un test de elaboración propia; el 11% afirmó no utilizar ninguno; y el 4% evalúa el lenguaje a través de informes diarios. En cuanto a los protocolos estandarizados, los más utilizados son el Test Boston (19%) y o CAMCOG (19%), seguido del MMSE (16%). Los otros (Test de Borregón & González, Batería Memoriza, T@M, SET Test y Test de los siete minutos) no se utilizan tan frecuentemente y solo fueron nombrados por un 4% del personal. La Tabla 7 muestra la relación de todos los test nombrados por el personal encuestado y el porcentaje de utilización de cada uno.

Tabla 7. Porcentajes de utilización de los test de lenguaje por parte del personal encuestado.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Test</th>
<th>Porcentaje de personal que lo usa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Test de elaboración propia</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>Test Boston</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>CAMCOG</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>MMSE</td>
<td>16%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ninguno</td>
<td>11%</td>
</tr>
<tr>
<td>Test de Borregón &amp; González</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Batería Memoriza</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Registro diario propio</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>T@M</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>SET Test</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Test de los siete minutos</td>
<td>4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Test Barcelona</td>
<td>4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: Varela Suárez (2016)

Además, de acuerdo con Varela Suárez (2016) esta disparidad también se refleja a la hora de valorar la utilidad de dichos tests: el 48% del personal encuestado opina que son herramientas útiles. Entre sus ventajas destacan que aportan información útil sobre el estado de los niveles del lenguaje (22%) y así poder seleccionar actividades, aprender
cómo comunicarse con las personas con EA e hacer un seguimiento de cómo avanza la enfermedad.

No obstante, el 41% opina que estas herramientas no suponen una ayuda en su trabajo. Entre los inconvenientes, el personal profesional destaca que son muy densos y requieren mucho tiempo (15%), que es muy difícil evaluar con ellos el grado de deterioro (11%), que muchos son demasiado generales y que por lo tanto hay que usar varios para obtener una visión completa (7%). En menor medida, también critican que son poco adaptables a los estadios finales (4%), que no están adaptados a la población con un nivel cultural bajo (4%) y que no reflejan la competencia instrumental del lenguaje (4%). El 11% del personal encuestado no emitió una opinión al respecto porque afirmó no conocer los protocolos.

Finalmente, al ser preguntados las mejoras que introducirían en los protocolos existentes, el personal encuestado propuso que se adecúen más a las fases de la enfermedad (7%), que diferencien entre los distintos niveles culturales (7%), que se desarrollen más protocolos específicos para demencias (4%) y que contemplan las áreas cerebrales relacionadas con la pérdida del lenguaje (4%). Puesto que se trata de personas que trabajan a diario con estos protocolos y que basan parte de su trabajo en los resultados que estos les muestran, es esencial que cualquier instrumento que se cree tenga en cuenta estos requisitos para realizar una propuesta lo más útil posible. Así, el protocolo que presentamos en esta tesis se ha diseñado con el objetivo de satisfacer estas necesidades.
CAPÍTULO 4. Plantamiento metodológico de la investigación

Esta tesis tiene como objetivos principales (i) elaborar un protocolo de análisis que permita evaluar el avance de los déficits de coherencia pragmático-discursiva de las personas con patologías del lenguaje, con la finalidad de que pueda ser empleado durante diagnóstico de estas patologías; (ii) comprobar mediante dicho protocolo si la capacidad para comprender y producir enunciados coherentemente es la misma en todas las fases de la demencia o si se deteriora conforme avanza la enfermedad; y (iii) contribuir a la elaboración de material terapéutico aplicable en el ámbito clínico, como apoyo al desarrollo de actividades que ejerciten la competencia pragmática. Por consiguiente, el diseño metodológico de esta investigación tiene dos partes diferenciadas: la elaboración del protocolo de análisis y la recopilación y análisis del corpus. En los apartados que siguen, describimos las fases que se han seguido en cada una de las partes.

4.1. Justificación, elaboración y aplicación del protocolo

Al comienzo de esta investigación nos planteamos analizar la coherencia pragmático-discursiva de las personas con demencia tomando como herramienta metodológica alguna de las ya existentes. Para tal fin, procedimos a identificar los diversos test y protocolos estandarizados que se utilizan para evaluar las patologías del lenguaje, como el Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass, Kaplan & Barresi 2001), la Western Aphasia Battery (Kertesz 2006), la Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA) (Cuetos Vega & González-Nosti 2009) y el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática (Fernández Urquiza et al. 2015). La investigación de las dos últimas décadas ha demostrado algunos resultados excelentes derivados de la aplicación de estos instrumentos en personas con demencia. Sin embargo, tras analizarlos de forma detallada concluimos que la mayoría de ellos no incluye una valoración exhaustiva de la coherencia pragmático-discursiva y/o los elementos que intervienen en ella. Como ya expusimos en detalle en §3.2.5., la contribución más cercana es el trabajo de Fernández Urquiza et al. (2015), donde sí se evalúan la coherencia y la cohesión como elementos claves de la pragmática textual y se manejan conceptos comunes a los de este trabajo, aunque la coherencia no es el elemento central de esta herramienta. A partir de este

---

8 Para una relación más amplia de protocolos y test de evaluación general del lenguaje véase §3.2.5.
análisis previo, decidimos que el principal objetivo de esta tesis doctoral debía ser la creación de nuestro propio protocolo y que nos basaríamos en las teorías pragmáticas actuales y tomando como referencia todos aquellos que se emplean con éxito en la evaluación de otras áreas del lenguaje.

4.1.1. Encuesta previa

El primer paso fue plantearnos qué tipo de protocolo queríamos crear. Puesto que el objetivo (iii) de esta tesis pretende que la herramienta resultante sirva de utilidad para el personal especializado que trabaja en talleres de rehabilitación cognitiva de personas con demencia, decidimos realizar una encuesta que nos permitiese averiguar cómo se gestionaba el tratamiento del lenguaje en los talleres, qué pros y contras encontraba el personal en los test ya existentes y qué les gustaría encontrar cuando acuden a una herramienta de estas características. La encuesta se diseñó a través de la plataforma Google Forms y se envió a los participantes a través de un enlace seguro que permitió garantizar el anonimato.

La selección de participantes en la encuesta se realizó a partir de la página web de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer (CEAFA), que contiene un directorio con todas las asociaciones existentes en España. De este modo, se envió un correo electrónico con la invitación a la encuesta a las 283 asociaciones y federaciones que aparecían en dicho directorio. En total, el formulario fue cubierto por 27 asociaciones, lo que constituye un porcentaje de respuesta del 9,5%. La Tabla 8 muestra la relación de asociaciones que colaboraron en la encuesta.
Tabla 8. Relación de asociaciones que participaron en la encuesta previa.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ASOCIACIONES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>➢ AFAPÓ (Pontevedra).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFACO (A Coruña).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AGADEA (A Coruña).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFA Santa Marina del Rey, Óbrego y Páramo (León).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFEEAS. Alcalá de Guadaíra (Sevilla).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Centro Municipal Integrado de Cabra (Córdoba).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFEEAS. Alcalá de Guadaíra (Sevilla).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Asociación de Alzheimer &quot;Acuerdate de Mi&quot; (Alicante).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFA PARLA (Madrid).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Asociación de Familiares de personas con Alzheimer de Huelva (Huelva).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFA Elda-petrer (Alicante).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Centro Residencial y Unidad de Estancia Diurna &quot;Dolores Castañeda&quot; (San Fernando).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Asociación Familiares Alzheimer Salamanca.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (AFA) del Aljarafe. San Juan de Aznalfarache (Sevilla).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFA Conde García (Jaén).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Asociación de familiares y enfermeros &quot;mantengamos nuestra memoria&quot;, AFA Aroche.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFA Castalla y Onil (Alicante).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFASUR Genil u.e.d Puente Genil – Córdoba.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFATE. Santa Cruz de Tenerife.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFABBS, provincia de Barcelona.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Centro de día terapéutico Josefa Molina. Santa Cruz de Tenerife.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFATE (Santa Cruz de Tenerife).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFADOR Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Ourense (Ourense).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias. (Badajoz).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFAMON, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e otras Demencias de Monforte de Lemos, (Lugo).</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFA &quot;Alzhe&quot; de Cádiz.</td>
</tr>
<tr>
<td>➢ AFEAM (Madrid).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Los resultados de esta investigación, que se analizan en detalle en Varela Suárez (2016) y que hemos adjuntado en este trabajo como Anexo I nos dieron unas pautas claras sobre las características que debe cumplir nuestro protocolo:

- **Facilidad de uso.** El protocolo debe ser claro y conciso y no debe plantear dudas a la persona que lo emplee.
- **Economía temporal.** Debe poder responderse rápidamente, pues muchos de los protocolos existentes no son útiles para el personal especializado porque no disponen de tiempo para cubrirlo.
- **Aplicabilidad a todos los estadios de la enfermedad.** Tiene que detectar los déficits de coherencia desde el estadio inicial hasta el severo.
- **Aplicabilidad a todos los niveles culturales.** El resultado no debe verse sesgado por el nivel cultural de la persona evaluada.
- **Informatividad.** La herramienta debe proporcionar información que a posteriori pueda ser empleada para el diseño de actividades en los centros en los que se trabaja con terapias cognitivas.
4.1.2. Protocolo piloto

Una vez planteados los criterios base, procedimos a elaborar un modelo teórico del proceso que permite una producción y comprensión pragmáticamente coherente de los enunciados. Dicho modelo constituye la guía epistemológica sobre la cual sustentamos el protocolo. Esta parte se llevó a cabo en una estancia de investigación de tres meses en Nottingham Trent University bajo la supervisión de la Dra. Cummings, que cuenta con un largo recorrido en la investigación en pragmática clínica. Dicho modelo se explica en detalle en el apartado §2.1.3. del marco teórico.

El paso siguiente fue la creación de una versión piloto del protocolo, que se explica en detalle en §5.1. Para probar la validez de esta versión se seleccionó como informante a una mujer de 87 años diagnosticada con EA cuya lengua materna era el castellano (a partir de ahora designada como Informante 0 (I0)). I0 fue grabada en audio mientras conversaba con su familia en diversas ocasiones durante un período de 7 meses, entre el 8 de febrero y el 22 de septiembre de 2015. Antes de realizar las grabaciones, la familia firmó el correspondiente consentimiento informado conforme los datos obtenidos se podían emplear con propósito científico. La Tabla 9 muestra la evolución de la informante durante los meses en los que fue entrevistada.

\begin{table}[h]
\centering
\begin{tabular}{|l|l|}
\hline
8 de febrero & 22 de septiembre \\
\hline
GDS-5: deterioro cognitivo moderado-severo & GDS-6: deterioro cognitivo severo \\
\hline
Vive en casa con su familia & Vive en una residencia \\
\hline
Buen estado de salud general & Es hospitalizada dos veces en los últimos siete meses. \\
\hline
Es grabada mientras conversaba con sus hijas. & Es grabada mientras conversa distendidamente con la investigadora. \\
\hline
\end{tabular}
\end{table}

Las grabaciones fueron transcritas mediante el software de anotación ELAN. A cada participante se le asignó una línea de anotación para la comunicación verbal, mientras que la parte de anotación no verbal fue anotada en una línea diseñada expresamente para este propósito.

Una vez realizadas las grabaciones, procedimos a su análisis en las fases siguientes: (i) recopilación y clasificación del perfil neuropsicológico; (ii) análisis pragmático detallado e
introducción de los datos en el protocolo de coherencia pragmático-discursiva; (iii) detección de los problemas de codificación lingüística y (iv) análisis de los datos. Con los resultados de cada grabación, el siguiente paso consitió en contrastar los datos para detectar los cambios a nivel cognitivo, pragmático y lingüístico a lo largo de los siete meses.

4.1.3. Protocolo final

Los resultados de la prueba del protocolo piloto, que se explican en detalle en Varela Suárez (2017b), indicaron que el protocolo piloto podía funcionar como herramienta para detectar problemas de coherencia pragmático-discursiva, pues mostró como el deterioro cognitivo de I0 (de GDS-5 a GDS-6) también se reflejaba en un deterioro del nivel de coherencia (déficit de coherencia leve a moderado). Sin embargo, optamos por realizar modificaciones en varios de los apartados, pues en algunos casos encontramos posibilidades de análisis más completas y, en otros, nos percatamos de que había elementos redundantes. Dichas modificaciones se explican y justifican en detalle en §5.1.

Además, optamos por realizar un cambio formal en la herramienta, pues estaba creada desde la perspectiva de una lingüista y era conveniente adaptarla para que la pudiesen emplear profesionales de otros perfiles que también necesiten obtener datos sobre el uso del lenguaje en personas con demencia. De este modo, en cada apartado de la evaluación pragmática se añadió una explicación sobre qué se requería exactamente y un ejemplo en los casos pertinentes. El protocolo definitivo se explica en profundidad en §5.2., en la parte de resultados de esta tesis.

Por último, procedimos a realizar una prueba del protocolo final con el vídeo de I0. Durante este proceso, detectamos que las necesidades de la aplicación en el ámbito clínico y en el del análisis lingüístico eran diferentes. Por ello, decidimos crear dos versiones del instrumento diseñado: una detallada, con más elementos y más exhaustividad de análisis; y una reducida, más breve y con una aplicación más rápida y sencilla.
4.1.4. Encuesta final

El paso final para comprobar si el protocolo era un instrumento válido para su aplicación en clínica fue pedir su evaluación al personal especializado que trabaja a diario con la evaluación y la terapia de trastornos del lenguaje en personas con demencia. Para ello creamos un documento, que se puede consultar en el Anexo II, en el que explicamos en detalle el protocolo y un breve manual de uso con ejemplos de cómo realizar la evaluación. Así, junto con estos documentos se envió un cuestionario a las 27 asociaciones que habían respondido la encuesta inicial. En total, este nuevo formulario fue cubierto por 8 asociaciones, lo que constituye un porcentaje de respuesta del 29,6%. Los resultados obtenidos en este cuestionario se comentan en el apartado Valoración del personal a cargo de las terapias cognitivas en §5.2. y se muestran al completo en el Anexo III.

4.1.5. Análisis de fiabilidad y validez

Por último, decidimos comprobar si la herramienta que habíamos diseñado era fiable, es decir, si los resultados no variaban en exceso dependiendo de la persona que lo aplicase y si era válida, esto es, si su aplicación ad hoc durante la entrevista a una persona con demencia podía equivaler a la perspectiva obtenida en un análisis detallado del lenguaje.

Con el objetivo de evaluar la fiabilidad, en el documento que enviamos a las asociaciones con la explicación del protocolo, se incluyó un enlace con un vídeo de la informante 22 (a partir de ahora I22) de 79 años diagnosticada con demencia frontotemporal y se le pidió a las asociaciones si podían cubrir la versión extensa del protocolo con la información del vídeo. Lamentablemente, tan solo la asociación AFAD Vegas Altas-La Serena cubrió el protocolo, por lo que optamos por pedir a tres de las terapeutas de la asociación AFAGA Vigo si podían colaborar también con esta parte, a lo que accedieron sin problemas. A continuación, procedimos a contrastar estas cuatro evaluaciones con la realizada por nosotros. Los resultados de esta parte se muestran en §5.2.

Con respecto a la validez, decidimos constituir un corpus audiovisual con informantes de todos los grados de deterioro cognitivo y comparar los resultados obtenidos al aplicar el protocolo de forma rápida, mientras veíamos los vídeos de cada una de las personas, con los de un análisis detallado, en el que anotamos los fenómenos lingüísticos más representativos de cada uno de los elementos de análisis propuestos en el protocolo. En
los apartados que figuran a continuación se explica cómo se constituyó este corpus y cómo se realizó el posterior análisis.

4.2. Diseño y método de análisis del corpus

La siguiente parte de esta tesis consiste en la elaboración y explotación de un corpus que nos permita cumplir con el objetivo (iii) de este trabajo, tal como se explicita en el apartado anterior. Desde el principio buscamos crear un corpus lo más completo posible, es decir, que hubiese variedad de edad entre las personas participantes, un porcentaje equilibrado de ambos géneros y representación de los distintos grados de deterioro y los distintos tipos de demencia.

4.2.1. Participantes

La lista de participantes de este estudio fue proporcionada prácticamente en su totalidad por familias que se presentaron voluntarias gracias a la mediación de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Galicia (AFAGA). Los criterios de inclusión de este estudio fueron los siguientes:

a) Presentar un diagnóstico de alguna de las formas de demencia.

b) Aportar una hoja de consentimiento informado firmado por el familiar a cargo.

c) Tener como lengua materna el gallego y/o el castellano.

Además, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

a) Padecer déficits audiovisuales que puedan sesgar los resultados de la prueba.

b) Presentar trastornos de la conducta que impidan desarrollar la prueba con normalidad.

c) Presentar un trastorno de afasia severa que dificulte la identificación de palabras y frases para su posterior análisis.

Así, la selección final contó con 23 informantes. La media de edad de la muestra es 80 años (Desviación Estándar 8). La persona más joven tenía 61 años en el momento de la prueba y las de mayor edad eran tres personas de 90 años. En cuanto a la distribución por género, se contó con 15 mujeres (65,2%) y 8 hombres (34,8%). En total, 15 tenían como primera lengua el castellano (65,2%) y 8 el gallego (34,8%).
En lo que respecta a la distribución por tipo de demencia, 17 de los participantes (73,9%) padecían Enfermedad de Alzheimer, 3 demencia mixta (13%), 1 demencia vascular (4,3%), 1 demencia frontotemporal (4,3%) y 1 demencia con deterioro cognitivo sin especificar (4,3%). La distribución por grado de deterioro cognitivo es de 4 personas con GDS-3 (17,4%), 8 con GDS-4 (34,8%), 6 de GDS-5 (26,1%), 2 de GDS-6 (8,7%) y 3 de GDS-7 (13%). Por último, si atendemos a la distribución por tipo de terapia 15 (65,2%) acuden a talleres de estimulación cognitiva dos veces por semana, 4 acuden diariamente al centro de día (17,4%) y 4 no acuden a ningún tipo de terapia (17,4%). La Tabla 10 muestra el conjunto de los datos de los informantes en la parte de la elaboración del corpus.

Tabla 10. Datos de los informantes del corpus.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informante</th>
<th>Diagnóstico</th>
<th>GDS</th>
<th>Edad</th>
<th>Lengua</th>
<th>Terapia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>EA</td>
<td>7</td>
<td>90</td>
<td>Castellano</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>EA</td>
<td>7</td>
<td>77</td>
<td>Gallego</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>EA</td>
<td>7</td>
<td>50</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>Dem. mixta</td>
<td>6</td>
<td>90</td>
<td>Gallego</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>EA</td>
<td>6</td>
<td>61</td>
<td>Castellano</td>
<td>Centro de día</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>EA</td>
<td>5</td>
<td>90</td>
<td>Gallego</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>EA</td>
<td>5</td>
<td>86</td>
<td>Gallego</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>EA</td>
<td>5</td>
<td>73</td>
<td>Gallego</td>
<td>Centro de día</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>Dem. mixta</td>
<td>5</td>
<td>86</td>
<td>Gallego</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>Dem. vascular</td>
<td>5</td>
<td>86</td>
<td>Castellano</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>Dem. sin especificar</td>
<td>4</td>
<td>89</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>83</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>85</td>
<td>Gallego</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>-</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>69</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>76</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>74</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>EA</td>
<td>4</td>
<td>79</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>EA</td>
<td>3</td>
<td>74</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>EA</td>
<td>3</td>
<td>79</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>EA</td>
<td>3</td>
<td>72</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>Dem. frontotemporal</td>
<td>3</td>
<td>74</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>Dem. mixta</td>
<td>3</td>
<td>72</td>
<td>Castellano</td>
<td>2 días/semana</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8 Los casos en los que no disponemos de la información acerca de la edad de las personas participantes han sido marcados con el símbolo (-) en la tabla.
4.2.2. Recopilación del corpus

Las entrevistas con los participantes tuvieron lugar entre abril y mayo de 2016 en tres ubicaciones diferentes: a aquellas personas que acudían a terapia 2 veces a la semana se las entrevistó en la sede de la AFAGA, a las del centro de día en sus respectivos centros y a las que no seguían terapia en sus domicilios. La duración de las entrevistas varió entre 6 y 30 minutos, dependiendo de la motivación de conversar que mostrasen. Todo el proceso fue grabado en video con una cámara SONY Handycam HD AVCHD con el objetivo de que el lenguaje no verbal pudiese formar parte del análisis lingüístico. Las entrevistas se realizaron en la lengua nativa de la persona entrevistada, aunque en ocasiones puntuales se realizaron cambios de código para poder estudiar sus capacidades bilingües en investigaciones posteriores.

Todas las personas fueron informadas de que se les iba a grabar en vídeo mientras conversaban sobre su vida, gustos y rutinas. Puesto que el propósito de esta tesis es analizar el lenguaje natural, la entrevistadora contaba con la siguiente lista de 26 preguntas como guía para el desarrollo de cada interacción:

- ¿Cuál es su nombre completo?
- ¿Dónde nació?
- ¿Dónde vive actualmente?
- ¿Le gusta la ciudad en la que vive?
- ¿Qué es lo que más le gusta de su barrio?
- ¿Con quién vive actualmente?
- ¿Tiene hijos/hijas? ¿Cómo se llaman?
- ¿Cuándo es su cumpleaños?
- ¿Con quién vive actualmente?
- ¿Tiene nietos/nietas? ¿Cómo se llaman?
- ¿Cuántos años cumple?
- ¿Celebras tu cumpleaños normalmente?
- ¿En qué trabajaba usted?
- ¿Le gusta su trabajo?
- ¿Trabajaba muchas horas?
- ¿Dónde estudiaba usted?
- ¿Le gustaba estudiar?
- ¿Dónde se casó?
- ¿Cómo se llama tu esposa?
- ¿Cuál es su comida favorita?
- ¿Quién cocina en tu casa?
- ¿Le gusta la música?
- ¿Qué cantantes le gustan?
- ¿Le gusta el cine?
- ¿Qué actores le gustan?
- ¿Qué rutina sigue en un día normal en su vida?
- ¿Quedas a veces con amigos?
- ¿Qué planes para este fin de semana?
- ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

Sin embargo, la entrevistadora tenía la instrucción de intentar seguir con los temas que introducía la persona entrevistada y solo emplear esta lista de pregunta para plantear temas nuevos cuando esta cerrase un tema o permaneciese en silencio. Al acabar con la grabación la entrevistadora disponía de la ficha que muestra la Tabla 11, que debía cubrir
para plasmar sus impresiones inmediatamente después de acabar la entrevista. Las fichas de grabación de cada informante se han adjuntado con este trabajo como Anexo IV.

Tabla 11. Ficha de grabación para cubrir tras la grabación.

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hora:</td>
</tr>
<tr>
<td>Duración:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar:</td>
</tr>
<tr>
<td>Participantes:</td>
</tr>
<tr>
<td>Comentarios:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.2.3. Instrumentos

En el caso de las personas que acudían a los talleres dos veces por semana y de las del centro del día, se pidió al personal especializado que cubriese la parte del perfil personal y neuropsicológico del protocolo, pues disponían de información más detallada de su evolución. Con las personas entrevistadas a domicilio la propia entrevistadora cubrió la parte de información personal con ayuda de la familia y cubrió el perfil cognitivo con información proveniente de los informes médicos y de los instrumentos que describimos a continuación:

- Mini Examen Cognoscitivo o MEC (Lobo et al. 1979)

Se trata de una prueba que se utiliza asiduamente en la clínica diaria para evaluar el grado de deterioro cognitivo. Consta de cinco áreas de evaluación: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. Las diferentes pruebas que incluyen suman un total de 35 puntos, que se relacionan directamente con los diferentes grados de deterioro. La Tabla 12 muestra la relación de puntos del MEC que tradicionalmente se asocia con cada grado de deterioro de la escala GDS\textsuperscript{10}.

Tabla 12. Relación del grado de deterioro cognitivo y puntos del MEC.

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRADO DE DETERIORO COGNITIVO</th>
<th>PUNTOS DEL MEC</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-1</td>
<td>30-35 puntos</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-2</td>
<td>25-30 puntos</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>20-27 puntos</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>16-23 puntos</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>10-19 puntos</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0-12 puntos</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0 puntos</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\textsuperscript{10} La escala GDS se explica en detalle en §1.1.1
• Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

Este cuestionario fue creado para proveer una evaluación de la sintomatología neuropsiquiátrica en la práctica clínica diaria. El test está diseñado con vistas a ser cubierto por quienes se dedican a cuidar de las personas con demencia. La versión más actualizada revisa 12 dominios neuropsiquiátricos: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritable/labilidad, alteraciones del sueño y trastornos del apetito. Cada uno de estos dominios se representa en el test con una pregunta a la que se debe responder “sí” o “no”. En caso de que la respuesta sea afirmativa, el informante debe valorar la severidad de los síntomas en el último mes en una escala del 1 al 3 así como el grado en el que estos síntomas afectan al propio cuidador en una escala del 1 al 5.

• Barthel Index (Granger et al. 1979)

La escala de Barthel o índice de Barthel es un test que se emplea en el ámbito clínico para evaluar la capacidad de las personas enfermas para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. En concreto, revisa si estas personas pueden comer, trasladarse entre la silla y la cama, encargarse de su aseo personal, ir al baño, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, controlar las heces y controlar la orina. Cada una de estas actividades recibe una puntuación de 0, 5, 10 y, en el caso de algunas hasta 15 puntos hasta sumar un total de 100. Así, 100 puntos implican independencia, 60-95 dependencia leve, 40-55 dependencia moderada, 20-35 dependencia severa y menos de 20 dependencia total.

4.2.4. Transcripción y anotación

Todas las entrevistas del corpus fueron transcritas y codificadas mediante el software de transcripción ELAN. Para el proceso de transcripción nos basamos en las pautas marcadas por Müller (2006):
I01  Designa a la persona informante en el corpus. En la anotación se emplea para anunciar sus intervenciones.
INV  Anuncia las intervenciones de la entrevistadora.
NV   Anuncia las intervenciones no verbales.
  : El sonido que precede a este símbolo ha sido alargado
  - La palabra a la que precede se ha cortado de forma brusca y sustituido por otra.
  xx Palabra o sonido no reconocible.
  ... Enunciado sin terminar.
(2.5) Tiempo entre enunciados cuando la pausa es superior a 20ms.

Además, se tomó como unidad mínima de análisis la frase completa con su sujeto, verbo y objetos correspondientes. En aquellos casos en los que la frase quedaba incompleta o la pausa entre los elementos era mayor de cinco segundos, se abrió una nueva unidad. Todas las transcripciones y notas fueron revisadas por una segunda persona. ¹¹

Por una cuestión de economía temporal, la versión que se empleó para analizar el corpus fue la reducida. Sin embargo, para facilitar el análisis del apartado “cohesión” decidimos evaluar esta parte estudiando los cuatro tipos de cohesión que propusimos en la versión ampliada.

La fase de anotación consistió en un proceso de análisis de tipo cualitativo, para el que se crearon un total de 15 líneas de análisis. Las tres primeras son las líneas de transcripción:

1. Intervenciones de las personas informantes.
2. Intervenciones de la investigadora.
3. Lenguaje no verbal de las personas que participan en la conversación.

En los casos en los que estaba presente una persona del entorno del informante se añadió una cuarta línea de transcripción adicional con sus intervenciones.

Las doce líneas restantes son las que se emplearon para el etiquetado de las transcripciones. Cada línea corresponde a cada uno de los niveles de análisis del protocolo, con la excepción de “informatividad”, “topicalidad”, “alternancia de turnos” y

¹¹ Como hemos indicado en la nota 1, una versión digital de la transcripción del corpus está a disposición del tribunal evaluador de esta tesis (véase también Anexo V).
“competencia estratégica”, que se anotaron en una línea conjunta a la que se denominó “pares” (de pares adyacentes) con el objetivo de economizar el tiempo de anotación. También se añadió una última línea denominada “comentarios” para añadir observaciones que surjasen durante el anotado y pudiesen ser relevantes para futuras fases de la anotación. Esta última línea solo se empleó como apoyo para la anotación y no se recoge ni en la parte de resultados ni en la transcripción. Las líneas se dispusieron en consonancia con el orden que figura en el protocolo:

- Lugar
- Tiempo
- Roles sociales
- Conocimiento compartido
- Referencialidad
- Sustitución
- Cohesión léxica
- Marcadores discursivos
- Lenguaje figurado
- Cortesía
- Pares
- Comentarios

En la Ilustración 1 se muestra una captura de pantalla con un extracto de la anotación del vídeo de la informante I23 a modo de ejemplo.
Ilustración 1. Extracto de anotación de la informante I23.

Como se observa en la imagen, para cada línea de anotación se diseñó un código de etiquetado según los fenómenos estudiados para cada elemento del protocolo. En el apartado que sigue se exponen en detalle los códigos de etiquetado de cada una de las líneas.

**Etiquetado**

En función de las propiedades y particularidades de cada uno de los elementos de análisis del protocolo se desarrolló un sistema de anotación diferente. En todos los casos se partió de una propuesta basada en la teoría presentada en §2, y esta se fue completando y adaptando según la fenomenología y las necesidades que se presentaron durante el análisis. Este sistema de anotación se utilizó con el objetivo de realizar un análisis general de cada uno de los elementos, pues el análisis exhaustivo de cada uno de ellos podría constituir una tesis per se. Por lo tanto, con la finalidad de mostrar la aplicabilidad del análisis, seleccionamos los criterios que nos han parecido más representativos de cada nivel analítico del protocolo. Somos plenamente conscientes de que la propuesta que aquí se presenta debe ampliarse y mejorararse, pero las limitaciones temporales de los programas de doctorado actuales han impedido un abordaje más completo.

En las siguientes líneas se explica cada una de las etiquetas que se han creado para la anotación de cada uno de estos elementos y se acompaña cada una de ellas con un ejemplo extraído directamente del corpus. Como se verá, incluimos etiquetas que no han
sido empleadas por no aparecer ningún caso en el corpus. Las hemos mantenido por si este modelo de anotación pudiese servir de referencia para otros futuros trabajos.

Lugar

Para la anotación de “lugar” se crearon cinco etiquetas: LU.OK (lugar correcto), LU.NOK (lugar no correcto), LU.SINREF (lugar sin referente), LU.NES (lugar no especificado) y LU.CONT (lugar contradictorio). En la Tabla 13 se explica a qué casos se ha aplicado cada una de estas etiquetas y las ilustramos con ejemplos extraídos del corpus.

Tabla 13. Explicación de las etiquetas del apartado “lugar”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LU.OK</td>
<td>✓ El hablante expresa a través de su discurso que es capaz de ubicarse espacialmente de forma correcta, bien sea mediante topónimos, bien recurriendo a deícticos espaciales.</td>
<td>En la calle Zamora; en el Calvario; en Vigo; en Galicia; en España; ahí; aquí.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✓ Ubica correctamente en el espacio acciones de su pasado o lugares donde ha estado.</td>
<td>En Ferreira de Pantón; en Ourense; en Canarias; en el colegio; en el trabajo; allí; allá.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✓ Expresa con exactitud lugares comunes donde desarrolla sus rutinas.</td>
<td>En mi casa; en casa de mis hijos; en el supermercado; en el centro cultural.</td>
</tr>
<tr>
<td>LU.NOK</td>
<td>• El hablante expresa en su discurso una ubicación errónea.</td>
<td>Me casé aquí en Palencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>LU.SINREF</td>
<td>• Se ha empleado un deíctico espacial que no tiene referente previo.</td>
<td>Mi infancia fue muy buena. Fui muy feliz allí.</td>
</tr>
<tr>
<td>LU.NES</td>
<td>• Muestra dudas sobre dónde ha ocurrido un hecho o donde se ubica una persona u objeto.</td>
<td>Fue en Vigo o en Ourense....Yo no me acuerdo.</td>
</tr>
<tr>
<td>LU.CONT</td>
<td>• Presenta una contradicción con respecto al lugar dónde ha ocurrido un evento o donde se ubica una persona u objeto.</td>
<td>No hay ejemplos en el corpus.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tiempo

En el caso de la anotación del apartado “tiempo” también se crearon cinco etiquetas, de igual formato que las de “lugar”: TI.OK (tiempo correcto), TI.NOK (tiempo no correcto), TI.SINREF (tiempo sin referente), TI.NES (tiempo no especificado) y TI.CONT (tiempo contradictorio). En la Tabla 14 se muestra a qué se refieren estas etiquetas y se acompañan con ejemplos extraídos del corpus.
Tabla 14. Explicación de las etiquetas del apartado “tiempo”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TI.OK</td>
<td>✓ El hablante expresa a través de su discurso que es capaz de ubicarse temporalmente bien sea mediante el uso de adverbios de tiempo y/o deixis y otras referencias temporales.</td>
<td>Hoy; ayer; mañana; el año pasado; el año que viene; hace 5 años; hace poco; hace mucho tiempo; siempre; nunca; ya no.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✓ El hablante ubica correctamente en el tiempo acciones de su pasado.</td>
<td>Durante mi infancia; cuando acabé los estudios; cuando me casé; después de casarme; antes de que muriese mi marido.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✓ Expresa con exactitud los momentos del día en los que realiza sus rutinas.</td>
<td>Por las mañanas; por la tarde; por las noches; los domingos; los lunes.</td>
</tr>
<tr>
<td>TI.NOK</td>
<td>• Expresa en su discurso que no es capaz de ubicarse temporalmente y/o de recordar su edad y la de sus allegados.</td>
<td>Ej 1: Tengo... Nací en el 1936, ¿en qué año estamos? Ej 2: Traballei de camarero e aún traballo.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Se ha empleado un deíctico temporal que no tiene referente previo.</td>
<td>De aquella no me gustaba el pescado, pero ahora sí.</td>
</tr>
<tr>
<td>TI.OREF</td>
<td>• Muestra dudas sobre cuándo ha ocurrido un hecho.</td>
<td>-Fue hace quince años, o así. -Hace bastante, no recuerdo cuánto.</td>
</tr>
<tr>
<td>TI.NES</td>
<td>• Presenta una contradicción con respecto al momento en el que ha ocurrido un evento.</td>
<td>Me casé cuando me vine a vivir a Vigo. [...] Nos vinimos a Vigo por el trabajo de mi marido.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Presenta una contradicción con respecto al momento en el que ha ocurrido un evento.</td>
<td>Me casé cuando me vine a vivir a Vigo. [...] Nos vinimos a Vigo por el trabajo de mi marido.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Roles sociales

Para la anotación de los roles sociales se establecieron tres etiquetas: RS.OK (rol social correcto), RS.NOK (rol social no correcto), RS.NREL (rol social no relevante). En la Tabla 15 se especifican las equivalencias de estas etiquetas y se añaden ejemplos extraídos del corpus para cada una de ellas.

Tabla 15. Explicación de las etiquetas del apartado “roles sociales”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RS.OK</td>
<td>✓ El entrevistado reconoce el rol de la entrevistadora y se dirige a ella como tal.</td>
<td>¿Y esto para qué es?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>✓ Responde apropiadamente a los agradecimientos y explicaciones de la entrevistadora.</td>
<td>INV: Muchas gracias por su tiempo. - Gracias a ti.</td>
</tr>
<tr>
<td>RS.NOK</td>
<td>• Confunde al entrevistador con otra persona de su entorno.</td>
<td>A ti coñecinche en Lisboa.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
RS.NREL

- Emite un enunciado que no es relevante debido a la confusión del rol social de la persona interlocutora.

**Ej. 1:** (dirigiéndose a la entrevistadora) ¿Puedo darte un besito?
**Ej. 2:** (dirigiéndose a la entrevistadora) Tú no sabes lo que echan en la tele de madrugada. Las mujeres en pelotas magreándose...

**Conocimiento compartido**

En el apartado del conocimiento compartido se crearon seis etiquetas: CC.OK (conocimiento compartido correcto), CC.NREF (conocimiento compartido no referente), CC.REP (conocimiento compartido repetición), CC.IRR (conocimiento compartido irrelevante), CC.INC (conocimiento compartido incomprensible), CC.CONTR (conocimiento compartido contradictorio). El valor de estas etiquetas se describe a continuación en la Tabla 16 y se muestran también ejemplos extraídos del corpus para cada una de ellas.

**Tabla 16. Explicación de las etiquetas del apartado "conocimiento compartido".**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CC.OK</td>
<td>✓ El hablante emite información nueva, no presupone información personal que el interlocutor no conoce y no repite información que ya ha mencionado.</td>
<td>Nací en Santander, en el 36.</td>
</tr>
<tr>
<td>CC.NREF</td>
<td>• Emite información desconocida para la entrevistadora como si ya fuese conocida. Habla de personas desconocidas para la entrevistadora como si fuesen conocidas.</td>
<td>Y entonces le dije a Lolita: ¿pero qué dices?</td>
</tr>
<tr>
<td>CC.REP</td>
<td>• Introduce como nueva información que ya ha dado al interlocutor.</td>
<td>INF: Nací en Santander, en el 36. - ¿Y qué te gustaba más de vivir en Santander? - ¿Santander? Yo nací allí, en el 36.</td>
</tr>
<tr>
<td>CC.IRR</td>
<td>• Emite explicaciones o hace preguntas básicas sobre conocimiento del mundo.</td>
<td>Ej. 1: ¿Sabes lo que es el espacio? Ej. 1: ¿Sabes lo que es el churrasco?</td>
</tr>
<tr>
<td>CC.INC</td>
<td>• Emite enunciados incomprensibles para el interlocutor</td>
<td>Sí... Yo, mi piso... Y estoy... Sí, sí... Algunas y... Otras pues no van o vienen.</td>
</tr>
<tr>
<td>CC.CONTR</td>
<td>• Emite información contradictoria a la que ha transmitido previamente al interlocutor.</td>
<td>16: Vinieron mis padres y después aquí tuvieron-tuvimos-tuvieron más hijos</td>
</tr>
</tbody>
</table>
mis padres. Pero yo soy la mayor.
[...].
16: Tengo [hermanos]: Rosa. Y que es la mayor. Yo soy la segundo.

Referencialidad

En lo que respecta a la referencialidad, se crearon ocho etiquetas: POS.OK (posesivo correcto), POS.NOK (posesivo no correcto), DEM.OK (demostrativo correcto), DEM.NOK (demostrativo no correcto), PRON.OK (pronombre correcto), PRON.NOK (pronombre no correcto), ADV.OK (adverbio correcto), ADV.NOK (adverbio no correcto). Puesto que los mecanismos de referencialidad son muy numerosos, con el objetivo de facilitar la tarea de anotación se partió de una lista con los más comunes, para poder así localizarlos directamente a través del buscador del ELAN. Esta se puede consultar en el Anexo VI de esta tesis. En la Tabla 17 se indica a qué corresponde cada etiqueta y se ilustra con un ejemplo del corpus, salvo en aquellos casos en los que no haya aparecido ninguno.

Tabla 17. Explicación de las etiquetas del apartado “referencialidad”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>POS.OK</td>
<td>✓ El hablante ha establecido referencialidad mediante un determinante posesivo de forma correcta.</td>
<td>Y... bueno la infancia la llevé más o menos de aquella manera porque mi madre murió muy joven.</td>
</tr>
<tr>
<td>POS.NOK</td>
<td>• El hablante ha intentado establecer referencialidad a través de un determinante posesivo de forma incorrecta, de modo que no se puede identificar claramente el referente.</td>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
</tr>
<tr>
<td>PRON.OK</td>
<td>• El hablante ha empleado un pronombre como mecanismo de referencialidad de forma correcta.</td>
<td>INV: ¿Y dónde nació usted? - Yo nací en Fene.</td>
</tr>
<tr>
<td>PRON.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un pronombre como mecanismo de referencialidad de forma incorrecta, de modo que no se puede identificar claramente el referente.</td>
<td>(Escondíamos) siempre ó... As chavalas así coma-coma vós.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Por falta del tiempo que requeriría un análisis más exhaustivo, en este trabajo no se pretende realizar un abordaje completo de cada uno de estos elementos. Así, para los apartados “referencialidad”, “sustitución” y “marcadores discursivos” se creó una lista con los más habituales, dejando fuera otros menos comunes.
El hablante ha establecido referencialidad a través de un determinante demostrativo de forma correcta.

---

El hablante ha establecido referencialidad a través de un determinante demostrativo de forma incorrecta, de modo que no se puede identificar claramente el referente.

---

El hablante ha empleado una comparación como mecanismo de referencialidad de forma correcta.

---

El hablante ha empleado una comparación como mecanismo de referencialidad de forma incorrecta, pero lo ha hecho de forma incorrecta.

---

El hablante ha empleado un adverbio como mecanismo de referencialidad de forma correcta.

---

El hablante ha empleado un adverbio como mecanismo de referencialidad de forma incorrecta, de modo que no se puede identificar claramente el referente.

---

El análisis de la sustitución comprendió el uso de ocho etiquetas, basadas en el tipo de elemento sustituido: NOM.OK (sustitución de nombre correcta), NOM.NOK (sustitución de nombre no correcta), VERB.OK (sustitución de verbo correcta), VERB.NOK (sustitución de verbo no correcta), FRAS.OK (sustitución de frase correcta), FRAS.NOK (sustitución de frase no correcta), CERO.OK (sustitución por cero correcta), CERO.NOK (sustitución por cero no correcta). Al igual que con los mecanismos de referencialidad, se partió de una lista previa con mecanismos de sustitución más comunes, con el objetivo de facilitar la localización de los elementos con el buscador de ELAN. Dicha lista se encuentra en el Anexo VII de este trabajo. En la Tabla 18 se explica cada una de estas etiquetas y se presenta un ejemplo para cada una de ellas.
Tabla 18. Explicación de las etiquetas del apartado “sustitución”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NOM.OK</td>
<td>✓ El hablante ha realizado correctamente la sustitución de un nombre por otro elemento léxico.</td>
<td>INV: ¿Y cuántos años tiene usted? - 72, que son muchos ya.</td>
</tr>
<tr>
<td>NOM.NOK</td>
<td>• El hablante ha realizado una sustitución de nombre no comprensible para el oyente</td>
<td>INV: Pártanse ben entón? [os netos] - Claro. E non hai que estar a esperar que... Por esto nin por-por outro.</td>
</tr>
<tr>
<td>VERB.OK</td>
<td>✓ El hablante ha realizado correctamente la sustitución de un verbo por otro elemento léxico.</td>
<td>INV: Y... ¿Le gusta cocinar? - Sí, sí. Me gustaba. Me gustaba muchísimo... Pero ya... Ya tengo una chica. Entonces ya lo hace ella.</td>
</tr>
<tr>
<td>VERB.NOK</td>
<td>• El hablante ha realizado una sustitución de verbo no comprensible para el oyente</td>
<td>Si chego eu a... Primeiro que os outros, pois xa o fago eu.</td>
</tr>
<tr>
<td>FRAS.OK</td>
<td>✓ El hablante ha realizado correctamente la sustitución de una frase por otro elemento léxico.</td>
<td>No fumo. No hago... Nada de eso. Por eso estoy bien.</td>
</tr>
<tr>
<td>FRAS.NOK</td>
<td>• El hablante ha realizado una sustitución de frase no comprensible para el oyente</td>
<td>Bueno, pois se acabamos, pois tu ahora xa o sabes.</td>
</tr>
<tr>
<td>CERO.OK</td>
<td>✓ El hablante ha realizado correctamente una sustitución por cero o elipsis.</td>
<td>INV: ¿Y cuando vino para aquí, tuvo que cambiar de amistades? ¿Tuvo que...? - ¡Claro! Vi-Vi-mmm [nosotros] vinimos porque... Mi padre como tenía camiones y coches...</td>
</tr>
<tr>
<td>CERO.NOK</td>
<td>• El hablante ha realizado una sustitución por cero o elipsis no comprensible para el oyente</td>
<td>A mín (xx) eu lamento muito daquela parte d’abaixo de... De... Jolín! Que-que-que-que... Viña-viña aquí a... Ao paso... Ao paso este.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Cohesión léxica**

En el análisis de la cohesión léxica se crearon ocho etiquetas: REP.OK (repetición del referente correcta), REF.NOK (repetición del referente no correcta), SIN.OK (sinónimo del referente correcto), SIN.NOK (sinónimo del referente no correcto), SUP.OK (hiperónimo correcto), SUP.NOK (hiperónimo del referente no correcto), GEN.OK (término genérico correcto), GEN.NOK (término genérico no correcto). En la Tabla 19 que figura a
continuación se explica el valor de cada una de estas etiquetas y se acompaña con un ejemplo del corpus.

Tabla 19. Explicación de las etiquetas del apartado "cohesión léxica".

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>REP.OK</td>
<td>✓ El hablante ha mantenido la cohesión léxica a través de la repetición del referente.</td>
<td>Porque mi marido vino para aquí. Mi marido era de Santander.</td>
</tr>
<tr>
<td>REP.NOK</td>
<td>• El hablante ha realizado una repetición de referente no necesaria para mantener la cohesión léxica.</td>
<td>INV: Por ejemplo, ¿nunca fue a Portugal? - Ay, sí. A Portugal sí. Sí, a Portugal sí. Fuimos a las ferias y así.</td>
</tr>
<tr>
<td>SIN.OK</td>
<td>✓ El hablante ha mantenido la cohesión léxica a través de un sinónimo del referente.</td>
<td>INV: ¿En Málaga? - No, en la capital no. En un pueblo.</td>
</tr>
<tr>
<td>SIN.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un sinónimo del referente incorrecto o inapropiado.</td>
<td>Bueno, levo uns días vindo aquí que veño a esta... entrevista qu-entrevista [como sinónimo de centro de día]</td>
</tr>
<tr>
<td>SUP.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un hiperónimo del referente para mantener la cohesión léxica.</td>
<td>No y después todo, hasta-hasta el fondo tiene-tiene unas merluzas buenasísimas... Tienen un pescado buenísimo.</td>
</tr>
<tr>
<td>SUP.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un hiperónimo del referente incorrecto o inapropiado.</td>
<td>INV: ¿Y dónde se casó usted? - Sí, aquí en Palencia. Sí, claro. Y la verdad que... Me gusta... Galicia.</td>
</tr>
<tr>
<td>HIP.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un cohipónimo del referente para mantener la cohesión léxica.</td>
<td>INV: ¿Y qué es lo que más le gusta? [de comida]. -Me gusta el pescado. Me gusta-bueno me gusta la carne.</td>
</tr>
<tr>
<td>HIP.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un hipónimo del referente incorrecto o inapropiado.</td>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
</tr>
<tr>
<td>GEN.OK</td>
<td>✓ El hablante ha utilizado un término general para mantener la cohesión léxica.</td>
<td>INV: ¿No le gusta comer? - Yo, no, no, no. Yo so-soy incapaz de comer fideo, ni pasta, ni so-ni sopas. Nada, nada. Yo soy muy escogida. Tres cositas así...</td>
</tr>
<tr>
<td>GEN.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un término general para mantener la cohesión léxica de forma incorrecta o inapropiada.</td>
<td>E despois te-temos a cousa de... De ir ali... E... E poñer... Poñer un... Un objeto teu, o que sea, para que non.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Marcadores discursivos

En lo que concierne a los marcadores discursivos, se crearon un total de 10 etiquetas:

- ADI.OK: marcador aditivo correcto.
En este apartado también se realizó previamente una lista con los mecanismos de cohesión más comunes. Para la elaboración de la lista en castellano se partió de la propuesta presentada por Calsamiglia y Tusón (2007), que se completó con las que encontramos en el corpus. En el caso del gallego se siguió la misma metodología que en lengua castellana, pero la fuente de conectores más comunes se obtuvo de las “Normas morfolóxicas e ortográficas da Lingua Galega” (IGE/RAG 2003). Además, en las transcripciones de los informantes que hablaban en gallego se buscaron también los conectores en castellano por si se pudiese dar algún castellanismo. Ambas listas se encuentran en el Anexo VIII. La Tabla 20 incluye tanto la explicación de cada una de estas etiquetas, como un ejemplo de cada una de ellas extraído del corpus.

Tabla 20. Explicación de las etiquetas del apartado “marcadores discursivos”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADI.OK</td>
<td>✓</td>
<td>El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo aditivo de forma correcta.</td>
</tr>
<tr>
<td>ADI.NOK</td>
<td>•</td>
<td>El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo aditivo de forma incorrecta o no comprensible.</td>
</tr>
<tr>
<td>CONT.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo contrastivo de forma correcta.</td>
<td>Y no me voy ya ni para Fene. Tengo allí a mis hermanas y tengo lo que tú quieras pero yo ya no.</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>CONT.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo contrastivo de forma incorrecta o no comprensible.</td>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
</tr>
<tr>
<td>REF.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de reformulación de forma correcta.</td>
<td>Cuando llego a la parada de los autobuses que estaba ella allí con una niña de la mano. O sea, la tenías cogida.</td>
</tr>
<tr>
<td>REF.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un marcador discursivo de reformulación de forma incorrecta o no comprensible.</td>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
</tr>
<tr>
<td>ORD.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo ordinal de forma correcta.</td>
<td>INV: ¿Y de qué equipo es? -Primero del Celta. Y después soy... Yo fui jugador del Espanyol de Barcelona.</td>
</tr>
<tr>
<td>ORD.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo ordinal de forma incorrecta o no comprensible.</td>
<td>E foi cando... (Que ademais) primero xa: &quot;non, eu non che quiero... Cargo de nadie, que eu non te-non teño a nadie&quot;.</td>
</tr>
<tr>
<td>CAU.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo causal de forma correcta.</td>
<td>Y... bueno la infancia la llevé más o menos de aquella manera porque mi madre murió muy joven.</td>
</tr>
<tr>
<td>CAU.NOK</td>
<td>• El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo causal de forma incorrecta o no comprensible.</td>
<td>INV: ¿Le gustaría escuchar más [música]? -Sí. Y ya que... Que debo.</td>
</tr>
<tr>
<td>CONS.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo consecutivo de forma correcta.</td>
<td>Era una buena posición [de trabajo] y entonces estuve muy bien...</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMP.OK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo temporal de forma correcta.</td>
<td>Mi madre la pobre estaba enferma y... y estaba preocupada, venía la modista, te hacia los vestiditos, ¿sabes? Y estabas protegida. Pero luego pues fuimos así, saliendo bien, que nunca nos faltó de nada.</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMP.NOK</td>
<td>✓ El hablante ha empleado un marcador discursivo de tipo temporal de forma incorrecta o no comprensible.</td>
<td>E allí, bueno, después, vamos tirando. Después xa conocin a túa irmá...</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Lenguaje figurado

En el apartado de lenguaje figurado se establecieron 15 etiquetas: FE.OK (expresión fija correcta), FE.CONST (expresión fija error de construcción), FE.PRAG. (expresión fija error de uso), EXT.OK (extensor correcto), EXT.CONST (extensor error de construcción), EXT.PRAG (extensor error de uso), METO.OK (metonimia correcta), METO.CONST (metonimia error de construcción), METO.PRAG (metonimia error de uso), META.OK (metáfora correcta), META.CONST (metáfora error de construcción), META.PRAG (metáfora error de uso), RET.OK (lenguaje retórico correcto), RET.CONST (lenguaje retórico error de construcción), RET.PRAG (lenguaje retórico error de uso). En la Tabla 21, que se muestra a continuación, se explica en detalle a que refiere cada una de estas etiquetas y se ejemplifican con un extracto del corpus.

Tabla 21. Explicación de las etiquetas del apartado "lenguaje figurado".

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FE.OK</td>
<td>✓</td>
<td>El hablante introduce una expresión fija, es decir, formas invariables como refranes, dichos o colocaciones de forma correcta.</td>
</tr>
<tr>
<td>FE.CONST</td>
<td>El hablante introduce una “expresión fija” pero la construye de forma incorrecta.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fuimos allá a Santander y estamos en una piña todos.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FE.PRAG</td>
<td>El hablante introduce una expresión fija en el contexto incorrecto.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INV: ¿Ya son mayores (sus nietos)?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Ya están en la edad. sí.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EXT.OK</td>
<td>El hablante introduce un “extensor”, es decir, una frase con sentido general con el objetivo de rellenar el discurso.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INF: Era ingeniero de caminos</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- ¡Caray!</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Sí. Y muy bien. Y entonces empezó así con-con las piernas que le fallaron y con esas cosas y...</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EXT.CONST</td>
<td>El hablante introduce un extensor discursivo con una estructura incorrecta.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EXT.PRAG</td>
<td>El hablante introduce un extensor en el contexto incorrecto.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entón ao mellor vas ti pum-pum-pum-pum [habla sobre el presente]. A vida era así.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METO.OK</td>
<td>El hablante utiliza una metonimia, es decir, la denominación de una parte de un concepto para referirse al todo, de forma correcta</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bueno, cualquiera, a mí me va cualquier plato.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METO.CONST</td>
<td>El hablante intenta introducir una metonimia, pero la estructura incorrectamente.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METO.PRAG</td>
<td>El hablante utiliza una metonimia en el contexto incorrecto.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>META.OK</td>
<td>El hablante introduce una metáfora, es decir, emplea un concepto en lugar de otro para sugerir algún tipo de analogía entre ellos.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nos vemos de pascuas en flores. Y desde que faltó mi mama menos.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>META.CONST</td>
<td>El hablante intenta emplear una metáfora, pero la construye de forma incorrecta.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pues mira, mi hermana aprendió a coser. Yo... Pues... Eran aquellos tiempos así más... Terminales.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>META.PRAG</td>
<td>El hablante emplea una metáfora, pero la introduce en el contexto incorrecto.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RET.OK</td>
<td>El hablante hace uso del sarcasmo, ironía, retranca o introduce una pregunta retórica.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INV: E ten fillos? [...]</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Eu non, a muller tuvo.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RET.CONST</td>
<td>El hablante intenta hacer uso del sarcasmo, ironía, retranca o introduce una pregunta retórica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No hay ejemplos en el corpus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
pero la estructura que emplea no es comprensible.

| RET.Prag | • El hablante intenta hacer uso del sarcasmo, ironía, retranca o introduce una pregunta retórica pero no lo contextualiza adecuadamente. | No hay ejemplos en el corpus |

Cortesía

Puesto que la cortesía lingüística es fenómeno complejo y lleno de matices, un análisis profundo requeriría un sistema de anotación muy amplio, que conllevaría mucho tiempo. Como el objetivo de este trabajo es observar de forma general los elementos que contribuyen a emitir enunciados coherentes, decidimos limitar los usos no correctos de la cortesía a lo que Brown & Levinson (1987) denominaron los Actos Amenazadores de la imagen (véase §2.1.2.) y a la ausencia de respuesta por parte del interlocutor. Así, la anotación de esta parte se realizó con tres etiquetas: CORT OK (cortesía correcta), CORT.NAP (cortesía no apropiada) y CORT.NRES (cortesía no respuesta). En la Tabla 22, que figura a continuación se explica más en detalle el valor de estas etiquetas y se acompañan con un ejemplo del corpus.

Tabla 22. Explicación de las etiquetas del apartado "cortesía".

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CORT.OK</td>
<td>✓ El hablante ha emitido un enunciado cortés, que no constituye un Acto Amenazador de la Imagen para su interlocutor.</td>
<td>INV: Muchas gracias y... - Bueno, mujer. - Ha sido un placer. - Gracias a ti.</td>
</tr>
<tr>
<td>CORT.NAP</td>
<td>• El hablante ha introducido un enunciado que constituye un AAI para su interlocutor.</td>
<td>Tenía que estar pro-eso echarán-lo echarán para que no... Los niños y las niñas no miren, ¿sabes? Todo mujeres en pelotas magreándose. Y en el otro canal... La jodienda.</td>
</tr>
<tr>
<td>CORT.NRES</td>
<td>• El hablante no ha sido cortés porque no ha respondido a la pregunta de su interlocutor.</td>
<td>INV: ¿Qué estás viendo en la tele? - [...] - ¿Estás viendo una serie? - [...]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Informatividad, topicalidad, alternancia de turnos y competencia estratégica**

Para la parte de anotación de los apartados “informatividad”, “topicalidad”, “alternancia de turnos” y “competencia estratégica” nos basamos en el sistema de anotación que diseñamos para el análisis del par adyacente “pregunta-respuesta”, que es el que rige durante la mayor parte del corpus (véase Varela Suárez 2017a). Según este sistema, la informatividad solo se considera “correcta” si el enunciado es de tipo preferido (responde adecuadamente al tipo de pregunta y proporciona la información que se espera) y relevante (PREF.REL). Si el enunciado proporciona información incompleta, demasiado general o no está relacionado con el tema que plantea la persona que realiza la entrevista, entre otros, se considera que la informatividad no es correcta.

En lo que concierne a la topicalidad, se toma como “correctos” aquellos enunciados que continúen con la línea temática propuesta en el turno iniciado por quien haga la entrevista o supongan un cambio de tema relevante, es decir, desde un punto de vista pragmático los enunciados preferidos. De este modo, tanto los enunciados relevantes (PREF.REL), como los que proporcionen información incompleta (PREF.INCM) o demasiado general (PREF.GEN) se consideran correctos desde el punto de vista de la topicalidad, mientras que el conjunto de enunciados catalogados como no preferidos se catalogan como errores.

Para la alternancia de turnos, tomamos como correctos todos aquellos enunciados que continuaron con el turno conversacional comenzado por la investigadora, aunque no fuese de forma relevante o comprensible, es decir, que completaron el par adyacente. Por el contrario, aquellas preguntas o enunciados que no obtuvieron respuesta fueron etiquetados como no respondidos (NPREF.NREP) y considerados como una evidencia de la incapacidad para continuar con el turno. En un principio, nos planteamos también marcar como error de turno los solapamientos, pero no se detectó ninguno porque la entrevistadora buscaba que los informantes hablasen lo máximo posible y solo planteaba preguntas cuando estos habían finalizado su turno.

Por último, para la anotación de la competencia estratégica, se consideraron correctos los enunciados relevantes (PREF.REL), pues, aunque no constituyen por se una estrategia compensatoria, no se debe penalizar al informante por ellos: si hay un enunciado
relevantes entendemos que no se necesita una estrategia de compensación. Aparte de esto, también incluimos como estrategias válidas los enunciados incompletos (PREF.INCOM) y generales (PREF.GEN), los irónicos (NPREF.IRO), las preguntas de clarificación (NPREF.REQ), la repetición de información con la que el informante se siente más cómodo (NPREF.REP) y reconocer la incapacidad para contestar debido al déficit cognitivo (NPREF.DEF). Se consideró que los enunciados que contradecían información anterior (NPREF.CONTR) y los irrelevantes o no comprensibles (NPREF.IRR) no debían valorarse como estrategias de compensación adecuadas. Aunque sí son una estrategia para responder el turno de una manera u otra, no buscan evitar emitir un enunciado no coherente, que es lo que se evalúa como competencia estratégica en este protocolo.

Para facilitar la comprensión del sistema de etiquetado de esta parte, se ha diseñado la Tabla 23, en la que se expresa cuál es el valor de cada etiqueta, si son consideradas como “correctas” o “erróneas” en cada elemento de análisis y se acompaña de un ejemplo a modo ilustrativo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etiqueta</th>
<th>Valor</th>
<th>I.</th>
<th>To.</th>
<th>Tu.</th>
<th>Ce.</th>
<th>Ejemplo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PREF.REL</td>
<td>La respuesta es relevante y proporciona la información que se espera</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>INV: ¿Y cuántos años tiene usted? - 72.</td>
</tr>
<tr>
<td>PREF.INCOM</td>
<td>La respuesta es relevante, pero omite información que el interlocutor espera recibir</td>
<td>X</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>INV: ¿Odias las Navidades? ¿Por qué? - Por... Bue, eso es un follón que... Nah, no me gustan.</td>
</tr>
<tr>
<td>PREF.GEN</td>
<td>La respuesta es relevante pero la información que da no es lo suficientemente específica.</td>
<td>X</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>INV: Y para comer usted, ¿cuál es su plato favorito? - Umm, no me importa... Cualquier cosa.</td>
</tr>
<tr>
<td>NPREF.REQ</td>
<td>La pregunta del entrevistador se responde con otra pregunta</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>INV: ¿Y por qué zona vive aquí en Vigo? - ¿Aquí?</td>
</tr>
<tr>
<td>NPREF.REP</td>
<td>El informante proporciona información</td>
<td>X</td>
<td>X</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td>INV: ¿Y dónde nació?</td>
</tr>
</tbody>
</table>
que ha emitido como si fuese nueva

- Pues nací en Reinosa en el Santander que estaban mis padres estaba... toda la guerra. Cuando la guerra del 36.
- Eh... Santander... Um-hum... Es cuando... Nací yo allí. Cuando la guerra, en el 36.

| NPREF.DEF | El informante reconoce que no es capaz de responder a la pregunta de forma relevante a causa del déficit cognitivo. | X | X | ✓ | ✓ |
| INV: Y... ¿Qué le gustaba más de vivir en Santander, allí? - Eu non m’acordo Porque eu xa é que: Xa non che m’acordo.

| NPREF.CONTR | La respuesta proporciona información que contradice otra emitida previamente. | X | X | ✓ | X |
| INV: ¿Y cuándo se vino usted a Vigo? - Me vine a Vigo, pues hace ya... Veinti... tantos años. [...] - Y después nos vinimos a vivir para aquí. Y-y llevamos aquí... cuarenta y pico.

| NPREF.IRR | La respuesta no contiene información relacionada con la pregunta o no es comprensible. | X | X | ✓ | X |
| INV: ¿Y te gusta Porriño? - Lo que pasa que yo hice otra-otra casa también.

| NPREF.NREP | El informante no ha respondido | X | X | X | X |
| - ¿Qué estás viendo en la tele? - [...] - ¿Estás viendo una serie? - [...] |

4.2.5. Tratamiento de los datos

Por último, finalizamos este apartado de metodología exponiendo cómo se ha procedido al análisis cuantitativo de los datos. En primer lugar, explicaremos cuáles han sido los mecanismos para evaluar la fiabilidad y la validez del protocolo y, a continuación, cómo se han tratado los resultados procedentes del análisis del corpus.

**Fiabilidad y validez**

En lo que concierne a la fiabilidad del protocolo, contrastamos los resultados de las cinco evaluaciones que nos proporcionaron los profesionales de las asociaciones mediante el Alpha de Cronbach (Cronbach 1951), que resulta del promedio de las correlaciones entre los elementos que componen un instrumento y que se emplea como estimator de su
confiabilidad (Cervantes 2005). La validez, por otro lado, se calculó contrastando los datos obtenidos en la aplicación ad hoc o rápida con los que obtuvimos en el análisis detallado del corpus. El estadístico empleado en este caso también fue el Alpha de Cronbach.

**Análisis detallado del corpus**

Lo primero que fue evidente antes de comenzar el análisis detallado del corpus es que, para contrastar de forma objetiva estos resultados con los del análisis rápido, había que buscar una equivalencia de puntos que se correspondiese con la versión reducida del protocolo. De este modo, en consonancia con este otorgamos un punto a cada una de las áreas de análisis y dividimos el apartado de cohesión en las cuatro áreas del protocolo detallado: lugar, tiempo, roles sociales, conocimiento compartido, referencialidad, sustitución, cohesión léxica, marcadores discursivos, lenguaje figurado, cortesía, informatividad, topicalidad, alternancia de turnos y competencia estratégica. En total, estos apartados suman 14 puntos. A la hora de repartir este punto, debido a que todos los elementos de análisis que propone el protocolo son de una naturaleza muy diversa, se tomaron decisiones distintas. Somos conscientes de que el reparto de puntos es subjetivo y que se puede plantear de maneras muy diferentes a la que proponemos, pero las decisiones que hemos tomado nos han parecido las más razonables en este contexto. En las líneas que siguen explicamos cómo se decidió la puntuación de cada uno de los apartados, en base al sistema de etiquetado que explicamos en §4.2.4.:

1. **Lugar:** la puntuación se otorgó según el porcentaje de etiquetas LU.OK (lugar correcto), por ejemplo el informante I07 obtuvo un 60% de etiquetas de este tipo, así que recibió 0,6 puntos en este apartado.

2. **Tiempo:** al igual que con la puntuación de lugar, se estandarizó el porcentaje de TI.OK a una puntuación sobre 1 punto.

3. ** Roles sociales:** también se transformó el porcentaje de RS.OK a 1 punto. En este apartado se dio algún caso en el que no se produjo ninguna anotación y se decidió otorgar el punto entero, pues cuando no se detecta ningún error de roles sociales la impresión general para el interlocutor es que el informante sabe con quién está hablando y produce sus enunciados en consecuencia.
4. **Conocimiento compartido:** en este caso, al tratarse de un formato en el que la entrevistadora pedía información diferente cada vez, era esperable que un alto porcentaje de la información no fuese repetida porque las personas entrevistadas respondían a lo que se les preguntaba. Así, se optó por otorgar puntos a partir de un 60% de etiquetas CC.OK (conocimiento compartido correcto), por lo tanto se calculó la puntuación final en base a esta fórmula.

   \[ \text{Puntuación} = \frac{\text{proporción OK} - 0.6}{0.4} \]

Así, por ejemplo, I06 obtuvo un 74,1% de etiquetas CC.OK, por las que recibió 0,35 puntos sobre 1.

5. **Referencialidad:** en este apartado se dividió el punto en los mecanismos de referencialidad que analizamos tal y como se muestra en la Tabla 24:

   **Tabla 24. Reparto de la puntuación en el apartado “referencialidad”**.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Etiqueta</th>
<th>Puntuación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Det. posesivos</td>
<td>POS.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Pronombres</td>
<td>PRON.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Det. demostrativos</td>
<td>DEM.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Comparaciones</td>
<td>COM.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Adverbios</td>
<td>ADV.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De este modo, el porcentaje de etiquetas con .OK de cada uno de los tipos se transformó a una puntuación sobre 0,2. Puesto que los mecanismos de cohesión surgen con asiduidad en el discurso, en los casos en los que no se detectó alguno de los tipos de mecanismo de referencialidad no se concedió ningún punto. Por ejemplo, el informante I08 obtuvo 100% de etiquetas POS.OK, en “posesivos”, así que recibió 0,2 puntos; un “89%” de PRON.OK en “pronombres”, por lo que se le dio 0,18 puntos; en “demostrativos” obtuvo un 33% de etiquetas DEM.OK, por lo que se le otorgaron 0,07 puntos en esta parte; no realizó ninguna comparación, por lo que en este apartado obtuvo 0 puntos; y por último un 32% en “adverbios”, por lo que recibió 0,06 puntos. En total, su puntuación en referencialidad fue la suma de las puntuaciones en todos los apartados, 0,51 puntos.

6. **Sustitución:** al igual que en el apartado de referencialidad, se dividió el punto entre los mecanismos de sustitución analizados. En la Tabla 25 que siguen se muestra este reparto en detalle:
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Etiqueta</th>
<th>Puntuación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sust. de nombre</td>
<td>NOM.OK</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Sust. de verbo</td>
<td>VERB.OK</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Sust. de frase</td>
<td>FRAS.OK</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Sust. por cero</td>
<td>CERO.OK</td>
<td>0,25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tal y como se realizó con la referencialidad, en aquellos casos en los que no se anotó ningún alguno de los tipos de mecanismo de referencialidad no se concedió ningún punto en ese tipo.

7. **Cohesión léxica**: como los apartados anteriores, también se dividieron los puntos entre los tipos de cohesión léxica que se analizaron en este trabajo, tal y como se ilustra en la Tabla 26:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Etiqueta</th>
<th>Puntuación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Repetición</td>
<td>REP.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sinónimo</td>
<td>SIN.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiperónimo</td>
<td>SUP.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hipónimo</td>
<td>HIP.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>General</td>
<td>GEN.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Al igual que con los tres apartados anteriores, en aquellos casos en los que no se anotó ningún alguno de los tipos de mecanismo de cohesión léxica no se concedió ningún punto en ese tipo.

8. **Marcadores discursivos**: en este caso se dividió el punto que corresponde a este apartado entre los diez tipos de marcadores discursivos que analizamos en este trabajo. Esto se indica en más detalle en la Tabla 27:
Tabla 27. Reparto de la puntuación en el apartado “marcadores discursivos”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Etiqueta</th>
<th>Puntuación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aditivo</td>
<td>ADI.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Contrastivo</td>
<td>CONT.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Reformulador</td>
<td>REF.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ordinal</td>
<td>ORD.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Causal</td>
<td>CAU.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Consecutivo</td>
<td>CONS.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Espacial</td>
<td>ESP.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Temporal</td>
<td>TEMP.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Condicional</td>
<td>COND.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Final</td>
<td>FIN.OK</td>
<td>0,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

A aquellos informantes que no emplearon alguno de los tipos de marcador discursivo se les concedió 0 puntos en ese tipo.

9. **Lenguaje figurado**: en este apartado también se dividió el punto entre los cinco tipos de lenguaje figurado que contemplamos en este trabajo, tal y como se muestra en la Tabla 28:

Tabla 28. Reparto de la puntuación en el apartado “lenguaje figurado”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Etiqueta</th>
<th>Puntuación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Expresión fija</td>
<td>FE.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Extensor</td>
<td>EXT.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Metonimia</td>
<td>METO.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Metáfora</td>
<td>META.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Expresión retórica</td>
<td>EXP.OK</td>
<td>0,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Al igual que en los casos anteriores, si alguno de las personas informantes no utilizó alguno de los tipos de lenguaje figurado, no se le concedió la puntuación correspondiente.

10. **Cortesía**: como en los primeros apartados, la puntuación en este caso se otorgó transformando el porcentaje de etiquetas CORT.OK (cortesía correcta) en una puntuación sobre 1.

11. **Informatividad**: en esta parte se transformó el porcentaje de respuestas preferidas relevantes (PREF.REL) en una puntuación sobre 1.

12. **Topicalidad**: para este apartado se tomó el porcentaje de respuestas preferidas, es decir la suma de PREF.REL (preferidas relevantes), PREF.INC (preferidas incompletas) y PREF.GEN (preferidas generales) y se transformó la puntuación sobre 1.
13. **Alternancia de turnos:** aquí se calculó el porcentaje de preguntas respondidas (todas menos NPREF.NREP) y se adaptó a una puntuación sobre 1.

14. **Competencia estratégica:** en este apartado se sumó el número de respuestas PREF.REL (preferidas relevantes) al de las respuestas consideradas como estratégicas (PREF.INCM, PREF.GEN, NPREF.IRO, NPREF.REQ, NPREF.REP, NPREF.DEF) y se adaptó el porcentaje resultante a una puntuación sobre 1.

Con el objetivo de comprobar cómo afecta el grado de deterioro cognitivo a cada uno de estos elementos de análisis, tras obtener la puntuación sobre 1 de cada persona informante en cada apartado se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, que se emplea para medir la relación lineal entre dos variables y está especialmente indicado cuando dos variables son de naturaleza cuantitativa (Murgiondo & Tejedor 2005). Por último, se calculó también el coeficiente de determinación ($R^2$), que indica el porcentaje de la variabilidad de los datos que surge de la asociación entre dos variables (Pita Fernández & Pértega Díaz 1997). Esto nos permitió comprobar en qué medida puede el grado de deterioro cognitivo predecir cuán dañado está cada uno de los elementos del protocolo.
SEGUNDA PARTE. Resultados de la investigación
CAPÍTULO 5. Protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva

En este capítulo se expone el protocolo de coherencia pragmático-discursiva, que es el principal resultado de esta tesis. Se divide en dos partes: en primer lugar, presentaremos la versión piloto; en segundo lugar, proseguiremos con la versión definitiva. Dentro de esta última parte comentaremos los resultados de la prueba de fiabilidad; a seguir, presentaremos los resultados de validez y finalizaremos con una reflexión sobre su adecuación para ser empleado en el ámbito clínico.

5.1. Versión piloto

Puesto que en la actualidad el deterioro cognitivo causado por la demencia no es reversible, es esencial que las personas que trabajan con personas que padecen esta enfermedad dispongan de medios que les permitan identificar qué capacidades cognitivas se encuentran preservadas y así poder diseñar terapias adecuadas para ayudar a minimizar el avance de la enfermedad el máximo tiempo posible. A partir de esta realidad, el protocolo piloto de evaluación de coherencia pragmático-discursiva fue concebido con el objetivo de servir de herramienta de análisis para detectar cuáles de los elementos pragmáticos relacionados con la emisión y recepción del discurso de forma coherente han sido deteriorados a causa del avance de la enfermedad y, sobre todo, cuáles se encuentran preservados.

La versión piloto del protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva, principal aportación de esta tesis, fue elaborada a partir del modelo teórico expuesto en §2.1.3. Para ello, nos basamos en todo momento en las pautas que obtuvimos a través de la encuesta previa, expuestas en §4.1.1. Es conveniente resaltar que esta versión fue concebida como un trabajo preliminar con el que poder realizar un análisis de la coherencia pragmático-discursiva de una informante que nos permitiese detectar los errores y conformar así la versión definitiva; es decir, se trataba de una herramienta de análisis creada para uso interno, por lo que el formato no fue adaptado para su uso por parte de otros profesionales.

El protocolo piloto consta de dos partes. La primera consiste en un formulario para establecer los perfiles personal y neuropsicológico de la persona que se va a evaluar, de modo que el evaluador cuente con información previa en la que poder basarse. La parte
De datos personales debe ser provista por el familiar o la persona a cargo del enfermo. En lo que respecta al perfil neuropsicológico, debe ser cubierto por personal cualificado que vaya a hacer la evaluación. Puesto que normalmente este personal ya recoge esta información independientemente del análisis lingüístico, en el caso de este protocolo, simplemente proveemos un ejemplo de los datos que puedan ser de interés, para disponer de una plantilla con la que guíarnos, pero no pretendemos que el personal se adapte a él. Esta primera parte del protocolo, que se expone en la Tabla 29, ha sido la empleada para recopilar los perfiles neuropsicológicos de las personas que han participado en este estudio. Estos formularios se han adjuntado con este trabajo como Anexo IX.

Tabla 29. Primera parte del protocolo: datos personales y perfil neuropsicológico.

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS PERSONALES</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre:</td>
<td>Estudios:</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento:</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento:</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS HISTÓRICOS</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INFANCIA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
<td>Nombre de la madre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos y hermanas (nº y nombres):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Escuelas:</td>
<td>Aficiones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amistades:</td>
<td>Otras memorias:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
<td>Relacione(s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Aficiones:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MADUREZ</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de boda:</td>
<td>Aficiones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nº de hijos e hijas:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con descendientes:</td>
<td>Destino de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PERFIL NEUROPSICOLÓGICO</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Diagnóstico clínico:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS actual:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gnosias:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Praxias:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memoria:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Memoria a corto plazo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Memoria a largo plazo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.1. Memoria episódica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.2. Memoria semántica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.3. Memoria de procedimiento</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Orientación:
1. Temporal
2. Espacial
3. Personal

Capacidades sensoriales:

Atención:
1. Sostenida
2. Selectiva
3. Alternante
4. Dividida

Funciones ejecutivas:
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

TRASTORNOS CONDUCTUALES\textsuperscript{13}
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979)

La segunda parte del protocolo, que aborda la cuestión lingüística, constituye la aportación metodológica de esta tesis. La hemos dividido en dos secciones, una central y otra secundaria. En la central, denominada “Deficits pragmático-discursivos”, se incluye el análisis de coherencia pragmático-discursiva; en la secundaria, bajo el nombre “Otros déficits del lenguaje”, se facilitan la identificación de posibles problemas en otros niveles del lenguaje (fonética, sintaxis, morfología, semántica, comprensión, lectura...). La Tabla 30 muestra la segunda parte del protocolo piloto.

\textsuperscript{13} Los test de evaluación que se proponen en este capítulo son las herramientas que se emplean con más asiduidad en las asociaciones con las que hemos trabajado, pero solo se proponen como ejemplo. Lógicamente, pueden ser sustituidos por aquellos con los que el personal esté más familiarizado o considere más apropiados.
Tabla 30. Segunda parte del protocolo: déficits pragmático-discursivos y lingüísticos.

<table>
<thead>
<tr>
<th>DEFÍCITS PRAGMÁTICO-DISCURSIVOS</th>
<th>1. CONTEXTO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>-Lugar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva (1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva parcialmente (0,5)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-No conserva (0)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Participantes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) Roles comunicativos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva parcialmente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-No conserva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Roles sociales</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva parcialmente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-No conserva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c) Conocimiento compartido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-Conserva parcialmente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-No conserva</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 2. COHESIÓN                       |             |
| A. Temporal                      |             |
|   -Conserva                      |             |
|   -Conserva parcialmente         |             |
|   -No conserva                   |             |
| B. Causal                        |             |
|   -Conserva                      |             |
|   -Conserva parcialmente         |             |
|   -No conserva                   |             |
| C. Léxica                        |             |
|   -Conserva                      |             |
|   -Conserva parcialmente         |             |
|   -No conserva                   |             |
| D. Referencial                   |             |
|   -Conserva                      |             |
|   -Conserva parcialmente         |             |
|   -No conserva                   |             |

| 3. ACTOS DE HABLA                |             |
| 4. INFERENCIAS                  |             |
| 5. PRESUPOSICIONES              |             |
| 6. LENGUAJE FIGURADO            |             |
| 7. CORTESÍA                     |             |
| 8. INFORMATIVIDAD               |             |
En la sección central se incluyen 10 apartados, uno para cada uno de los factores clave en el procesamiento pragmático propuestos en nuestro modelo teórico: contexto, cohesión, actos de habla, inferencias, presuposiciones, lenguaje figurado, cortesía, informatividad, competencia estratégica y topicalidad. Con el objetivo de abordar la dimensión contextual en toda su complejidad, partimos del esquema contextual básico de van Dijk (2012) con los apartados siguientes: lugar y participantes; dentro de esta última categoría, se diferencian roles comunicativos, roles sociales y conocimiento compartido. En lo que respecta a la cohesión, se distinguieron los apartados temporal, causal, léxica y referencial.

La herramienta está pensada para su aplicación en interacciones relativamente espontáneas, es decir, no debe estar guiada por un test. En investigaciones previas (Varela Suárez en prensa), se ha determinado que las personas con demencia producen un discurso más elaborado cuando relatan sus experiencias personales que cuando se enfrentan a otras tareas narrativas como por ejemplo la descripción de imágenes o la narración de un vídeo. Así, lo ideal es aplicar este protocolo mientras se mantiene una conversación distendida sobre la vida de la persona entrevistada. Por ejemplo, estas son algunas de las preguntas que hemos empleado en nuestra investigación:

- ¿Dónde nació? ¿Dónde vive? ¿Le gusta la zona dónde vive?
- ¿Le gusta el cine? ¿Le gusta leer? ¿Le gusta cocinar? ¿Le gustan los deportes?
• ¿De qué trabajo? ¿Le gustaba su trabajo? ¿Qué tareas hacía?
• ¿Cuántos hijos tiene? ¿Cómo se llama? ¿Se reúnen mucho en familia?¹⁴

_Evaluación de resultados_

En la sección de coherencia pragmático-discursiva, que es la fundamental en este trabajo, se siguió el sistema propuesto por Brandão et al. (2013) y se decidió asignar un punto a cada uno de los elementos clave, de forma que en los casos de total preservación el informante recibe 1 punto, si está parcialmente preservado 0.5 y si está deteriorado 0. Esta selección se realizará en base a la frecuencia del uso correcto de cada una de estas habilidades. Así, cuando en todos o en la mayoría de los casos la persona entrevistada sea capaz de resolver de forma solvente lo que plantea el protocolo marcaremos “preservado”; cuando en ocasiones el uso es correcto, pero puntualmente aparecen errores escogeremos “parcialmente preservado”; en el caso de que la mayoría de las veces la persona entrevistada no sea capaz de hacer uso de esta habilidad pragmática seleccionaremos “no preservado.” A cada uno de estos apartados se le asignó 1 punto, excepto en los casos de contexto y cohesión, que recibieron un total de 4 puntos, pues, tal y como justificamos en §2.1.3., se trata de elementos fundamentales en la coherencia pragmático-discursiva y, por tanto, deben tener más peso que el resto de los elementos. En total, el conjunto de los apartados suma 16 puntos.

_Prueba del protocolo piloto_

Una vez constituida la versión piloto, se procedió a aplicarla al análisis de la coherencia pragmático-discursiva de IO.¹⁵ La versión completa de los resultados de esta aplicación se puede consultar en nuestro trabajo previo Varela Suárez (2017b). Sin embargo, por una cuestión de pertinencia, en este apartado nos limitaremos a resaltar las conclusiones más relevantes de este trabajo y las reflexiones sobre los cambios que efectuamos para llegar a la versión final.

¹⁴ La lista completa de las preguntas que hemos empleado para elicitar este discurso la hemos presentado en §4.2.2.
¹⁵ Los datos de la informante y la metodología empleada para este análisis se explicitan en §4.1.2.
En febrero de 2015, IO mostraba que en su discurso se encontraban preservadas la cohesión temporal y referencial, el lenguaje figurado y la informatividad; además, la capacidad para integrar la información espacial, los roles comunicativos, los roles sociales, la cohesión causal y léxica, los actos de habla, las inferencias, la cortesía, la topicalidad y la competencia estratégica se encontraban parcialmente preservados; sin embargo, el conocimiento compartido y las presuposiciones se encontraban deteriorados. En septiembre de 2015, esto es, siete meses después, la cohesión temporal y la referencialidad se mantenían preservadas, pero la informatividad y el lenguaje fugurado pasaron a estar parcialmente preservados; los roles comunicativos, los actos de habla y la competencia estratégica se mantuvieron parcialmente preservados, pero los roles sociales, la cohesión causal y léxica, las inferencias y la topicalidad pasaron de estar parcialmente preservadas a deterioradas. Es de destacar el caso de la cortesía lingüística, que pasó de parcialmente preservada a preservada. La Tabla 31 muestra los resultados que obtuvo IO en la evaluación de coherencia pragmático-discursiva del protocolo piloto.

Tabla 31. Resultados de IO en la evaluación de coherencia pragmático-discursiva del protocolo piloto.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Factores pragmático-discursivos</th>
<th>Puntuación 8/02</th>
<th>Puntuación 22/09</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lugar</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Participantes</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Roles comunicativos</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Roles sociales</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Conocimiento compartido</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Cohesión</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Temporal</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Causal</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Léxica</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Referencial</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Actos de habla</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Inferencias</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Presuposiciones</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Lenguaje figurado</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Cortesía</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Informatividad</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Topicalidad</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Competencia estratégica</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
<td><strong>9,5</strong></td>
<td><strong>6</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
De este modo, la puntuación total se redujo de 9,5 en febrero a 6 en septiembre de 2015, lo que implica una evolución de un déficit de coherencia leve a un déficit de coherencia moderado. La Gráfica 1 muestra la diferencia en la puntuación de IO entre los siete meses durante los que se realizó la prueba piloto.

El hecho de que este declive en la coherencia pragmático-discursiva fuese paralelo al aumento del grado de deterioro cognitivo, que paso de ser un GDS-5 a un GDS-6, junto con toda la información útil sobre los problemas discursivos de IO que nos proporcionó la herramienta, nos permitió determinar que estábamos en el buen camino hacia la versión definitiva del protocolo analítico. Sin embargo, durante la aplicación el protocolo piloto detectamos que era conveniente llevar a cabo los siguientes cambios:

- Eliminación de la parte de evaluación general del lenguaje. Los niveles fonológico, morfológico, semántico, sintáctico y los otros elementos de estudios de esta parte se analizan de forma transversal en los otros apartados. Además, el análisis detallado de todos estos elementos fue muy costoso en términos temporales, lo que incumplía las premisas de ser una herramienta sencilla cuya aplicación conllevase poco tiempo.

- Restructuración del apartado contexto. Uno de los primeros aspectos que llamó nuestra atención durante el análisis del discurso de IO fue que no habíamos incluido el análisis del uso de las referencias de tiempo como elemento contextual, cuando en la práctica sí que es un elemento dependiente del contexto: nuestras referencias temporales serán correctas si sabemos ubicarnos temporalmente en el momento de emitir nuestros enunciados. De este modo, creamos el subapartado “escenario”, constituido por los elementos “lugar” y “tiempo”. Además, en un comienzo no incluimos el análisis de alternancia de turnos por ser redundante con el apartado de roles comunicativos. Sin embargo, al analizar el discurso de IO sí que consideramos que alternancia de turnos debía ser un apartado
propio y que este no debía considerarse como configuración contextual, sino
constituir un apartado per se. Por lo tanto, en la versión definitiva eliminamos “roles
comunicativos” del apartado “contexto” y creamos el apartado “alternancia de
turnos”.

- Restructuración del apartado de cohesión. En este caso consideramos necesario
reestructurar prácticamente todo el apartado. En primer lugar, eliminamos “cohesión
temporal”, pues al añadir el apartado “tiempo” en contexto resultaba redundante.
Además, la clasificación “causal” resultaba demasiado restrictiva y dejaba fuera
muchos mecanismos de conjunción, por lo que consideramos adecuado seguir las
pautas de análisis de cohesión propuestas por De Santi et al. (1994), que siguieron la
clasificación de mecanismos primarios de cohesión propuestos por Halliday & Hasan
(1976) para su revisión de la cohesión en el discurso de personas con EA. Así, de los
cinco mecanismos primarios que proponen el autor y la autora (cohesión léxica,
conjunción, referencialidad, sustitución y elipsis), tomamos los cuatro primeros tal
y agrupamos sustitución y elipsis en un único apartado bajo la etiqueta
“sustitución”. Esto se debe a que, tal y como explicamos en §2.1.3., a pesar de ser un
mecanismo de cohesión primario per se, la elipsis consiste en la “sustitución por
cero”, por lo que no resulta inadecuado estudiarla bajo el paraguas de este término.

- Eliminación del apartado “actos de habla”. Al igual que sucedía con el análisis general
del lenguaje, el estudio de los actos de habla era demasiado costoso en términos
temporales como para ser introducido en una herramienta de análisis instantáneo.
Además, el análisis resultaba redundante por tratarse de un elemento transversal a
todos los otros que figuran en el protocolo. Dado que toda comunicación está
constituida por actos de habla, al estudiar los otros elementos del protocolo
estaremos realizando también un análisis a este nivel.
5.2. Versión definitiva

La propuesta final del protocolo de coherencia pragmático-discursiva requeriría que, además de los cambios de contenido señalados en el apartado anterior, realizásemos una adaptación del formato de modo que dejase de ser una herramienta opaca para profesionales de otros campos. Así, dentro de cada apartado incluimos una breve explicación de cada uno de los elementos de análisis junto con un ejemplo, con el objetivo de despejar las posibles dudas que puedan surgir al terapeuta que lo quiera aplicar.

Debido a las razones que hemos expuesto en §4.1.3. decidimos desarrollar dos versiones del protocolo definitivo: una ampliada, que cubre minuciosamente todos los apartados que consideramos parte de la coherencia pragmático-discursiva y una versión reducida, más general y por lo tanto más rápida y fácil de aplicar. De este modo, la versión ampliada del protocolo, que se muestra en la Tabla 32, cuenta con los apartados: (1) contexto, dividido en lugar, tiempo, roles sociales y conocimiento compartido, (2) cohesión, dividido en referencialidad, sustitución, cohesión léxica y marcadores discursivos, (3) inferencias, (4) presuposiciones, (5) lenguaje figurado, (6) cortesía, (7) informatividad, (8) topicalidad, (9) alternancia de turnos y (10) competencia estratégica. Al igual que en la versión piloto, cada uno de estos apartados se evalúa con 1 punto si la habilidad está preservada, 0,5 si está parcialmente preservada y ninguno en caso de estar deteriorada.

Tabla 32. Protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva (versión ampliada).

<table>
<thead>
<tr>
<th>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE COHERENCIA DISCURSIVA</th>
<th>VERSIÓN EXTENSA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. CONTEXTO</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Escenario A. Lugar</td>
<td>✓ La persona entrevistada expresa a través de su discurso que sabe en qué lugar se encuentra.</td>
</tr>
<tr>
<td>B. Tiempo</td>
<td>✓ Expresa a través de su discurso que sabe qué hora y fecha es y cuántos años tiene.</td>
</tr>
<tr>
<td>C. Roles sociales</td>
<td>✓ Reconoce el rol de su interlocutor/a y se comunica con él o ella como tal. Es capaz de dirigirse de forma diferente a un/a terapeuta, a una persona desconocida y/o a una amistad o a un familiar.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

164
<table>
<thead>
<tr>
<th>D. Conocimiento compartido</th>
<th>✓</th>
<th>Recuerda qué información conoce su interlocutor/a. No repite información ya conocida, ni introduce información nueva sin contextualización previa.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ Sí</td>
<td>☐ Parcialmente</td>
<td>☐ No</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. COHESIÓN

A. Referencialidad

✓ Utiliza pronombres, demostrativos y comparativos con un referente previo o posterior claro.

Ej. *Mi hermano* está delgado. **Él** puede comer lo que quiera y no engorda.

✓ Comprende los enunciados en los que un nombre ha sido sustituido por un pronombre, demostrativo o comparativo.

☑ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |

B. Sustitución

✓ Emplea mecanismos de sustitución de nombres, verbos y frases correctamente. Emplea mecanismos de elipsis sin problema.

Ej. *No tengo móvil. Me gustaría comprar uno.*

Mi hija es muy buena. *(Mi hija) Siempre me lleva de paseo.* (Elipsis)

✓ Comprende los enunciados en los que un nombre, verbo o frase ha sido sustituido por otro u omitido.

☐ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |

C. Cohesión Léxica

✓ Usa sinónimos y repeticiones de los sustantivos para que su interlocutor/a pueda seguir su relato.


✓ Comprende el uso de los sinónimos cuando se le está relatando algo.

☐ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |

D. Marcadores discursivos

✓ Recurre a marcadores textuales (*además, porque, pero, para que...*), que facilitan al interlocutor/a seguir su relato.

✓ Comprende el significado de los marcadores textuales en el relato del entrevistador/a.

☐ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |

3. INFERENCIAS

✓ Es capaz de introducir sentido no literal en sus enunciados.

Ej. –*¿Qué hora es?* –Acaba de cerrar la tienda. (La tienda siempre cierra a las diez, por lo tanto son cerca de las diez).

✓ Es capaz de extraer el sentido no literal de los enunciados.

☐ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |

4. PRESUPOSICIONES

✓ Es capaz de elegir no incluir información que se puede obtener del contexto en sus enunciados.

Ej. *No sé si mi hijo aprobará el examen.* Presusposiciones: Esta persona tiene un hijo. Su hijo tiene un examen. La persona duda si va a aprobar el examen.

✓ Es capaz de comprender los enunciados sin que sea añada explícitamente dicha información contextual.

☐ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |

5. LENGUAJE FIGURADO

✓ Emplea lenguaje figurado como frases hechas, metáforas y/o sarcasmo e ironía.

Ej. –*Deberías trabajar más.* –¡Le dijo la sortén al cazo!*

✓ Es capaz de comprender el lenguaje figurado.

☐ Sí | ☐ Parcialmente | ☐ No |
6. **CORTESÍA**  
✓ Intenta no imponer su voluntad sobre su interlocutor/a.  
✓ Procura que su interlocutor/a se sienta bien durante la conversación.  

7. **INFORMATIVIDAD**  
✓ Introduce temas nuevos, no repite información y es capaz de seleccionar qué información es adecuada en cada momento.  
✓ Es capaz de reaccionar adecuadamente a información que no conoce.  

8. **TOPICALIDAD**  
✓ Es capaz de continuar con los temas de conversación de forma ordenada y con respuestas pertinentes.  
✓ Es capaz de seguir los cambios de tema que plantea su interlocutor/a.  

9. **ALTERANCIAC DE TURNO**  
✓ Es capaz de seguir el intercambio de turnos de conversación correctamente.  
No interrumpe la conversación constantemente, no produce largas pausas injustificadas y responde a la comunicación.  

10. **COMPETENCIA ESTRATÉGICA**  
✓ Es capaz de emplear recursos que le ayuden a continuar con la conversación cuando el déficit cognitivo no se lo permite (pide información sobre el tema para ganar tiempo, vuelve a temas con los que se siente más cómodo/a, reconoce que no es capaz de contestar debido al déficit...)

En el caso de la versión reducida del protocolo el reparto de puntos varía en dos de los apartados. En el caso de la cohesión, desaparecen los subapartados (referencialidad, sustitución, cohesión léxica y conjunción) y se conforma un apartado único que pasa a valer 4 puntos en el caso del “sí” y 2 puntos en el caso de “parcialmente”. El segundo cambio es que hemos eliminado los apartados “inferencias” y “presuposiciones”. Esto se debe a que cuando preguntamos a las personas que aplicaron el protocolo al vídeo de I22 para la prueba de validez, nos comunicaron que estos dos apartados eran los que les había costado más entender y más tiempo evaluar. Dado que al igual que sucede con los actos del habla, de algún modo estos elementos están presentes de forma transversal en el análisis de otros elementos (como conocimiento compartido, informatividad o cortesía), decidimos eliminarlos de la versión reducida y que permanezcan únicamente en la versión extendida. De este modo, las personas que deseen obtener información lingüística más específica pueden recurrir a la versión extendida y aquellas que prefieran una evaluación rápida o su uso en ámbito clínico pueden optar por la reducida. La Tabla 33 muestra la versión reducida del protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva.
### TABLA 33. Protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva (versión reducida).

<table>
<thead>
<tr>
<th>PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE COHERENCIA DISCURSIVA VERSIÓN REDUCIDA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>1. CONTEXTO</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Escenario</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A. Lugar</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ La persona entrevistada expresa a través de su discurso que sabe en qué lugar se encuentra.</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Sí (1 punto) √ Parcialmente (0,5) □ No (0)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B. Tiempo</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Expresa a través de su discurso que sabe qué hora y fecha es y cuántos años tiene.</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Sí (1) □ Parcialmente (0,5) □ No (0)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C. Roles sociales</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Reconoce el rol de su interlocutor/a y se comunica con él o ella como tal. Es capaz de dirigirse de forma diferente a un/a terapeuta, a una persona desconocida y/o a una amistad o a un familiar.</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Sí (1) □ Parcialmente (0,5) □ No (0)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>D. Conocimiento compartido</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Recuerda qué información conoce su interlocutor/a. No repite información ya conocida, ni introduce información nueva sin contextualización previa.</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Sí (1) □ Parcialmente (0,5) □ No (0)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2. COHESIÓN</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Emplea y comprende correctamente mecanismos de cohesión como por ejemplo la sustitución de palabras por pronombres, sinónimos, palabras afines o mecanismos de elipsis.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej. <em>Mi hermano</em> está delgado. <em>Él</em> puede comer lo que quiera y no engorda.</td>
</tr>
<tr>
<td><em>Mi perro</em> duerme mucho. <em>Es un animal</em> muy tranquilo.</td>
</tr>
<tr>
<td><em>Mi hijo</em> es muy bueno. <em>(Mi hijo) Siempre me lleva de paseo.</em> <em>(Ellipsis)</em></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ No utiliza la sustitución por pronombres sin un referente claro.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej. <em>Me gusta vivir en Vigo. Ella me trata muy bien.</em></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Recurre a marcadores textuales (<em>además, porque, pero, para que</em>...), que facilitan al interlocutor/a seguir su relato y comprende los que emplea su interlocutor.</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Sí (4 puntos) □ Parcialmente (2) □ No (0)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>3. LENGUAJE FIGURADO</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Es capaz de introducir sentido no literal en sus enunciados.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej. <em>-¿Qué hora es? –Acaba de cerrar la tienda.</em> <em>(La tienda siempre cierra a las diez, por lo tanto son cerca de las diez)</em>.</td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Emplea lenguaje figurado como frases hechas, metáforas y/o sarcasmo e ironía.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ej. <em>-Deberías trabajar más. –¡Le dijo la sartén al cazo!</em></td>
</tr>
<tr>
<td>✔ Es capaz de comprender el sentido no literal de los enunciados.</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Sí (3 puntos) □ Parcialmente (1,5) □ No (0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. CORTESÍA
✓ Intenta no imponer su voluntad sobre su interlocutor.
✓ Procura que su interlocutor se sienta bien durante la conversación.

5. INFORMATIVIDAD
✓ Sus enunciados son comprensibles. Introduce temas nuevos, no repite información y es capaz de seleccionar qué información es adecuada en cada momento.
✓ Es capaz de reaccionar adecuadamente a información que no conoce.

6. TOPICALIDAD
✓ Es capaz de seguir con los temas de conversación de forma ordenada y con respuestas pertinentes.
✓ Es capaz de seguir los cambios de tema que plantea el entrevistador.

7. ALTERNANCIA DE TURNOS
✓ Es capaz de seguir el intercambio de turnos de conversación correctamente.
   No interrumpe la conversación constantemente, no produce largas pausas injustificadas y responde a la comunicación.

8. COMPETENCIA ESTRATÉGICA
✓ Es capaz de emplear recursos que le ayuden a continuar con la conversación cuando el déficit cognitivo no se lo permite (pide información sobre el tema para ganar tiempo, vuelve a temas con los que se siente más cómodo/a, reconoce que no es capaz de contestar debido al déficit...)

Para completar nuestra propuesta, proponemos que la puntuación resultante de la suma de cada uno de estos apartados se considere dentro de una escala de deterioro de coherencia pragmático-discursiva. Distinguiemos los cuatro perfiles siguientes: (i) ausencia de déficit de coherencia (puntuación en el intervalo de 12-16 puntos en la versión extendida y 10,5-14 en la reducida); (ii) déficit de coherencia leve (8-12 puntos en la extendida y 7-10,5 en la reducida); (iii) déficit de coherencia moderado (4-8 puntos en la extendida y 3,5-7 en la reducida); (iv) déficit de coherencia severo (0-4 punto en la extendida y 0-3,5 en la reducida). La Figura 10 muestra de forma gráfica las equivalencias en la escala de coherencia de la puntuación en la versión extendida.
La Figura 11 indica la equivalencia en la escala de coherencia de la puntuación obtenida en la versión reducida:

Por último, puesto que se trata de una herramienta que introduce conceptos poco habituales en el ámbito clínico, con el objetivo de facilitar su uso hemos decidido acompañarla de un manual de uso en el que se explica en detalle cada uno de los
elementos y se incluye una tabla con ejemplos de su aplicación. Dicho documento se encuentra adjunto en esta tesis como Anexo II.

**Fiabilidad**

Antes de dar por válida la versión final del protocolo y proceder al análisis detallado, se decidió comprobar si se trataba de un instrumento fiable. Para ello se envió el vídeo de la informante I22 a las mismas asociaciones a las que se había realizado la encuesta previa y se les pidió que cubriesen la versión extendida del protocolo mientras lo veían, pero tan solo se recibió una respuesta. Por no ser suficiente, se pidió ayuda a 3 terapeutas que trabajan en la AFAGA Vigo, que rápidamente accedieron a colaborar. De este modo, en total contamos con 5 evaluadores, contando con la autora de esta tesis, que se muestran en la Tabla 34.

Tabla 34. Puntuaciones de los evaluadores al vídeo de la informante I22.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Elemento</th>
<th>Ev. 1</th>
<th>Ev. 2</th>
<th>Ev. 3</th>
<th>Ev. 4</th>
<th>Ev. 5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lugar</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Tiempo</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Roles sociales</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Conocimiento compartido</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Referencialidad</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sustitución</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Cohesión léxica</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Conjunción</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Inferencias</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Presuposiciones</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lenguaje figurado</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Cortesía</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Informatividad</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Topicalidad</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternancia de turnos</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Competencia estratégica</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
<td>14</td>
<td>13</td>
<td>8</td>
<td>13,5</td>
<td>11,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Como se observa en la Tabla 34, la puntuación total de tres de los evaluadores (ev.1: 14, ev.2: 13; ev.4.: 13,5) fue semejante, mientras que la de los otros dos se desvía de este resultado (ev.3: 8; ev.5: 11,5). La principal razón para esta diferencia puede radicar en la formación profesional de la persona que realiza la evaluación, puesto que los evaluadores 1, 2 y 4 han recibido formación específica en trastornos del lenguaje, el evaluador 3 no y en el caso del evaluador 5 se desconoce. Aparte de esto, para tener una visión más
objetiva de la fiabilidad, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha=0.845$), que de acuerdo con George & Mallery (2003) implica un valor de fiabilidad bueno.

**Validez**

Además de la fiabilidad, también buscamos comprobar si el protocolo se puede aplicar de manera rápida en un ámbito de evaluación clínica de forma que los resultados sean representativos de la realidad. Para ello, tal y como se explica en detalle en §4.2, decidimos recopilar un corpus para contrastar los resultados entre lo que denominamos la aplicación “rápida” por parte de la autora de esta tesis, es decir, la realizada in situ mientras veía cada vídeo por primera vez y la aplicación “detallada”, que es la resultante de la anotación del corpus.

El parámetro estadístico que se empleó para esta parte fue de nuevo el Alpha de Cronbach, para el cual el resultado fue $\alpha=0.972$, lo que de acuerdo con George & Mallery implica un valor de fiabilidad excelente. En total, la media de las diferencias de puntos entre las dos aplicaciones fue de 1,12 puntos sobre 14. En concreto, los apartados en los que hubo más diferencia de media entre los resultados fueron los de sustitución, marcadores discursivos y topicalidad (0,22 puntos sobre 1) y en los que menos fue en alternancia de turnos (0,03), roles sociales (0,09) y cortesía (0,1). En la Tabla 35 se muestran los resultados obtenidos por cada informante en las dos aplicaciones del corpus para cada uno de los apartados del protocolo.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>0,16</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,67</td>
<td>0,5</td>
<td>0,78</td>
<td>0,5</td>
<td>0,3</td>
<td>0,63</td>
<td>0,7</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>0,18</td>
<td>0</td>
<td>0,29</td>
<td>0</td>
<td>0,28</td>
<td>0,5</td>
<td>0,51</td>
<td>0,64</td>
<td>0,5</td>
<td>0,83</td>
<td>0,5</td>
<td>0,58</td>
<td>0,97</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,25</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,25</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,82</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>0,42</td>
<td>0,69</td>
<td>0,5</td>
<td>0,05</td>
<td>0,35</td>
<td>0,5</td>
<td>0,86</td>
<td>1,64</td>
<td>0,5</td>
<td>0,8</td>
<td>0,5</td>
<td>0,77</td>
<td>0,98</td>
<td>0,1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>0,6</td>
<td>0,25</td>
<td>0,5</td>
<td>0,29</td>
<td>0,42</td>
<td>0,5</td>
<td>0,78</td>
<td>0,63</td>
<td>0,5</td>
<td>0,4</td>
<td>0,5</td>
<td>0,7</td>
<td>1</td>
<td>1,05</td>
<td>0,99</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>0,21</td>
<td>0,43</td>
<td>0</td>
<td>0,05</td>
<td>0,0</td>
<td>0,51</td>
<td>0,38</td>
<td>0,63</td>
<td>0,5</td>
<td>0,89</td>
<td>0,5</td>
<td>0,22</td>
<td>0,97</td>
<td>0,32</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>0,85</td>
<td>0,89</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,79</td>
<td>0,5</td>
<td>0,87</td>
<td>1</td>
<td>0,6</td>
<td>0,7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>0,44</td>
<td>0,5</td>
<td>0</td>
<td>0,81</td>
<td>0</td>
<td>0,85</td>
<td>1</td>
<td>0,79</td>
<td>0,5</td>
<td>0,81</td>
<td>1</td>
<td>0,6</td>
<td>0,7</td>
<td>0,96</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>0,91</td>
<td>0,92</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,96</td>
<td>0,5</td>
<td>0,73</td>
<td>1,61</td>
<td>0,1</td>
<td>0,93</td>
<td>0,91</td>
<td>0,99</td>
<td>1</td>
<td>0,97</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>0,95</td>
<td>0,84</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,58</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,75</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>0,94</td>
<td>0,97</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,38</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>0,98</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>1</td>
<td>0,98</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>0,7</td>
<td>0,77</td>
<td>1</td>
<td>0,67</td>
<td>0,5</td>
<td>0,17</td>
<td>0</td>
<td>0,94</td>
<td>0,5</td>
<td>0,65</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>0,74</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>0,77</td>
<td>0,88</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,52</td>
<td>1</td>
<td>0,79</td>
<td>0,58</td>
<td>1</td>
<td>0,6</td>
<td>0,7</td>
<td>0,97</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>0,96</td>
<td>0,98</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,68</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,71</td>
<td>0,98</td>
<td>0,9</td>
<td>0,9</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,74</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>1</td>
<td>1,07</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,24</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>0,75</td>
<td>0,99</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,69</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>0,91</td>
<td>0,88</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,91</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,85</td>
<td>0,85</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>0,94</td>
<td>0,67</td>
<td>0,5</td>
<td>1</td>
<td>1,089</td>
<td>0,5</td>
<td>0,6</td>
<td>0,48</td>
<td>0,6</td>
<td>0,6</td>
<td>0,3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
<td>0,32</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>1</td>
<td>1,03</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,97</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,1</td>
<td>0,81</td>
<td>0,5</td>
<td>0,1</td>
<td>0,6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>0,99</td>
<td>0,89</td>
<td>1</td>
<td>0,24</td>
<td>0,5</td>
<td>0,81</td>
<td>1</td>
<td>1,75</td>
<td>0,98</td>
<td>0,9</td>
<td>0,9</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,95</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>0,83</td>
<td>0,86</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,23</td>
<td>0,5</td>
<td>0,59</td>
<td>0,99</td>
<td>0,9</td>
<td>0,6</td>
<td>0,7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,61</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>0,93</td>
<td>0,9</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,84</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,74</td>
<td>0,8</td>
<td>0,7</td>
<td>0,99</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,86</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla 35. Resultados obtenidos por los informantes en los apartados en la aplicación detallada y rápida.
Valoración del personal a cargo de las terapias cognitivas

Por último, los resultados obtenidos en el cuestionario final nos dan más pautas para comprobar cuáles han sido los aciertos de este protocolo y cuáles son los aspectos en los que nos debemos centrar en el futuro para perfeccionar la herramienta. Para ello, tal y como explicamos en detalle en §4.1.4. se diseñó un cuestionario para que las personas a cargo de realizar las evaluaciones de los trastornos del lenguaje en las asociaciones valorasen el protocolo y se envió a las 27 asociaciones que habían respondido la encuesta inicial. En total, este nuevo formulario fue cubierto por 9 profesionales, lo que constituye un porcentaje de respuesta del 29,6%. En las líneas que siguen resumiremos las conclusiones generales que extrapolamos de las encuestas. Los resultados se pueden observar al completo en el Anexo III.

En primer lugar, preguntamos a las personas que participaron cuál era su perfil profesional y obtuvimos que un 55,5% tenía estudios en psicología, un 33,3% en trabajo social y un 11,1% en terapia ocupacional. En lo que respecta a la valoración del protocolo, en general el feedback de las asociaciones fue positivo. Los participantes debían valorar del 1 al 5 (1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo) distintas afirmaciones sobre el protocolo y los resultados fueron los siguientes:

- Es una herramienta sencilla de utilizar. La puntuación fue una media de 3,8 para la versión extensa y 4 para la versión reducida.
- La cantidad de tiempo que necesito para cubrirlo es razonable. Los participantes otorgaron un 3,7 de media a la versión extensa y 4 a la versión reducida.
- Se adecua a todos los estadios de la enfermedad. En este caso la versión extensa recibió 3,3 puntos y la versión reducida 3,4.
- Se adapta a diferentes niveles culturales. Aquí la versión extensa obtuvo 4,1 puntos y la reducida 4,3.
- Cumple con su función como herramienta de evaluación de coherencia pragmático-discursiva. En esta pregunta la puntuación fue de 4,4 para la versión extensa y 4,2 para la reducida.
- Me proporciona información útil. La puntuación fue de 4,6 puntos para la versión extensa y 4,3 para la reducida.

En la Gráfica 2 se muestra ver esta información representada gráficamente.
Aparte de esto, también se le preguntó a los profesionales si consideraban que los apartados explicaban claramente qué era lo que se debía evaluar y a este respecto el 100% indicó que sí tanto para la versión extensa como para la reducida. Asimismo, les pedimos que emitiesen una evaluación general de la herramienta con sus propias palabras y las respuestas fueron las que siguen:16

- “Buena presentación, fácilmente entendible para el entrevistador y aplicable.”
- “Se cubre de una forma sencilla en el marco de una conversación cotidiana sobre gustos, aficiones, etc. Recomendable, nos aporta información completa sobre el lenguaje de la persona y sus posibles problemas.”
- “Es difícil valorar las referencias lingüísticas en una persona con un deterioro moderado o grave, ya que la capacidad de comunicación se ve mermada y únicamente contestan en el caso de ser preguntados y es difícil valorar los diferentes items en relación a ese apartado con alguien que hay que "forzar" a que se comunique de forma oral sin una plantilla de preguntas para poder forzar a observar si usa pronombres, repetición de sustantivos, conjugaciones y demás indicaciones del apartado de lingüística. Esto es lo que más tiempo requiere y que a mi parecer sería

---

16 Una de las personas que respondió la encuesta dejó este apartado en blanco.
necesario mejorar para poder efectuarlo de forma más sencilla y ágil, mediante algún tipo de hoja de seguimiento o observacional con un guión de preguntas”.

- “Como cualquier instrumento que aplicas por primera vez, se necesita un tiempo para conocerlo bien y práctica para cubrirlo sin dificultad. Como es la primera vez que lo aplico, tuve que ver el vídeo varias veces para cubrirlo en su totalidad. De todas formas, hubo en preguntas en las que dudé con mi respuesta (las preguntas están bien explicadas y los ejemplos ayudan mucho, pero en el vídeo a veces no encontraba un ejemplo claro para ver si la entrevistada cumplía o no el criterio por el que se preguntaba). Como no estoy especializada en lenguaje, creo que la versión ampliada puede ser muy útil para logopedas o otros profesionales que se centren más en este ámbito. Para mi práctica profesional veo más adecuada la versión reducida (algo más sencilla de cubrir y conlleva menos tiempo).”

- “Es bastante completo.”

- “Se trata de un protocolo bastante valido como herramienta de evaluacion”.

- “El protocolo es una buena herramienta en primer lugar, porque aparece todo detallado, bien explicado y evalúa diversos aspectos del lenguaje importantes en el discurso común del usuario y que con el día a día no se presta la suficiente atención. Así, el lenguaje resulta un buen indicador del deterioro cognitivo de un usuario y no existen suficientes baterías que evalúen déficits en el mismo más allá de la denominación, fluidez, comprensión verbal y funciones de lectoescritura. Lo que me ha resultado más complicado de seguir es el no establecimiento previo de unas cuestiones concretas y concisas que obliguen a responder de una manera determinada al sujeto y que facilite la evaluación de las distintas dimensiones que se presentan en el protocolo, siempre dentro de la dificultad que esto conllevaría. Por lo tanto, y como primera impresión, me parece que se necesita un dominio total del mismo para poder evaluar con rapidez y fluidez todos los aspectos requeridos.”

- “Es una herramienta completa y extensa de valoración de la coherencia pragmático-discursiva.”

De estos comentarios se extrapolan tres conclusiones generales:
• En general el diseño del protocolo gusta al personal especializado. Les resulta útil y completo.
• El tiempo para aplicarlo debería ser más reducido, aunque la rapidez puede mejorar conforme se coge práctica en su uso y se va conociendo más la herramienta.
• Para algunas personas, el problema del tiempo se podría resolver si estos conceptos se dispusiesen en un formato tipo cuestionario, más semejante al propuesto por otras pruebas como el MEC de Lobo (Lobo et al. 1979).
CAPÍTULO 6. Aplicación detallada del protocolo

A lo largo de este capítulo se presentan los resultados obtenidos una vez probada la aplicación detallada del protocolo. En coherencia con los apartados, el capítulo se ha dividido en nueve secciones: en la primera se presentan los resultados de contexto; en la segunda los de cohesión; la tercera presenta los resultados en lenguaje figurado; la cuarta trata los datos sobre cortesía lingüística; la quinta los de informatividad; en la sexta se muestran los de topicalidad; en la séptima los de alternancia de turnos; y, después, se finaliza con los de competencia estratégica. Por último, cerramos el capítulo con los resultados obtenidos al sumar las respectivas partes del protocolo, es decir, con la coherencia pragmático-discursiva como resultado de la interacción de los elementos que la configuran.

6.1. Contexto

Esta sección narra los resultados que se han obtenido en la anotación del apartado contexto de la herramienta metodológica que se propone en esta tesis. Esta información se ha dividido en tres subapartados: en el primero se comentan los datos obtenidos en los elementos de escenario, en el segundo se detallan los de la parte de participantes y el último presenta los resultados obtenidos en el apartado de contexto como conjunto.

6.1.1. Escenario

En este subapartado se muestran los resultados de la anotación de la parte de escenario, dividida a su vez en dos subapartados: lugar y tiempo.

6.1.1.1. Lugar

Los resultados del apartado lugar indican que existe una correlación negativa muy fuerte entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1.70; SD=.82) y el número de referencias de lugar correctas (M=.64; SD=.37), \( r=-.909, p \leq .000, n=23 \), con un coeficiente de determinación \( R^2=.827 \). En la Tabla 36 se muestran los resultados obtenidos por cada informante en la anotación de las referencias de lugar.
Tabla 36. Resultado de la anotación de las referencias de lugar de cada informante en el corpus.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>LU.OK</th>
<th>LU.NOK</th>
<th>LU.NREF</th>
<th>LU.NES</th>
<th>LU.CONT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>15,8%</td>
<td>12/19</td>
<td>52,2%</td>
<td>6%</td>
<td>4/67</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>41,7%</td>
<td>10/24</td>
<td>42,2%</td>
<td>1/24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>20,8%</td>
<td>5/24</td>
<td>58,3%</td>
<td>16,7%</td>
<td>4/24</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>85%</td>
<td>17/20</td>
<td>5%</td>
<td>5%</td>
<td>1/20</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>3,6%</td>
<td>3/19</td>
<td>93,2%</td>
<td>16,8%</td>
<td>3/19</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>41,7%</td>
<td>10/24</td>
<td>42,2%</td>
<td>1/24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>20,8%</td>
<td>5/24</td>
<td>58,3%</td>
<td>16,7%</td>
<td>4/24</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>85%</td>
<td>17/20</td>
<td>5%</td>
<td>5%</td>
<td>1/20</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>44,4%</td>
<td>4/9</td>
<td>22,2%</td>
<td>33,3%</td>
<td>3/9</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>90,5%</td>
<td>19/21</td>
<td>4,8%</td>
<td>4,8%</td>
<td>1/21</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>94,9%</td>
<td>37/39</td>
<td></td>
<td>5,1%</td>
<td>2/39</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>93,7%</td>
<td>59/63</td>
<td></td>
<td>6,3%</td>
<td>4/63</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>70,2%</td>
<td>33/47</td>
<td>2,1%</td>
<td>21,3%</td>
<td>6,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>76,7%</td>
<td>23/30</td>
<td>10%</td>
<td>13,3%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>95,9%</td>
<td>47/49</td>
<td></td>
<td>4,1%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100%</td>
<td>48/48</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>91,1%</td>
<td>41/45</td>
<td>6,7%</td>
<td>2,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>94,4%</td>
<td>17/18</td>
<td></td>
<td>5,6%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>100%</td>
<td>20/20</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>98,5%</td>
<td>64/65</td>
<td></td>
<td>1,5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>83,3%</td>
<td>40/48</td>
<td>12,5%</td>
<td>4,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>92,5%</td>
<td>49/53</td>
<td></td>
<td>1,9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>100%</td>
<td>48/48</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

LU.OK= referencia de lugar correcta; LU.NOK= ref. de lugar incorrecta; LU.NREF= ref. sin referente; LU.NES= ref. no específica; LU.CONT= ref. contradictoria. Estas etiquetas se explican en detalle en §4.2.4.

En lo que respecta al porcentaje de referencias de lugar correctas (Gráfica 3), este descendió del 91% en el estadio leve (n=7), al 56,5% en el moderado (n=6) y al 17,4% en el severo (n=5). En los tres estados la respuesta incorrecta más común fue la referencia de lugar sin referente (LU.NREF) (3,6% de las respuestas en el leve, 17,6% en el moderado y 44,2% en el severo), seguido de la referencia incorrecta (LU.NOK) (3%, 14,8% y 32,6% respectivamente). La Gráfica 3 sintetiza el porcentaje de cada tipo de referencia de tiempo de los informantes según el estadio de la enfermedad.

De aquí en adelante el símbolo (·) determina que no se dispone de ninguna etiqueta de este tipo en la grabación de la persona informante.
Si atendemos a los porcentajes de referencias de lugar correctas según el grado de GDS (Gráfica 4), observamos que disminuyen conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3= 93,6%, GDS-4= 89,7%; GDS-5=50,4%; GDS-6= 9%; GDS-7=5,3%). Para los informantes con GDS-3 (n=4) el error más común fue emitir referencias de lugar incorrectas (NOK) (4,8% del total). Sin embargo, para los informantes con GDS-4 (n=8), GDS-5 (n=6) y GDS-6 (n=2) el error más común fue emitir referencias espaciales sin referente (NREF) (4,7%, 17,6% y 52,2% del total respectivamente). En el caso de los informantes con GDS-7 (n=3), el error más común fue, de nuevo, la referencia incorrecta (63,2%). La Gráfica 4 representa el porcentaje de cada tipo de referencia de lugar según el GDS de los informantes.
Como síntesis de este apartado, la Tabla 37 muestra el porcentaje de tipo de referencia de lugar según el GDS y los estadios de la enfermedad.

Tabla 37. Porcentaje por tipo de ref. de lugar según estadios de la enfermedad y GDS.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO/GDS</th>
<th>GRADO</th>
<th>LU.OK</th>
<th>LU.NOK</th>
<th>LU.NREF</th>
<th>LU.NES</th>
<th>LU.CONT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ESTADIO</td>
<td>INICIAL (3-4)</td>
<td>91%</td>
<td>3%</td>
<td>3,6%</td>
<td>2,3%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MODERADO (5)</td>
<td>56,5%</td>
<td>14,8%</td>
<td>17,6%</td>
<td>11,1%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SEVERO (6-7)</td>
<td>17,4%</td>
<td>32,6%</td>
<td>44,2%</td>
<td>5,8%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS</td>
<td>GDS-3</td>
<td>93%</td>
<td>4,8%</td>
<td>1,6%</td>
<td>0,5%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>90%</td>
<td>2,1%</td>
<td>4,7%</td>
<td>3,2%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-5</td>
<td>56,5%</td>
<td>14,8%</td>
<td>17,6%</td>
<td>11,1%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-6</td>
<td>17,9%</td>
<td>23,9%</td>
<td>52,2%</td>
<td>6,0%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>15,8%</td>
<td>63,2%</td>
<td>15,8%</td>
<td>5,3%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>77,1%</td>
<td>8,3%</td>
<td>10,6%</td>
<td>4,0%</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

6.1.1.2. Tiempo

Los resultados del apartado tiempo indican que existe una correlación negativa muy fuerte entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y el número de referencias de tiempo correctas (M=.60; SD=.38), \( r=-.857 \ p<.000, \ n=23, \) con un coeficiente de determinación de \( R^2=.735. \) En la Tabla 38 se muestran los resultados obtenidos por cada informante en la anotación de las referencias de tiempo.
En lo que respecta al porcentaje de referencias de tiempo correctas, este descendió del 88,7% en el estadio leve (n=7), al 68,7% en el moderado (n=6) y al 25% en el severo (n=5).

En el estadio leve, la respuesta incorrecta más común fue la referencia de tiempo no específica (TI.NES) (8,1%). En el caso del estadio moderado fue la respuesta incorrecta (TI.NOK) (14,9%), seguida de la no específica (TI.NES) (9%). En el estadio severo los errores más comunes fueron las referencias incorrectas (TI.NOK) (37,5%), seguidas de las referencias sin referente (TI.NREF) (25%). La Gráfica 5 representa el porcentaje de cada tipo de referencia de tiempo de los informantes según el estadio de la enfermedad.
Si atendemos a los porcentajes de referencias de tiempo correctas según el grado de GDS (Gráfica 6), observamos que estos disminuyen conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3=87,8%, GDS-4=89%; GDS-5=68,7%; GDS-6=28,6%; GDS-7=0%). Para los informantes con GDS-3 (n=4) y GDS-4 (n=8) el error más común fue emitir referencias de tiempo inespecíficas (NES) (10,6% y 7,1% del total respectivamente). Sin embargo, para los informantes con GDS-5 (n=6) fue emitir referencias temporales incorrectas (NREF) (14,9%), seguido de referencias inespecíficas (9%). En el caso de los GDS-6 (n=2) los errores más comunes fueron tanto las referencias incorrectas (28,6%) como las referencias sin referencia (28,6%). Los informantes con GDS-7 (n=3) no emitieron ninguna referencia temporal correcta. La Gráfica 6 representa el porcentaje de cada tipo de ref. de tiempo según el GDS de los informantes.
Como síntesis de este apartado, la Tabla 39 muestra el porcentaje de tipo de referencia de lugar según el GDS y los estadios de la enfermedad.

### Tabla 39. Porcentaje por tipo de ref. de tiempo según estadios de la enfermedad y GDS.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO/GDS</th>
<th>GRADO</th>
<th>TI.OK</th>
<th>TI.NOK</th>
<th>TI.NREF</th>
<th>TI.NES</th>
<th>TI.CONT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INICIAL (3-4)</td>
<td>88,7%</td>
<td>2%</td>
<td>1%</td>
<td>8,1%</td>
<td>0,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO(5)</td>
<td>68,7%</td>
<td>14,9%</td>
<td>4,5%</td>
<td>9%</td>
<td>3,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO (6-7)</td>
<td>25%</td>
<td>37,5%</td>
<td>25%</td>
<td>12,5%</td>
<td>3,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>87,8%</td>
<td>0,8%</td>
<td>-</td>
<td>10,6%</td>
<td>0,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>89%</td>
<td>2,5%</td>
<td>1,4%</td>
<td>7,1%</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>68,7%</td>
<td>14,9%</td>
<td>4,5%</td>
<td>9%</td>
<td>3,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>28,6%</td>
<td>28,6%</td>
<td>28,6%</td>
<td>14,3%</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>82,9%</td>
<td>5,4%</td>
<td>2,6%</td>
<td>8,5%</td>
<td>0,6%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 6.1.2. Participantes

En este apartado se muestran los resultados de la anotación de la parte de participantes, que se compone de los subapartados roles sociales y conocimiento compartido.

#### 6.1.2.1. Roles sociales

Los resultados con respecto a los roles sociales indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y el porcentaje de referencias correctas a los roles sociales (M=.64; SD=.45), r=-.733, p<.000, n=23, con un
coeficiente de determinación de $R^2=.538$. En la Tabla 40 se muestran los resultados obtenidos por cada informante en la anotación de los roles sociales.

Tabla 40. Resultado de la anotación de los roles sociales de cada informante en el corpus.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>RS.OK</th>
<th>RS.NREL</th>
<th>RS.NOK</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>50%</td>
<td>3/6</td>
<td>33,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>23,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>5,3%</td>
<td>1/19</td>
<td>94,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>28,6%</td>
<td>2/7</td>
<td>71,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>57,1%</td>
<td>4/7</td>
<td>28,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>100%</td>
<td>3/3</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100%</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>24%</td>
<td>6/25</td>
<td>76%</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>100%</td>
<td>13</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>RS.OK</th>
<th>RS.NREL</th>
<th>RS.NOK</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>50%</td>
<td>3/6</td>
<td>33,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>23,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>5,3%</td>
<td>1/19</td>
<td>94,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>28,6%</td>
<td>2/7</td>
<td>71,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>57,1%</td>
<td>4/7</td>
<td>28,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100%</td>
<td>2/2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>100%</td>
<td>3/3</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100%</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>24%</td>
<td>6/25</td>
<td>76%</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>100%</td>
<td>4/4</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>100%</td>
<td>13</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

RS.OK: ref. al rol social correcta; RS.NREL: enunciado no relevante debido a la confusión del rol social del interlocutor/a; RS.NOK: confusión del interlocutor/a con otra persona. Estas etiquetas se explican en detalle en §4.2.4.

En lo que concierne al porcentaje de referencias de roles sociales correctas (Gráfica 6), este descendió del 68,1% en el estadio leve (n=7), al 25% en el moderado (n=6) y al 13% en el severo (n=5). En los estadios leve y moderado la respuesta incorrecta más común fue el enunciado no relevante (RS.NREL), pues supuso un 30,4% de las respuestas en el leve y un 75% en el moderado. En el estadio severo los errores más comunes fueron tanto las referencias incorrectas (RS.NOK) (60,9%). La Gráfica 7 representa el porcentaje de

18 Se atribuyó a I10 un 100% porque, a pesar de que no hizo ninguna referencia directa al rol de la entrevistadora, no mostró nunca ninguno de los problemas estipulados dentro de esta categoría.
cada tipo de etiquetas de roles sociales de los informantes según el estadio de la enfermedad.

Gráfica 7. Porcentajes de cada etiqueta de roles sociales según el estadio de la demencia.

Si atendemos a los porcentajes de enunciados de roles sociales correctas según el grado de GDS (Gráfica 8), observamos que la tendencia es que estos disminuyan conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3=55,8%, GDS-4=88,5%; GDS-5=25%; GDS-6=0%, GDS-7=50%), sin embargo no es un descenso regular a causa de las desviaciones que se producen a causa del número reducido de anotaciones en esta parte. Para los informantes con GDS-3 (n=4) el error más recurrente fueron las referencias no relevantes (NREL) (30,4%), al igual que para los del GDS-4 (7,7%) y los del GDS-5 (75%). En el caso de los GDS-6 (n=2), no se detectó ningún uso correcto; el error más común fueron los enunciados incorrectos (RS.NOK) (76,5%), seguidos de los no relevantes (RS.NREL) (23,5%). Los informantes con GDS-7 (n=3) también cometieron más errores de referencias no relevantes (NREL) (33,3%). La Gráfica 8 representa el porcentaje de cada tipo de etiquetas de roles sociales según el GDS de los informantes.
Como síntesis de estos datos, la Tabla 41 muestra el porcentaje de cada tipo de etiquetas de roles sociales según el GDS y los estadios de la enfermedad.

Tabla 41. Porcentaje de cada tipo de etiqueta de roles sociales según estadios de la enfermedad y GDS.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO/GDS</th>
<th>GRADO</th>
<th>RS.OK</th>
<th>RS.NREL</th>
<th>RS.NOK</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ESTADIO</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INICIAL</td>
<td></td>
<td>68,1%</td>
<td>30,4%</td>
<td>1,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO</td>
<td></td>
<td>25%</td>
<td>75%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO</td>
<td></td>
<td>13%</td>
<td>26,1%</td>
<td>60,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td></td>
<td>55,8%</td>
<td>44,2%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td></td>
<td>88,5%</td>
<td>7,7%</td>
<td>3,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td></td>
<td>25%</td>
<td>75%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td></td>
<td>-</td>
<td>23,5%</td>
<td>76,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td></td>
<td>50%</td>
<td>33,3%</td>
<td>16,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td></td>
<td>64,1%</td>
<td>7,9%</td>
<td>1,5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6.1.2.2. Conocimiento compartido

Los resultados con respecto al conocimiento compartido indican que existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (M=1,70; SD=.82) y el uso correcto de la información compartida. (M=.47; SD=.38), $r=-.580$, $p<.004$, n=23, con un coeficiente

El resultado de respuestas correctas tan elevado en GDS-7 se debe a que no realizamos ninguna anotación en dos de las informantes de este grado y la otra realizó esta parte de forma muy correcta, lo cual produjo una desviación.
de determinación de $R^2 = 0.337$. En la Tabla 42 se muestran los resultados obtenidos por cada informante en la anotación del conocimiento compartido.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>CC.OK</th>
<th>CC.NREF</th>
<th>CC.REP</th>
<th>CC.IRR</th>
<th>CC.INC</th>
<th>CC.CONTR</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>48,2%</td>
<td>41/85</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>26,9%</td>
<td>58/216</td>
<td>0,9%</td>
<td>2/216</td>
<td>3,7%</td>
<td>8/216</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>74,1%</td>
<td>80/108</td>
<td>0,9%</td>
<td>1/108</td>
<td>11,1%</td>
<td>12/108</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>76,6%</td>
<td>59/77</td>
<td>1,3%</td>
<td>1/77</td>
<td>11,7%</td>
<td>9/77</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>46,9%</td>
<td>53/113</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2,7%</td>
<td>3/113</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>91,8%</td>
<td>112/122</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>8,2%</td>
<td>10/122</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100%</td>
<td>26/26</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>98,5%</td>
<td>128/130</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1,5%</td>
<td>2/130</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>83,1%</td>
<td>157/189</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>16,9%</td>
<td>32/189</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>75,1%</td>
<td>193/257</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>24,1%</td>
<td>62/257</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>66,9%</td>
<td>158/236</td>
<td>27,1%</td>
<td>64</td>
<td>5,9%</td>
<td>14/236</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>80,7%</td>
<td>88/109</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>17,4%</td>
<td>19/109</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>87,1%</td>
<td>148/170</td>
<td>1,2%</td>
<td>2</td>
<td>11,2%</td>
<td>19/170</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>69,5%</td>
<td>141/203</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>30,5%</td>
<td>62/203</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>96,3%</td>
<td>130/135</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3,7%</td>
<td>5/135</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>95,7%</td>
<td>66/69</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>4,3%</td>
<td>3/69</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>98,9%</td>
<td>89/90</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1,1%</td>
<td>1/90</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>92,5%</td>
<td>209/226</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>6,2%</td>
<td>14/226</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>69,1%</td>
<td>103/149</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>28,2%</td>
<td>42/149</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>93,4%</td>
<td>114/122</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>5,7%</td>
<td>7/122</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CC.OK: ref. de conocimiento compartido correcta; CC.NREF: se introduce información nueva para el/la interlocutor/a como si fuese compartida; CC.REP: se introduce información repetida como nueva. CC.IRR: se introduce información irrelevante en base al conocimiento que se comparte. CC.INC: la información en el enunciado no es comprensible. CC.CONTR: la información en el enunciado contradice la información compartida. Estas etiquetas se explican en detalle en §4.2.4.

En lo que concierne al porcentaje de referencias de conocimiento compartido correctas, este descendió del 82,8% en el estadio leve (n=7), al 73,8% en el moderado (n=6) y al 32,7% en el severo (n=5). En el estadio inicial el error de conocimiento compartido más común fue emitir información ya conocida por la entrevistadora como si fuese nueva (REP) (13,5%). Sin embargo, en los estadios moderado y severo fueron más habituales los enunciados en los que no se entendía qué información intentaba transmitir la persona entrevistada (INC) (15,2% y 63,4% respectivamente). La Gráfica 9 representa el
porcentaje de cada tipo de referencia de etiquetas de conocimiento compartido de los informantes según el estadio de la enfermedad.

Gráfica 9. Porcentajes de puntuaciones en conocimiento compartido según el estadio de la demencia.

Si atendemos a los porcentajes de uso correcto del conocimiento compartido según el grado de GDS, observamos que la tendencia es que estos disminuyan conforme avanza el deterioro cognitivo, salvo en el caso del GDS-7 que se produjo un aumento inesperado (GDS-3=87,7%, GDS-4=80,9%; GDS-5=73,8%; GDS-6= 26,6%, GDS-7=48,2%). Para los informantes con GDS-3 (n=4) y GDS-4 (n=8) el error más recurrente fueron las repeticiones (REP) (10,9% y 14,6% respectivamente). En el caso de los informantes con GDS-5 (n=6), GDS-6 (n=2) y GDS-7 (n=3) el error más habitual fue el de los enunciados no comprensibles (INC) (15,2%, 68,8% y 49,4% respectivamente). La Gráfica 10 representa el porcentaje de cada tipo de etiquetas de conocimiento compartido según el GDS de los informantes.
Con el objetivo de ofrecer una síntesis de estos resultados, la Tabla 43 muestra el porcentaje medio de cada tipo de enunciado en conocimiento compartido por GDS y estadios de la enfermedad.

**Tabla 43. Porcentaje de cada etiqueta de conocimiento compartido según estadios de la enfermedad y GDS.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO</th>
<th>GRADO</th>
<th>CC_OK</th>
<th>CC.NREF</th>
<th>CC.REP</th>
<th>CC.IRR</th>
<th>CC.INC</th>
<th>CC.CONT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INICIAL (3-4)</td>
<td>GDS-3</td>
<td>82,8%</td>
<td>3,2%</td>
<td>13,5%</td>
<td>0,2%</td>
<td>0,1%</td>
<td>0,1%</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>73,8%</td>
<td>0,4%</td>
<td>7,6%</td>
<td>2,5%</td>
<td>15,2%</td>
<td>0,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO (5)</td>
<td>GDS-5</td>
<td>32,7%</td>
<td>0,7%</td>
<td>2,6%</td>
<td>-</td>
<td>63,4%</td>
<td>0,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO (6-7)</td>
<td>GDS-6</td>
<td>26,6%</td>
<td>0,9%</td>
<td>3,7%</td>
<td>-</td>
<td>68,8%</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>48,2%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>49,4%</td>
<td>2,4%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| GDS          | TOTAL     | 76%   | 2,5%    | 11,4%  | 0,5%   | 9,3%   | 0,2%    |

**6.1.3. El contexto como conjunto**

En este apartado se muestran los resultados que tienen que ver con el análisis del contexto tomado en su conjunto, es decir integrando en un único análisis el escenario (lugar y tiempo) y los participantes (roles sociales y conocimiento compartido). Esta parte se ha calculado dividiendo el porcentaje de aciertos entre 100 y sumando los valores resultantes para crear una escala entre 0-4. La excepción ha sido el cálculo del conocimiento compartido, pues al tratarse de una entrevista en la que la entrevistadora pedía información diferente cada vez es lógico que un alto porcentaje de la información
no fuese repetida porque las personas entrevistadas respondían a lo que se les preguntaba. De este modo, se optó por otorgar puntos a partir de un 60% de aciertos, por lo tanto, se calculó la puntuación final restando 0,6 y dividiendo entre 0,4.

Los datos resultantes indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD= 0.82) y la capacidad para integrar la información contextual en los enunciados en las personas con demencia (M=2.3; SD=1.4), r=-.862, p<.000, n=23, con un coeficiente de determinación de $R^2=.742$. En la Tabla 44 se muestran la puntuación obtenida por cada informante en cada uno de los apartados y en el contexto como conjunto.

**Tabla 44. Resultado de la anotación en cada apartado de “contexto” de cada informante en el corpus.**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>LUGAR</th>
<th>TIEMPO</th>
<th>ROLES SOC.</th>
<th>CON. COMP</th>
<th>TOTAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>15,8%</td>
<td>0,16</td>
<td>-</td>
<td>50%</td>
<td>48,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>17,9%</td>
<td>0,18</td>
<td>28,6%</td>
<td>26,9%</td>
<td>0,47</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>41,7%</td>
<td>0,42</td>
<td>69,2%</td>
<td>74,1%</td>
<td>1,51</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>60%</td>
<td>0,60</td>
<td>25%</td>
<td>76,6%</td>
<td>1,56</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>20,8%</td>
<td>0,21</td>
<td>42,9%</td>
<td>46,9%</td>
<td>0,64</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>85%</td>
<td>0,85</td>
<td>88,5%</td>
<td>91,8%</td>
<td>3,54</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>44,4%</td>
<td>0,44</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>90,5%</td>
<td>0,91</td>
<td>91,7%</td>
<td>98,5%</td>
<td>3,79</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>94,9%</td>
<td>0,95</td>
<td>83,8%</td>
<td>83,1%</td>
<td>3,37</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>93,7%</td>
<td>0,94</td>
<td>96,9%</td>
<td>75,1%</td>
<td>3,29</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>70,2%</td>
<td>0,70</td>
<td>77,1%</td>
<td>66,9%</td>
<td>2,31</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>76,7%</td>
<td>0,77</td>
<td>87,9%</td>
<td>80,7%</td>
<td>3,17</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>95,9%</td>
<td>0,96</td>
<td>97,9%</td>
<td>87,1%</td>
<td>3,62</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100%</td>
<td>1,00</td>
<td>90%</td>
<td>69,5%</td>
<td>3,11</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>91,1%</td>
<td>0,91</td>
<td>91,7%</td>
<td>96,3%</td>
<td>3,7</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>94,4%</td>
<td>0,94</td>
<td>66,7%</td>
<td>95,7%</td>
<td>3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100%</td>
<td>1,00</td>
<td>83,3%</td>
<td>98,9%</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>98,5%</td>
<td>0,99</td>
<td>88,9%</td>
<td>92,5%</td>
<td>2,93</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>83,3%</td>
<td>0,83</td>
<td>86,2%</td>
<td>69,1%</td>
<td>2,92</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>92,5%</td>
<td>0,93</td>
<td>90,3%</td>
<td>93,4%</td>
<td>3,67</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si atendemos a las diferencias entre estadios, observamos que la puntuación en los cuatro apartados (lugar, tiempo, roles sociales y conocimiento compartido) se reduce conforme aumenta el deterioro cognitivo. Esto se refleja en la puntuación total, de modo
que el estadio leve (n=7; 3,28 puntos) al moderado (n=6; 2,25 puntos) se produce un descenso del 26% y de este al severo (n=5; 0,23 puntos) la caída es aún mayor, con una disminución del 51%. Estas diferencias se pueden apreciar de forma más visual en la Gráfica 11, que ilustra la puntuación en cada uno de los apartados de contexto según estadio y en la Gráfica 12, que muestra la puntuación total en contexto según estadio.

En cambio, si atendemos a las diferencias en las puntuaciones según grado de GDS, observamos que la puntuación desciende en cada estadio. Sin embargo, esta diferencia no es uniforme. Así, del GDS-3 (n=4) (3,33) al GDS-4 (n=8) se produce una disminución del 1,8%, de este al GDS-5 (n=6) (2,25) la diferencia es del 50,5%. La diferencia más grande la encontramos entre los informantes con GDS-5 y los de GDS-6 (n=2) (n=0,24) con un descenso en los puntos del 50,5%. Entre los GDS-6 y GDS-7 (n=3) (0,22) esta caída apenas es perceptible, pues tan solo hay una diferencia del 0,4% de los puntos. Resulta especialmente llamativo que en el apartado de roles sociales se produzca un aumento en la puntuación del 3,7% entre el GDS-3 (0,81) y el GDS-4 (0,96) y del 4,2% entre el GDS-6 (0) y el GDS-7 (0,17). Estas diferencias se representan de forma gráfica en la Gráfica 13, que muestra las puntuaciones en los apartados de contexto según GDS y en la Gráfica 14, que ilustra las puntuaciones en contexto según GDS.
Esto nos indica que, en el caso de este corpus, el principal deterioro de las habilidades para integrar la información contextual para posibilitar la emisión de enunciados pragmáticamente coherentes acontece cuando las personas que padecen demencia se encuentran entre el GDS-4 y el GDS-6. La Tabla 45 muestra las puntuaciones medias de nuestros informantes en contexto según estadio y grado de GDS.

Tabla 45. Medias de la anotación en cada apartado de “contexto” por estadio y GDS.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO</th>
<th>GDS</th>
<th>GRADO</th>
<th>LUGAR</th>
<th>TIEMPO</th>
<th>Roles</th>
<th>CON.COMP</th>
<th>TOTAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LEVE</td>
<td></td>
<td>GDS-3</td>
<td>0,94</td>
<td>0,87</td>
<td>0,81</td>
<td>0,71</td>
<td>3,33</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>0,90</td>
<td>0,86</td>
<td>0,96</td>
<td>0,55</td>
<td>3,26</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-5</td>
<td>0,57</td>
<td>0,53</td>
<td>0,56</td>
<td>0,59</td>
<td>2,25</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-6</td>
<td>0,09</td>
<td>0,15</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>0,05</td>
<td>0,00</td>
<td>0,17</td>
<td>0,00</td>
<td>0,22</td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO</td>
<td></td>
<td>GDS-3</td>
<td>0,91</td>
<td>0,86</td>
<td>0,91</td>
<td>0,60</td>
<td>3,28</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>0,90</td>
<td>0,86</td>
<td>0,96</td>
<td>0,55</td>
<td>3,26</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-5</td>
<td>0,57</td>
<td>0,53</td>
<td>0,56</td>
<td>0,59</td>
<td>2,25</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-6</td>
<td>0,09</td>
<td>0,15</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>0,05</td>
<td>0,00</td>
<td>0,17</td>
<td>0,00</td>
<td>0,22</td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO</td>
<td></td>
<td>GDS-3</td>
<td>0,57</td>
<td>0,53</td>
<td>0,56</td>
<td>0,59</td>
<td>2,25</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>0,09</td>
<td>0,15</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-5</td>
<td>0,05</td>
<td>0,00</td>
<td>0,17</td>
<td>0,00</td>
<td>0,22</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-6</td>
<td>0,09</td>
<td>0,15</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>0,05</td>
<td>0,00</td>
<td>0,17</td>
<td>0,00</td>
<td>0,22</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.2. Cohesión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos mediante el análisis en detalle del apartado “cohesión” del protocolo que se propone en esta tesis. Esta sección consta de cinco subapartados: en la primera se exponen los datos obtenidos en el análisis de la referencialidad, en la segunda los de sustitución, en la tercera los de cohesión léxica, en la cuarta los de marcadores discursivos y, por último, en la quinta se muestran los resultados de la cohesión como conjunto de estos cuatro mecanismos analizados en los apartados previos.

6.2.1. Referencialidad

Los resultados del apartado referencialidad indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7=severo) (M=1.70; SD=.82) y el número de referencias de lugar correctas (M=.71; SD=.29), \( r = -0.790 \quad p < 0.000, \quad n=23 \), con un coeficiente de determinación de \( R^2 = .624 \).

En la Tabla 46 se muestran los resultados obtenidos por cada informante en la anotación de los mecanismos de referencialidad.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>100%</td>
<td>(2/2)</td>
<td>0.20</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>100%</td>
<td>(1/1)</td>
<td>0.20</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>100%</td>
<td>(4/4)</td>
<td>97%</td>
<td>(37/38)</td>
<td>0.19</td>
<td>100%</td>
<td>(1/1)</td>
<td>0.20</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>36%</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>85%</td>
<td>(87/102)</td>
<td>0.17</td>
<td>11%</td>
<td>(1/9)</td>
<td>0.02</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>43%</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>100%</td>
<td>(4/4)</td>
<td>100%</td>
<td>(70/70)</td>
<td>0.20</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>100%</td>
<td>(5/5)</td>
<td>100%</td>
<td>(101/101)</td>
<td>0.20</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>100%</td>
<td>(3/3)</td>
<td>89%</td>
<td>(65/73)</td>
<td>0.18</td>
<td>33%</td>
<td>(2/6)</td>
<td>0.07</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>32%</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100%</td>
<td>(2/2)</td>
<td>97%</td>
<td>(72/74)</td>
<td>0.19</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100%</td>
<td>(3/3)</td>
<td>100%</td>
<td>(16/16)</td>
<td>0.20</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100%</td>
<td>(93/93)</td>
<td>0.20</td>
<td>-</td>
<td>0.00</td>
<td>67%</td>
<td>(2/3)</td>
<td>0.13</td>
<td>100%</td>
<td>(2/2)</td>
<td>96%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
En lo que respecta al porcentaje de mecanismos de referencialidad usados correctamente, este descendió del 87,7% en el estadio leve (n=7), al 74,6% en el moderado (n=6) y al 26,9% en el severo (n=5). En general, los mecanismos de referencialidad con más usos correctos han sido los pronombres personales (88%), seguidos de los posesivos (83%) y los adverbios (77%). Por el contrario, en general los informantes han recurrido menos al uso de los comparativos (57%) y los demostrativos (50%) e, igualmente, han cometido más errores al emplearlos. La Gráfica 15 representa los puntos que han obtenido los informantes en cada uno de los mecanismos de referencialidad que se han analizado en esta tesis.

El cambio más destacable entre el estadio leve y el moderado ha sido una reducción significativa en el número de demostrativos empleados (70,4% menos). Entre el estadio moderado y el avanzado se ha reducido considerablemente el uso correcto de los comparativos (100% menos), de los adverbios (81,7% menos) y de los posesivos (80% menos). El mecanismo de referencialidad en el que ha habido menos deterioro es en el de la categoría pronombres, pues el uso correcto solo descendió un 18,1% entre el estadio leve y el moderado y un 5,6% entre el moderado y el severo. Esto apunta a que
el uso de los pronombres personales se preserva relativamente hasta el estadio final de la enfermedad.

Gráfica 15. Puntos obtenidos en los mecanismos de referencialidad por los informantes clasificados por estadio.

Si atendemos al porcentaje de uso correcto de los mecanismos de referencialidad según el grado de GDS, observamos que este disminuye conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3=84,8%, GDS-4= 89,2%; GDS-5=74,6%; GDS-6= 14%; GDS-7=35,5%). Tanto para los informantes con GDS-3 como aquellos con GDS-4 los mecanismos de referencialidad más complejos fueron los demostrativos (75% correctos en ambos grados) y los comparativos (50% correctos en el GDS-3 y 75% en el GDS-4). En el caso de los informantes en GDS-5, el mecanismo más problemático fue de nuevo el de los demostrativos (20% correctos). Los informantes con GDS-6 y GDS-7 tuvieron problemas con todos los mecanismos de referencialidad, con la excepción del uso de pronombres personales, que se encontraba relativamente preservado en el grado 6 (45% correctos) y totalmente preservado en los informantes del grado 7. La Gráfica 16 muestra los puntos obtenidos en los mecanismos de referencialidad por los informantes clasificados por GDS.
Gráfica 16. Puntos obtenidos en los mecanismos de referencia por los informantes clasificados por GDS.

La Tabla 47 muestra los puntos obtenidos en los elementos de referencia por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

Tabla 47. Puntos obtenidos en los elementos de referencia por los informantes clasificados por GDS y estadio.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO</th>
<th>Grado</th>
<th>Posesivos</th>
<th>Pronombres</th>
<th>Demostra.</th>
<th>Compara.</th>
<th>Adverbios</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-3</td>
<td>0,20</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,10</td>
<td>0,20</td>
<td>0,85</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>0,20</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,15</td>
<td>0,19</td>
<td>0,89</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-5</td>
<td>0,20</td>
<td>0,16</td>
<td>0,04</td>
<td>0,17</td>
<td>0,17</td>
<td>0,75</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-6</td>
<td>0,00</td>
<td>0,09</td>
<td>0,01</td>
<td>0,00</td>
<td>0,04</td>
<td>0,14</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>0,07</td>
<td>0,20</td>
<td>0,07</td>
<td>0,00</td>
<td>0,02</td>
<td>0,36</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>LEVE</td>
<td>0,20</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,13</td>
<td>0,20</td>
<td>0,88</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,20</td>
<td>0,16</td>
<td>0,04</td>
<td>0,17</td>
<td>0,17</td>
<td>0,75</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,04</td>
<td>0,15</td>
<td>0,04</td>
<td>0,00</td>
<td>0,03</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>TOTAL</td>
<td>0,17</td>
<td>0,18</td>
<td>0,10</td>
<td>0,11</td>
<td>0,15</td>
<td>0,71</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6.2.2. Sustitución

Los resultados de aplicar el protocolo al análisis de los procedimientos de sustitución indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y la puntuación en este apartado (M=.67; SD=.24), r=-.607 p<.002, n=23, con un coeficiente de determinación de $R^2=.37$. En la Tabla 48 se muestran el
Porcentaje de usos correctos por cada informante en la anotación de los mecanismos de sustitución, así como su puntuación en cada uno de los apartados.

Tabla 48. Porcentajes de elementos de referencialidad usados correctamente por los informantes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Nombre</th>
<th>Verbo</th>
<th>Frase</th>
<th>Cero (elipsis)</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Pnt.</td>
</tr>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>0,25</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>61% (11/18)</td>
<td>0,15</td>
<td>67% (2/2)</td>
<td>0,17</td>
<td>100% (4/4)</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>51% (33/65)</td>
<td>0,13</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (2/2)</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>92% (35/38)</td>
<td>0,23</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>67% (2/3)</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>96% (27/28)</td>
<td>0,24</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>60% (3/5)</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>43% (22/51)</td>
<td>0,11</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>50% (2/4)</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>98% (40/41)</td>
<td>0,24</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,25</td>
<td>50% (1/2)</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100% (11/11)</td>
<td>0,25</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (2/2)</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>96% (48/50)</td>
<td>0,24</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>50% (1/2)</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100% (110/110)</td>
<td>0,25</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (2/2)</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100% (95/95)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (4/4)</td>
<td>0,25</td>
<td>94% (15/16)</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>76% (39/51)</td>
<td>0,19</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (1/1)</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>87% (34/39)</td>
<td>0,22</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>50% (1/2)</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100% (48/48)</td>
<td>0,25</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>83% (10/12)</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100% (40/40)</td>
<td>0,25</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (8/8)</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>98% (57/58)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (9/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>93% (13/14)</td>
<td>0,23</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>0% (0/0)</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100% (33/33)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (4/4)</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>100% (70/70)</td>
<td>0,25</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (9/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>100% (27/27)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (5/5)</td>
<td>0,25</td>
<td>100% (6/6)</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>96% (53/55)</td>
<td>0,24</td>
<td>-</td>
<td>0,00</td>
<td>100% (7/7)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
En lo que respecta al porcentaje de sustituciones correctas, este descendió del 87,7% en el estadio leve (n=7), al 74,6% en el moderado (n=6) y al 26,9% en el severo (n=5). En general, el tipo de sustitución al que han recurrido más los informantes de media ha sido la elipsis (88% de usos correctos), seguido de la sustitución de nombre (84% de usos correctos). Sin embargo, la sustitución de frases les ha costado algo más (60% de usos correctos) y la sustitución de verbos ha sido el apartado en el que han obtenido menos puntuación media (24% de usos correctos). Entre el estadio leve y el moderado, el deterioro más significativo se produjo en la sustitución de verbos, pues la puntuación descendió un 50%, seguido de la sustitución de frases, cuya puntuación decreció un 26,7%. Entre el estadio moderado y el severo el cambio más drástico se apreció en la sustitución de nombres (51,6% menos) y también en la de frases (36,3% menos). En la Gráfica 17 se muestran los puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes, clasificados por estadio.

Gráfica 17. Puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes, clasificados por estadio.

Si atendemos a la puntuación en los tipos de sustitución según el grado de GDS, observamos que estos disminuyen conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3=87,1%, GDS-4=73,8%; GDS-5=64,6%; GDS-6=38%; GDS-7=42,8%). El tipo de sustitución que generó más dificultades a los informantes de todos los estadios fue la sustitución de verbos (GDS-3= 50% de usos correctos, GDS-4=25%; GDS-5=16,7%; GDS-6=0%; GDS-7=22,2%). La sustitución de frases fue especialmente problemática para los informantes.
con GDS-5 y GDS-7 (62,8% y 33,3% de usos correctos respectivamente. En el caso de los informantes con GDS-6, también tuvieron problemas con la sustitución de nombres (25,3% de usos correctos). La Gráfica 18 representa los puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes teniendo en cuenta su clasificación en la escala GDS.

**Gráfica 18. Puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes clasificados, por GDS**

Como resumen, la Tabla 49 muestra los puntos obtenidos en los tipos de sustitución por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

**Tabla 49. Puntos obtenidos en los elementos de sustitución por los informantes clasificados por GDS y estadio.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS/ESTADIO</th>
<th>Nombre</th>
<th>Verbo</th>
<th>Frase</th>
<th>Cero</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>0,25</td>
<td>0,13</td>
<td>0,25</td>
<td>0,25</td>
<td>0,87</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>0,24</td>
<td>0,06</td>
<td>0,20</td>
<td>0,24</td>
<td>0,74</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>0,22</td>
<td>0,04</td>
<td>0,16</td>
<td>0,23</td>
<td>0,65</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0,06</td>
<td>0,00</td>
<td>0,13</td>
<td>0,19</td>
<td>0,38</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0,13</td>
<td>0,06</td>
<td>0,08</td>
<td>0,15</td>
<td>0,43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO</th>
<th>Nombre</th>
<th>Verbo</th>
<th>Frase</th>
<th>Cero</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LEVE</td>
<td>0,24</td>
<td>0,08</td>
<td>0,21</td>
<td>0,25</td>
<td>0,78</td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO</td>
<td>0,22</td>
<td>0,04</td>
<td>0,16</td>
<td>0,23</td>
<td>0,65</td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO</td>
<td>0,11</td>
<td>0,03</td>
<td>0,10</td>
<td>0,17</td>
<td>0,41</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
<td>0,21</td>
<td>0,06</td>
<td>0,15</td>
<td>0,22</td>
<td>0,67</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**6.2.3. Cohesión léxica**

Los resultados con respecto a los mecanismos de cohesión léxica indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad \( (M=1.70; \ SD=.82) \) y la
puntuación en este apartado (M=.68; SD=.32), $r=-.733 \ p<.000$, n=23, con un coeficiente de determinación de $R^2=.516$. En la Tabla 59 se muestran el porcentaje de usos correctos por cada informante en la anotación de los mecanismos de cohesión léxica, así como su puntuación en cada uno de los apartados.

Tabla 50. Porcentajes de elementos de cohesión léxica usados correctamente por los informantes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Repetición</th>
<th>Sinónimo</th>
<th>Hiperónimo</th>
<th>General</th>
<th>Hipónimo</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>-</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>-</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>100% (4/4)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (6/6)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>100% (32/32)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>- 0,00</td>
<td>21% (7/34)</td>
<td>0,04</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>-</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>100% (17/17)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (6/6)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>100% (14/14)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (8/8)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>100% (19/19)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>- 0,00</td>
<td>16% (3/19)</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100% (19/19)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (7/7)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100% (5/5)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (7/7)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100% (21/21)</td>
<td>0,20</td>
<td>67% (2/3)</td>
<td>0,13</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>97% (35/36)</td>
<td>0,19</td>
<td>100% (5/5)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,04</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100% (52/52)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (3/3)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (3/3)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>100% (9/9)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (5/5)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100% (25/25)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (3/3)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100% (28/28)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (4/4)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100% (35/35)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (4/4)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (6/6)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100% (18/18)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (3/3)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (19/19)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>100% (22/22)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (19/19)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100% (10/10)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (3/3)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>100% (36/36)</td>
<td>0,20</td>
<td>89% (8/9)</td>
<td>0,18</td>
<td>100% (1/1)</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>100% (10/10)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (3/3)</td>
<td>0,20</td>
<td>50% (1/2)</td>
<td>0,10</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>100% (7/7)</td>
<td>0,20</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% (2/2)</td>
<td>0,20</td>
<td>100% (3/3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
En lo que concierne al porcentaje mecanismos de cohesión léxica usados correctamente este descendió del 87% en el estadio leve (n=7), al 62,8% en el moderado (n=6) y al 28,8% en el severo (n=5). En los tres estadios el mecanismo de cohesión léxica más problemático fue la hiperonimia con un notorio descenso a medida que aumenta el estadio. Así, en el leve hubo un 62,5% de usos correctos, en el moderado un 16,7% y en el severo un 0%. La sinonimia también fue conflictiva para los informantes, pues el porcentaje de usos correctos fue de 74% en el moderado y de 27,8% en el severo. Si observamos el deterioro de los mecanismos de cohesión léxica entre estadios, comprobamos que el que más se reduce tanto del estadio leve al moderado como de este al severo es la hiperonimia (73,3% y 100% de disminución de usos correctos respectivamente. Del estadio leve al moderado también se reduce considerable el uso correcto de la sinonimia (un descenso del 62,5%) y del moderado al severo el uso de términos genéricos (71,9% menos). En la Gráfica 19 se muestran los puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados por estadio.

Gráfica 19. Puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados por estadio.

Si atendemos a los porcentajes de uso correcto de mecanismos de cohesión léxica según el grado de GDS, observamos que la tendencia es que estos disminuyan conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3=86,9%, GDS-4=87%; GDS-5=62,8%; GDS-6= 32,1%, GDS-7=0%). Para los informantes entre GDS-3 y GDS-5 el mecanismo más complejo fue la hiperonimia (62,5% de usos correctos en los de GDS-3 y 4 y 16,7% en los de GDS-5), seguido de la sinonimia (72,2% en el GDS-3, 75% en el GDS-4 y 27,8% en el GDS-5). En el
caso de los informantes en GDS-6, la hiperonimia fue de nuevo el mecanismo en el que se detectaron menos usos correctos (0%), seguido de los términos generales (10,29%). Los informantes en GDS-7 tan solo fueron capaces de emplear el mecanismo de repetición, pero con un porcentaje bajo de usos correctos (33,3%). En la Gráfica 20 se muestran los puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados por GDS.

Gráfica 20. Puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados por GDS.

La Tabla 51 muestra los puntos obtenidos en los tipos de cohesión léxica por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

Tabla 51. Puntos de media obtenidos en cohesión léxica por los informantes clasificados por GDS y estadio.

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS/ESTADIO</th>
<th>Repetición</th>
<th>Sinónimo</th>
<th>Hiperónimo</th>
<th>General</th>
<th>Hipónimo</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>0,20</td>
<td>0,14</td>
<td>0,13</td>
<td>0,20</td>
<td>0,20</td>
<td>0,87</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,13</td>
<td>0,20</td>
<td>0,20</td>
<td>0,87</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>0,20</td>
<td>0,06</td>
<td>0,03</td>
<td>0,17</td>
<td>0,17</td>
<td>0,63</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0,10</td>
<td>0,10</td>
<td>0,00</td>
<td>0,02</td>
<td>0,10</td>
<td>0,32</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0,07</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>LEVE</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,13</td>
<td>0,20</td>
<td>0,20</td>
<td>0,87</td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO</td>
<td>0,20</td>
<td>0,06</td>
<td>0,03</td>
<td>0,17</td>
<td>0,17</td>
<td>0,63</td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO</td>
<td>0,08</td>
<td>0,08</td>
<td>0,00</td>
<td>0,05</td>
<td>0,08</td>
<td>0,29</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>0,17</td>
<td>0,11</td>
<td>0,07</td>
<td>0,16</td>
<td>0,17</td>
<td>0,68</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.2.4. Marcadores discursivos

Los resultados con respecto a los marcadores discursivos indican que existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y la puntuación en este apartado (M=.65; SD=.28), $r=-.587 \ p<.003$, n=23, con un coeficiente de determinación de $R^2=.313$. La Tabla 52 presenta el número de usos correctos e incorrectos de cada tipo de marcador discursivo de cada uno de los informantes y en la Tabla 53 se muestran el porcentaje de usos correctos por cada informante en la anotación de los marcadores discursivos, así como su puntuación en cada uno de los apartados.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Aditivos</th>
<th>Contrastivos</th>
<th>Reformuladores</th>
<th>Ordinales</th>
<th>Causales</th>
<th>Consecutivos</th>
<th>Temporales</th>
<th>Espaciales</th>
<th>Condicionales</th>
<th>Finales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>✓</td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>✓</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>24</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>183</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>14</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>43</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>67</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>74</td>
<td>0</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>52</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>66</td>
<td>0</td>
<td>22</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>18</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>89</td>
<td>0</td>
<td>26</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
<td>10</td>
<td>23</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>155</td>
<td>0</td>
<td>68</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>35</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>117</td>
<td>0</td>
<td>45</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>26</td>
<td>0</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>97</td>
<td>0</td>
<td>36</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>169</td>
<td>0</td>
<td>28</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>33</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>162</td>
<td>0</td>
<td>38</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>23</td>
<td>0</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>93</td>
<td>0</td>
<td>23</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>28</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>118</td>
<td>0</td>
<td>32</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>123</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>123</td>
<td>0</td>
<td>28</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla 52. Usos correctos e incorrectos de los tipos de marcadores discursivos por parte de los informantes.
Tabla 53. Porcentaje de usos correcto y puntos en los tipos de marcadores discursivos por parte de los informantes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Aditivos</th>
<th>Contrastivos</th>
<th>Reformul.</th>
<th>Ordinales</th>
<th>Causales</th>
<th>Consecutivos</th>
<th>Temporales</th>
<th>Espaciales</th>
<th>Condicionales</th>
<th>Finales</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>75% 0,08</td>
<td>50% 0,05</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>67% 0,07</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>92% 0,09</td>
<td>75% 0,08</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,63</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,09</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,89</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,70</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,40</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>86% 0,09</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,79</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,80</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>50% 0,05</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>91% 0,09</td>
<td>95% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,74</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>0,70</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,90</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,80</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,80</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,60</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,50</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>0,90</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,60</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>100% 0,10</td>
<td>- 0,00</td>
<td>0,70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

35 Reformul. = reformuladores
En lo que concierne al porcentaje de uso correcto de los marcadores discursivos, este descendió del 75,5% en el estadio leve (n=7), al 71,3% en el moderado (n=6) y al 31,2% en el severo (n=5). En los tres estadios el tipo de marcadores discursivos con menos usos correctos fueron los finales (25% en el estadio leve, 33,3% en el moderado y 0% en el severo). En el estadio leve también fue especialmente bajo el porcentaje de usos correctos de marcadores ordinales (45,8%) y reformuladores (50%); en el moderado se dieron pocos usos correctos de reformuladores (33,3%); y en el severo de ordinales (13,3%). En cuanto a las diferencias entre estadios, del leve al moderado hubo un descenso brusco en el uso correcto de marcadores temporales (47,8% menos) y reformuladores (33,3%). Sin embargo, cabe destacar que los informantes en el estadio moderado emitieron correctamente un 45,5% más de ordinales y un 25% más de espaciales. Entre el estadio moderado y severo el descenso más pronunciado fue el de los marcadores finales (100% menos), seguido de los ordinales (80% menos) y de los espaciales (76% menos). La Gráfica 21 representa la puntuación en los tipos de marcadores discursivos obtenida por los informantes, clasificados según el estadio de la enfermedad.

Gráfica 21. Puntuación en los tipos de marcadores discursivos de los informantes, clasificados por estadio.

Si atendemos a los porcentajes de uso correcto de los marcadores discursivos según el grado de GDS, observamos que estos se mantienen hasta el GDS-6 donde se reducen
considerablemente (GDS-3=67,5%; GDS-4=79,2%; GDS-5=71,3%; GDS-6= 41,7%, GDS-7=24,2%). En todos los estadios los marcadores finales fueron los que obtuvieron un porcentaje más bajo de usos correctos (GDS-3=25%, GDS-4=25%; GDS-5=33,3%; GDS-6= 0%, GDS-7=0%). En el caso de los informantes en los grados 3 y 5 el segundo tipo de marcador más problemático fueron los reformuladores (25% y 33% de usos correctos respectivamente); en el caso de aquellos en los grados 4, 6 y 7 fueron los ordinales (43,8%, 33,3% y 0% respectivamente). La Gráfica 22 representa la puntuación en el apartado de marcadores discursivos según el GDS de los informantes.

A modo de síntesis, la Tabla 54 muestra los puntos obtenidos en los tipos de marcadores discursivos por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

Tabla 54. Puntuación obtenida en los tipos de marcador discursivo por los informantes, clasificados por GDS y estadio.
6.2.5. Mecanismos de cohesión

En este apartado se muestra los resultados obtenidos al sumar los datos obtenidos en el análisis de los elementos de cohesión que figuran en el protocolo propuesto en esta tesis. Los datos resultantes indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad ($M=1.70$; $SD=.82$) y la puntuación obtenida por los informantes en el apartado “cohesión” del protocolo ($M=2.7$; $SD=1.01$), $r=-.764$, $p<.000$, $n=23$, con un coeficiente de determinación de $R^2=.564$. En la Tabla 55 se muestran la puntuación obtenida por cada informante en cada uno de los apartados y en los mecanismos de cohesión como conjunto.

**Tabla 55. Resultado de la anotación en cada apartado de “cohesión” de cada informante en el corpus.**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Referencialidad</th>
<th>Sustitución</th>
<th>Léxico</th>
<th>M. discursivos</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>0,20</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>0,20</td>
<td>0,50</td>
<td>0,00</td>
<td>0,10</td>
<td>0,80</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>0,67</td>
<td>0,78</td>
<td>0,80</td>
<td>0,63</td>
<td>2,87</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>0,28</td>
<td>0,51</td>
<td>0,64</td>
<td>0,83</td>
<td>2,26</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>0,00</td>
<td>0,25</td>
<td>0,00</td>
<td>0,00</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>0,86</td>
<td>0,64</td>
<td>0,60</td>
<td>0,80</td>
<td>2,90</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>0,78</td>
<td>0,63</td>
<td>0,40</td>
<td>0,70</td>
<td>2,51</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>0,51</td>
<td>0,38</td>
<td>0,63</td>
<td>0,89</td>
<td>2,42</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>0,79</td>
<td>0,87</td>
<td>0,60</td>
<td>0,70</td>
<td>2,96</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>0,80</td>
<td>0,75</td>
<td>0,60</td>
<td>0,40</td>
<td>2,55</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>0,73</td>
<td>0,61</td>
<td>0,93</td>
<td>0,79</td>
<td>3,06</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>0,80</td>
<td>0,75</td>
<td>0,99</td>
<td>0,80</td>
<td>3,34</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>1,00</td>
<td>0,98</td>
<td>1,00</td>
<td>1,00</td>
<td>3,98</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>0,94</td>
<td>0,65</td>
<td>1,00</td>
<td>0,74</td>
<td>3,33</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>0,79</td>
<td>0,58</td>
<td>0,60</td>
<td>0,70</td>
<td>2,68</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>1,00</td>
<td>0,71</td>
<td>0,98</td>
<td>0,90</td>
<td>3,58</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>1,00</td>
<td>0,75</td>
<td>0,99</td>
<td>0,80</td>
<td>3,54</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>1,00</td>
<td>1,00</td>
<td>0,80</td>
<td>0,80</td>
<td>3,60</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>0,60</td>
<td>0,48</td>
<td>0,60</td>
<td>0,60</td>
<td>2,28</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>0,80</td>
<td>1,00</td>
<td>0,80</td>
<td>0,50</td>
<td>3,10</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>1,00</td>
<td>0,75</td>
<td>0,98</td>
<td>0,90</td>
<td>3,63</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>0,59</td>
<td>0,99</td>
<td>0,90</td>
<td>0,60</td>
<td>3,08</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>1,00</td>
<td>0,74</td>
<td>0,80</td>
<td>0,70</td>
<td>3,24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si observamos las diferencias entre estadios, observamos que la puntuación en los cuatro apartados (referencialidad, sustitución, cohesión léxica y marcadores discursivos) disminuye conforme aumenta el deterioro cognitivo. Esto se refleja en la puntuación total, de modo que el estadio leve ($n=7$) (3,28 puntos) al moderado ($n=6$) (2,73 puntos) se produce un descenso del 16,8% y de este al severo ($n=5$) (1,28) se da una disminución del 53,2%. Estas diferencias se pueden apreciar en la Gráfica 23, que ilustra la puntuación
en cada uno de los apartados de cohesión según estadio y en la Gráfica 24, que muestra la puntuación total en cohesión según estadio.

Gráfica 23. Puntuación en los apartados según estadio.  
Gráfica 24. Puntuación total en cohesión según estadio.

Si atendemos a las diferencias en las puntuaciones según grado de GDS, podemos apreciar que la puntuación disminuye conforme avanza el deterioro, pero esta diferencia no es uniforme. De este modo, del GDS-3 (n=4) (3,26) al GDS-4 (n=8) (2,29) la puntuación no se reduce, sino que aumenta un 0,9%; del GDS-4 al 5 (n=6) (2,73), lo que implica una diferencia del 17%. Una vez más, la disminución más considerable se da entre los informantes con GDS-5 y los de GDS-6 (n=2) (0,24), con un descenso en los puntos del 54%. Entre los GDS-6 y GDS-7 (n=3) (1,29) nos encontramos de nuevo con un aumento en la puntuación del 2,7%. Estas diferencias se representan de forma gráfica en la Gráfica 25, que muestra las puntuaciones en los apartados de cohesión según GDS.
Estos resultados indican, como sucede también en el apartado “contexto”, que el principal deterioro de los mecanismos de cohesión se da entre el GDS-5 y el GDS-6, es decir, entre el estadio moderado y el inicio del severo. Asimismo, los resultados también apuntan que a pesar de que el porcentaje se reduce, los informantes en los estadios avanzados todavía usan mecanismos de cohesión de forma correcta. Particularmente llamativo es el caso de las informantes I01 e I02, que prácticamente han alcanzado el estado de mutismo, pero entre las pocas frases inteligibles que pronuncian se encuentran mecanismos de cohesión. Como resumen de este apartado, en la Tabla 56 se muestran la media de las puntuaciones obtenidas por los informantes tanto por GDS como por estadio.

| Tabla 56. Puntuación media en cada uno de los apartados de “cohesión” por estadio y GDS. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GDS/estadio | Referencialidad | Sustitución | Léxico | M. discursivos | Total |
| ESTADIO | GDS-3 | 0,85 | 0,87 | 0,87 | 0,68 | 3,26 |
| | GDS-4 | 0,89 | 0,74 | 0,87 | 0,79 | 3,29 |
| | GDS-5 | 0,75 | 0,65 | 0,63 | 0,71 | 2,73 |
| | GDS-6 | 0,14 | 0,38 | 0,32 | 0,42 | 1,26 |
| | GDS-7 | 0,36 | 0,43 | 0,27 | 0,24 | 1,29 |
| | LEVE | 0,88 | 0,78 | 0,87 | 0,75 | 3,28 |
| | MODERADO | 0,75 | 0,65 | 0,63 | 0,71 | 2,73 |
| | SEVERO | 0,27 | 0,41 | 0,29 | 0,31 | 1,28 |
| TOTAL | 0,71 | 0,67 | 0,68 | 0,65 | 2,70 |
6.3. Lenguaje figurado

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en el análisis detallado del apartado de “lenguaje figurado” del protocolo que se propone en esta tesis. Esta parte consta en primer lugar de una introducción en la que se resumen los distintos tipos de lenguaje figurado que se han identificado durante el análisis, los tipos de errores que se han encontrado y la relación con el uso del lenguaje figurado y el deterioro cognitivo; a continuación se añaden seis subapartados: en el primero se analiza el uso de expresiones fijas, en el segundo de los extensores, en el tercero las metáforas, en el cuarto las metonimias, en el quinto el lenguaje retórico y, por último, se pone en relación la puntuación obtenida en esta parte del protocolo con el grado de deterioro cognitivo.

Tipos de lenguaje figurado

En total en el corpus se han identificado 665 enunciados en los que se ha empleado el lenguaje figurado. La forma más empleada por las personas que han participado en este estudio ha sido la de las expresiones fijas (230), seguidas de los extensores (150) y las metáforas (150). Las metonimias (72) y el lenguaje retórico (42) han sido menos frecuentes. Si atendemos al uso del lenguaje figurado contando las expresiones únicamente la primera vez que el informante las emplea, es decir, eliminando las repeticiones, nos encontramos con que las formas más utilizadas siguen siendo las expresiones fijas (185), seguidas de las metáforas (126), de los extensores (80), de las metonimias (57) y por último las figuras retóricas (38). De este modo, la forma en la que se han dado más repeticiones ha sido la de los extensores (46,6% del total), seguida de las metonimias (20,8%) y de las expresiones fijas (19,6%). Las formas menos repetidas han sido las metáforas (16%) y el lenguaje retórico (9,5%). La Gráfica 27 muestra la frecuencia de uso de las distintas formas con y sin repeticiones.
De los 665 enunciados etiquetados como lenguaje figurado, tan solo se detectaron 20 formas erróneas, es decir, el 3% del total. La forma de error más común fueron las expresiones fijas utilizadas en un contexto inapropiado (45%), seguidas de metáforas construidas incorrectamente (35%), expresiones fijas construidas incorrectamente (15%) y extensores empleados en el contexto inapropiado (5%). La Gráfica 28 representa gráficamente los tipos de errores de lenguaje figurado encontrados dentro del corpus.
La Tabla 57 muestra todos los errores detectados en el corpus en la producción de lenguaje figurado.

**Tabla 57. Errores detectados en el corpus en la producción de lenguaje figurado.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Infor.</th>
<th>GDS</th>
<th>Tipo de error</th>
<th>Fragmento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I23</td>
<td>3</td>
<td>Construcción errónea de expresión fija.</td>
<td>Fuimos allá a Santander y <em>estamos en una piña todos</em>.</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>3</td>
<td>Construcción errónea de expresión fija.</td>
<td>Algunas... Y otras pues van o vienen...</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>3</td>
<td>Construcción errónea de metáfora.</td>
<td>Te da unos nervios ahí o una <em>pena</em>, yo que sé.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>INF: ¿Fui yo? <em>Yo no tenía nada que ver, ¿eh?</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Expresión fija empleada en contexto inapropiado.</td>
<td>INF: ¿Ya son mayores (sus nietos)? INF: <em>Ya están en la edad, sí.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Pues mira, mi hermana aprendió a coser. Yo... Pues... Eran aquellos tiempos así más... <em>Terminales</em>.</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>4</td>
<td>Construcción errónea de metáfora.</td>
<td>Me gusta, pero tampoco no es una cosa que me eso.</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>5</td>
<td>Expresión fija empleada en contexto inapropiado.</td>
<td>INF: Pero pasádelo ben con eles (os netos), non? INF: Home, claro. Pero bueno, non ten particular ningún. <em>Os rapaces non se meten con el.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>E ale. Íbamos alí a-cando vas a buscar un couso calquera chegahas alí e... E... E fálo, fálo para ti, para ti. O que vas a coller alí... É para ti. E-e quedas... <em>Quedas saciado.</em></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>E... E después, claro. Me-me-me me aturullo xa tantas veces de-de de trapalladas. Pero no, no me-no me*-no me costa nada...*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>INF: Porque-porque para que lle vou a estar eu a... Puxar por el. Porque alghun pensa que ao mellor que... (xx) alí a ese sitio, que si PARA joderle os cartos ou que? INF: Si que logo vanche ter que dar favores ou... INF: Claro, claro, claro. Para que? Para que? Para para <em>joderle os cartos ou que?</em> No, no, no, no.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>INF: Porque eu collina-collinas cando foi que... Pois tuven que ir a... Ir a xunta esas-es-es personas que estaban antes. Alí, porque claro... Eles non o saben...Eles non o saben... <em>Entrar no-no allo</em></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Expresión fija empleada en contexto inapropiado.

Pois si-si no miramos moito moito cine demasiado e moito... (Eu ma collía) así tamén. Eso non ten importancia. Ou para min. No me-no me... No me faí efecto ninguén porque... Si eu vou contigho, porque ti faí agora de conta que ti eres a miña muller.

Expresión fija empleada en contexto inapropiado.

Eso non ten importancia. Ou para min. No me-no me... No me faí efecto ningún porque... Si eu vou contigho, porque ti faí agora de conta que ti eres a miña muller.

Extensor empleado en contexto inapropiado.

Pois ao mellor vou alá a casa enriba da casa é donde é. É cerca. (xx) ve-veño de tal parte aínda e tal! Entón ao mellor vas ti pum-pum-pum (presente). E to-e era así a... A vida era así (pasado, así cómo?).

Construcción errónea de metáfora.

Fas aquilo que-que-que-no momento e... E non pasa nada, non pasa nada. E ao mellor non lle-non lle digho nada a el nin nada. Ao que vén. Porque- porque para que lle vou a estar eu a... Puxar por el. Porque alghun pensa que ao mellor que... (xx) alí a ese sitio, que si.

<table>
<thead>
<tr>
<th>nº</th>
<th>Construcción errónea de metáfora.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>06</td>
<td>Porque fas cousiñas ao mellor que non che importa que che (remexan) un poco... Volvelas... Cambiar.... E... E fazer doutra maneira... E pasa por todos... Mentres que... Cando un sale así de señoritas... Non salgo por nada!</td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>Vémonos, falamos e chacheamos.</td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>Para oírlas (canciones) bien. Pero yo así para... formalizarlas, no soy demasiado de...</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lenguaje figurado y deterioro cognitivo

Con el objetivo de poder determinar si el uso del lenguaje figurado se deteriora conforme avanza el deterioro cognitivo de las personas con demencia, se creó una ratio de expresiones por minuto debido a la diferencia de longitud de las grabaciones de los distintos informantes. Los resultados indican que existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1,70; SD=.82) y la ratio de expresiones con lenguaje figurado correctas por minuto (M=1,64; SD=1,04), r=-.605, p<.002, n=23.
Los informantes con GDS-3 emitieron 1,5 expresiones con lenguaje figurado por minuto, los de GDS-4 1,6, los de GDS-5 1,2, los de GDS-6 0,4 y los de GDS-7 0,3. Si englobamos esta información en los tres estadios de la enfermedad obtenemos que en el estadio leve la media fue de 1,6 expresiones con lenguaje figurado por minuto, en el estadio moderado esta cifra descendió un 25% (1,2 exp./min.) y en el estadio severo un 56,25% (0,3 exp./min.). La Gráfica 29 ilustra las expresiones con lenguaje figurado por minuto emitidas por los informantes divididos por grado en la escala GDS y la Gráfica 30 muestra las ilustra las expresiones con lenguaje figurado por minuto emitidas por los informantes divididos por estadio de la enfermedad.

La Tabla 58 muestra la ratio por minuto del uso de expresiones con lenguaje figurado por parte de los informantes. En los apartados que siguen se desglosa la información del uso de cada tipo de lenguaje figurado identificado en este trabajo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS</th>
<th>Exp. fijas</th>
<th>Extensores</th>
<th>Metonimias</th>
<th>Metáforas</th>
<th>Leng. retórico</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,4</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>0,4</td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,2</td>
<td>0,3</td>
<td>1,2</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>0,6</td>
<td>0,2</td>
<td>0,2</td>
<td>0,4</td>
<td>0,1</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>0,5</td>
<td>0,3</td>
<td>0,2</td>
<td>0,5</td>
<td>0,1</td>
<td>1,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO</th>
<th>Exp. fijas</th>
<th>Extensores</th>
<th>Metonimias</th>
<th>Metáforas</th>
<th>Leng. retórico</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Severo</td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,1</td>
<td>0,0</td>
<td>0,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderado</td>
<td>0,4</td>
<td>0,2</td>
<td>0,1</td>
<td>0,2</td>
<td>0,3</td>
<td>1,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Leve</td>
<td>0,6</td>
<td>0,2</td>
<td>0,2</td>
<td>0,4</td>
<td>0,1</td>
<td>1,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.3.1. Expresiones fijas

Los resultados indican que existe una correlación negativa moderada entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) \((M=1.70; SD=.82)\) y la ratio de expresiones fijas correctas por minuto \((M=.47; SD=.34)\), \(r=-.539, p<.008, n=23\). Los informantes con GDS-3 emitieron de media 0.5 expresiones fijas por minuto, los de GDS-4 0.7, los de GDS-5 0.5, los de GDS-6 0.2 y los de GDS-7 0.2. Si atendemos a los datos distribuidos por estadios de la enfermedad obtenemos que en el estadio leve la media fue de 0.6 expresiones fijas por minuto, en el estadio moderado esta cifra descendió un 44.4\% (0.4 exp./min.) y en el estadio severo un 50\% (0.2 exp./min.). La Gráfica 31 ilustra las expresiones fijas por minuto emitidas por los informantes divididos por grado en la escala GDS y la Gráfica 32 muestra las expresiones fijas por minuto emitidas por los informantes divididos por estadio de la enfermedad.

![Gráfica 31. Expresiones fijas por minuto emitidas por los informantes clasificados por GDS.](image)

![Gráfica 32. Expresiones fijas por minuto emitidas por los informantes de cada estadio.](image)

6.3.2. Extensores discursivos

Los resultados apuntan que existe una correlación negativa moderada entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) \((M=1.70; SD=.82)\) y la ratio de extensores discursivos correctos por minuto \((M=.18; SD=.14)\), \(r=-.521, p<.011, n=23\). Los informantes con GDS-3 emitieron de media 0.3 extensores por minuto, los de GDS-4 0.2, los de GDS-5 0.2, los de GDS-6 0.1 y los de GDS-
7.0. Si atendemos a los datos distribuidos por estadios de la enfermedad obtenemos que en el estadio leve la media fue de 0,25 extensores por minuto, en el estadio moderado esta cifra descendió un 20% (0,2 ext./min.) y en el estadio severo un 40% (0,1 ext./min.). La Gráfica 33 ilustra los extensores por minuto emitidos por los informantes divididos por grado en la escala GDS y la Gráfica 34 muestra los extensores por minuto emitidos por los informantes divididos por estadio de la enfermedad.

6.3.4. Metonimias

Los resultados señalan que existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1.70; SD=.82) y la ratio de metonimias correctas por minuto (M=.14; SD=.13), r=-.759, p<.000, n=23. Los informantes con GDS-3 emitieron de media 0,22 metonimias por minuto, los de GDS-4 0,25, los de GDS-5 0,05, los de GDS-6 0 y los de GDS-7 0,02. Si atendemos a los datos distribuidos por estadios de la enfermedad obtenemos que en el estadio leve la media fue de 0,24 metonimias por minuto, en el estadio moderado esta cifra descendió un 79,2% (0,05 meto./min.) y en el estadio severo un 16,67% (0,01 meto./min.). La Gráfica 35 ilustra las metonimias por minuto emitidas por los informantes divididos por grado en la escala GDS y la Gráfica 36 muestra las metonimias por minuto emitidas por los informantes divididos por estadio de la enfermedad.
6.3.4. Metáforas

Los resultados muestran que existe una correlación negativa débil entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1.70; SD=.82) y la ratio de metáforas correctas por minuto (M=.30; SD=.30), $r=-.484$, $p<.019$, $n=23$. Los informantes con GDS-3 emitieron de media 0,45 metáforas por minuto, los de GDS-4 0,43, los de GDS-5 0,23, los de GDS-6 0,13 y los de GDS-7 0,04. Si atendemos a los datos distribuidos por estadios de la enfermedad obtenemos que en el estadio leve la media fue de 0,43 metáforas por minuto, en el estadio moderado esta cifra descendió un 79,2% (0,23 meta./min.) y en el estadio severo un 16,67% (0,08 meta./min.). La Gráfica 37 identifica las metáforas por minuto emitidas por los informantes divididos por grado en la escala GDS y la Gráfica 38 muestra las metáforas por minuto emitidas por los informantes divididos por estadio de la enfermedad.
6.3.5. Lenguaje retórico

Los resultados muestran que no existe correlación entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1.70; SD=.82) y la ratio de lenguaje figurado empleado por minuto (M=.11; SD=.23), r=−.015, p≤.946, n=23. Los informantes con GDS-3 emitieron de media 0,08 enunciados retóricos por minuto, los de GDS-4 0,07, los de GDS-5 0,29 y tanto los de GDS-6 como los de GDS-7 emitieron 0. Si atendemos a los datos distribuidos por estadios de la enfermedad obtenemos que en el estadio leve la media fue de 0,07 enunciados retóricos por minuto, en el estadio moderado esta cifra aumentó a 0,29 meta./min. y en el estadio severo un se redujo a 0 meta./min.). La Gráfica 39 recoge los enunciados retóricos por minuto emitidos por los informantes divididos por grado en la escala GDS y la Gráfica 40 muestra los enunciados retóricos por minuto emitidos por los informantes divididos por estadio de la enfermedad.
6.3.6. Lenguaje figurado en el protocolo

En este apartado se muestran los resultados que tienen que ver con la adaptación de los resultados del lenguaje figurado a la puntuación del protocolo. Esta parte se ha calculado dividiendo el punto que corresponde al lenguaje figurado en cinco partes de 0,2 puntos cada una (expresiones fijas, extensores, metonimias, metáforas y lenguaje retórico). Si analizamos estadísticamente las puntuaciones resultantes, estas indican que existe una correlación negativa significativa entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y la puntuación en el apartado de lenguaje figurado del protocolo (M=.69; SD=.35), $r= -.600\ p<.002$, n=23, con un coeficiente de determinación de $R^2=.360$. En la Tabla 59 se muestra el número de usos de cada informante de cada uno de los tipos y en total. Al lado de los usos correctos se ha indicado el número de errores.
Tabla 59. Porcentaje de usos correctos en cada tipo de lenguaje figurado de cada uno de los informantes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Exp. fijas</th>
<th>Extensores</th>
<th>Metonimias</th>
<th>Metáforas</th>
<th>Len. retórico</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>100% 1/1</td>
<td>0.2</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>100% 3/3</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>100% 10/10</td>
<td>0.2</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>100% 10/10</td>
<td>0.2</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>100% 6/6</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>36.4% 4/11</td>
<td>0.07</td>
<td>0.15</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100% 7/7</td>
<td>0.2</td>
<td>0.0</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>100% 2/2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100% 10/10</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100% 14/14</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>96.8% 30/31</td>
<td>0.19</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>100% 8/8</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100% 12/12</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100% 13/13</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100% 12/12</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100% 11/11</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0.1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100% 2/2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>100% 9/9</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>100% 6/6</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>94% 15/16</td>
<td>0.19</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
<td>0.2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Si atendemos a la distribución de estos datos por grado de GDS, nos encontramos con que en el GDS-3 la puntuación fue 0,83, en el GDS-4 también 0,83, en el GDS-5 0,73, en el GDS-6 0,29 y en el GDS-7 fue 0,30. La Gráfica 41 muestra las diferencias en la puntuación de lenguaje figurado en el protocolo por cada grado de la escala GDS. En lo que concierne a la diferencia entre estadios, en el leve o inicial la puntuación fue de 0,83 sobre 1, en el moderado 0,73 (un 22% menos) y en el avanzado 0,30 (un 52% menos). La Gráfica 42 muestra las puntuaciones en los tres estadios de la enfermedad.
La Tabla 60 muestra las puntuaciones obtenidas de media en los diferentes estadios y grados de la escala GDS en cada uno de los cinco tipos de lenguaje figurado que distinguimos en este trabajo.

**Tabla 60. Puntuación obtenida en el apartado de lenguaje figurado por parte de los informantes.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Estadio</th>
<th>Exp. Fijas</th>
<th>Extensores</th>
<th>Metonimias</th>
<th>Metáforas</th>
<th>Len. retórico</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LEVE</td>
<td>0,18</td>
<td>0,17</td>
<td>0,20</td>
<td>0,16</td>
<td>0,12</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>MODERADO</td>
<td>0,18</td>
<td>0,16</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
<td>0,73</td>
</tr>
<tr>
<td>SEVERO</td>
<td>0,12</td>
<td>0,08</td>
<td>0,04</td>
<td>0,06</td>
<td>0,00</td>
<td>0,30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS</th>
<th>Exp. Fijas</th>
<th>Extensores</th>
<th>Metonimias</th>
<th>Metáforas</th>
<th>Len. retórico</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,20</td>
<td>0,19</td>
<td>0,10</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>0,17</td>
<td>0,19</td>
<td>0,20</td>
<td>0,15</td>
<td>0,13</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>0,18</td>
<td>0,16</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
<td>0,13</td>
<td>0,73</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0,10</td>
<td>0,10</td>
<td>0,00</td>
<td>0,09</td>
<td>0,00</td>
<td>0,29</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0,13</td>
<td>0,07</td>
<td>0,07</td>
<td>0,03</td>
<td>0,00</td>
<td>0,30</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.4. Cortesía lingüística

En esta sección se presentan los datos extraídos del análisis del apartado “cortesía” del protocolo. Los resultados de la anotación en este apartado determinan que, en el caso de este corpus, existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1.70; SD= .82) y la puntuación en cortesía (M=.91 SD=.22), $r=-.596 \ p<.006$, n=23, con un coeficiente de determinación de $R^2=.355$. En la Tabla 61 se muestran los resultados obtenidos en la anotación de la cortesía y los puntos obtenidos por cada informante en esta parte del protocolo.

Tabla 61. Porcentajes y puntuación obtenidos por los informantes en el apartado “cortesía” del protocolo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Cort.ok</th>
<th>Puntos</th>
<th>Cort.nok</th>
<th>No aprop.</th>
<th>No resp.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>10% (1/10)</td>
<td>0,10</td>
<td>90% (9/10)</td>
<td>0%</td>
<td>90% (9/10)</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>43,3% (13/30)</td>
<td>0,43</td>
<td>56,7% (17/30)</td>
<td>0%</td>
<td>56,7% (17/30)</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>95,1% (117/123)</td>
<td>0,95</td>
<td>4,9% (6/123)</td>
<td>1,6% (2/123)</td>
<td>3,3% (4/123)</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>96,7% (292/302)</td>
<td>0,97</td>
<td>3,3% (10/302)</td>
<td>2,6% (8/302)</td>
<td>0,7% (2/302)</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>81,8% (36/44)</td>
<td>0,82</td>
<td>18,2% (8/44)</td>
<td>0%</td>
<td>18,2% (8/44)</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>98,2% (213/217)</td>
<td>0,98</td>
<td>1,8% (4/217)</td>
<td>1,4% (3/217)</td>
<td>0,5% (1/217)</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>98,6% (140/142)</td>
<td>0,99</td>
<td>1,4% (2/142)</td>
<td>0,7% (1/142)</td>
<td>0,7% (1/142)</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>97,0% (161/166)</td>
<td>0,97</td>
<td>3,0% (5/166)</td>
<td>3,0% (5/166)</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100% (153/153)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>96,5% (55/57)</td>
<td>0,96</td>
<td>3,5% (2/57)</td>
<td>0%</td>
<td>3,5% (2/57)</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100% (160/160)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100% (226/226)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100% (311/311)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>100% (236/236)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100% (141/141)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100% (186/186)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100% (214/214)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100% (186/186)</td>
<td>1,00</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
El porcentaje de uso correcto de la cortesía se mantuvo prácticamente invariable entre el estadio leve (n=7), en el que hubo una media del 98,5% y el estadio moderado (n=6), en el que la media fue del 98,4%. Entre el estadio moderado y el severo se produjo un descenso más pronunciado (33,5%), pues el porcentaje de uso correcto fue del 65,4%. Esto nos indica que, en términos generales, la cortesía permanece intacta hasta el estadio avanzado de la enfermedad, cuando comienza a deteriorarse por la falta de expresiones que permitan ejecutar actos corteses. Con respecto a los problemas de cortesía, en el estadio inicial el único informante que mostró problemas fue I23, que emitió un 18,3% de enunciados no apropiados, en el caso de los otros informantes no se detectaron errores de cortesía. En el estadio moderado tan solo 0,85% de los enunciados fueron no apropiados y 0,78% no obtuvieron respuesta. En lo que respecta al estadio severo, el porcentaje medio de respuestas no apropiadas también fue muy reducido (0,86%), pero el de no respuesta fue considerablemente más elevado (33,8%). La Gráfica 43 representa los puntos que han obtenido los informantes en el apartado de cortesía del protocolo que se propone en esta tesis.

Gráfica 43. Puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados por estadio.
Si nos paramos a observar el porcentaje de usos correctos de cortesía según el grado de GDS (GDS-3=95,4%, GDS-4= 100%; GDS-5=98,4%; GDS-6= 89,3%; GDS-7=49,5%) observamos que este se mantiene rozando el 100% de usos correctos hasta el GDS-6, cuando comienza a reducirse. En la Gráfica 44, que se muestra a continuación, se ilustra la puntuación media obtenida en el apartado de cortesía por los informantes, clasificados por GDS.

*Gráfica 44. Puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados por GDS*

Como resumen de este apartado, la Tabla 62 muestra los puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

*Tabla 62. Puntos obtenidos en cortesía por los informantes, clasificados por GDS y estadio.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Grado</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GDS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td></td>
<td>0,95</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td></td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td></td>
<td>0,98</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td></td>
<td>0,89</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td></td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESTADIO</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leve</td>
<td></td>
<td>0,98</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderado</td>
<td></td>
<td>0,98</td>
</tr>
<tr>
<td>Severo</td>
<td></td>
<td>0,65</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td></td>
<td>0,91</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.5. Informatividad

La puntuación en el apartado informatividad se ha obtenido analizando el porcentaje de respuestas preferidas y relevantes proporcionadas por los informantes durante la entrevista y adaptando este resultado al punto que le corresponde en el protocolo propuesto en esta tesis. Así, se ha determinado que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad (GDS-3 y GDS-4= leve, GDS-5= moderado; GDS-6 y GDS-7= severo) (M=1.70; SD=.82) y la puntuación en informatividad (M=.63 SD=.24), $r=-.755\ p<.000, n=23$, con un coeficiente de determinación de $R^2=.570$. En la Tabla 63 se presentan el porcentaje respuestas preferidas y relevantes proferidas por los informantes en la entrevista y su adaptación a la puntuación determinada por el protocolo.

Tabla 63. Porcentajes y puntuación obtenidos por los informantes en el apartado “informatividad” del protocolo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Porcentaje de respuestas preferidas y relevantes</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>11,1% (2/18)</td>
<td>0,11</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>28,1% (9/32)</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>28,9% (41/142)</td>
<td>0,29</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>29,9% (92/308)</td>
<td>0,30</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>65,8% (25/38)</td>
<td>0,66</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>40,9% (88/215)</td>
<td>0,41</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>48,6% (71/146)</td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>31,6% (54/171)</td>
<td>0,32</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>67,3% (101/150)</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>63,2% (36/57)</td>
<td>0,63</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>97,4% (151/155)</td>
<td>0,97</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>79,7% (169/212)</td>
<td>0,80</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>74,3% (228/307)</td>
<td>0,74</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>67,5% (166/246)</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>67,4% (95/141)</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>81,1% (150/185)</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>69,0% (149/216)</td>
<td>0,69</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>84,8% (156/184)</td>
<td>0,85</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>84,3% (86/102)</td>
<td>0,84</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>80,6% (100/124)</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>93,9% (214/228)</td>
<td>0,94</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>61,2% (79/129)</td>
<td>0,61</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>86,5% (96/111)</td>
<td>0,86</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En lo que respecta al porcentaje de respuestas preferidas relevantes, este descendió del 77,5% en el estadio leve (n=7), al 58,2% en el moderado (n=6) y 32,8% en el severo (n=5), lo que supone una reducción del 25% del estadio leve al moderado y un 43,7% del
moderado al severo. Este resultado nos indica que conforme progresa el deterioro cognitivo las personas que padecen demencia pierden la capacidad para emitir enunciados informativos. La Gráfica 45 representa los puntos que han obtenido los informantes en informatividad.

El error más común a la hora de pronunciar enunciados informativos en el caso del estadio leve fue emitir información repetida como si fuese nueva (una media de 11,3% de los enunciados), seguido de realizar preguntas en vez de responder al entrevistador (3,2%). En el caso del estadio moderado, las preguntas de confirmación fueron el fallo más recurrente (12,8%) y a continuación los enunciados irrelevantes (12,5%). En el estadio severo, el error más habitual fueron los enunciados irrelevantes (29,4%), seguidos de las preguntas no respondidas (26,3%).

Gráfica 45. Puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados por estadio.

Si atendemos al porcentaje de informatividad según el grado de GDS, observamos que este disminuye conforme avanza el deterioro cognitivo (GDS-3=80,6%, GDS-4= 76%; GDS-5=58,2%; GDS-6= 47,8%; GDS-7=22,7%). Tanto para los informantes con GDS-3 como aquellos con GDS-4 el error de informatividad más común fue la repetición de información como si fuese nueva (de media 9% y 12,5% de los enunciados, respectivamente.) Los informantes del GDS-5, en cambio, incurrieron más en las preguntas de confirmación (12,8%) y los enunciados irrelevantes (12,5%). En el caso de los informantes con GDS-6 y GDS-7, los principales errores de informatividad fueron los
enunciados irrelevantes (32,7% y 27,1% respectivamente) y no responder a las preguntas de la entrevistadora (12,2% y 35,8%). La Gráfica 46 muestra los puntos obtenidos en informatividad por los informantes según su grado de GDS.

Gráfica 46. Puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados por GDS.

La Tabla 63 muestra los puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

Tabla 63. Puntos obtenidos en informatividad por los informantes, clasificados por GDS y estadio.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grado</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>0,76</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>0,58</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0,23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ESTADIO</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leve</td>
<td>0,78</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderado</td>
<td>0,58</td>
</tr>
<tr>
<td>Severo</td>
<td>0,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>0,63</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.6. Topicalidad

En este trabajo, para analizar la topicalidad se ha analizado si las respuestas de los informantes a las preguntas de la entrevistadora eran preferidas o no preferidas, según la teoría de los pares adyacentes de Schlegoff & Sachs (1973). De este modo, los resultados de aplicar el protocolo al análisis de la topicalidad indican que existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y la puntuación en este apartado (M=.67; SD=.24), \( r=-.576 \), \( p<.000 \), n=23, con un coeficiente de determinación de \( R^2=.576 \). En la Tabla 64 se muestran los resultados obtenidos en la anotación de la preferencia, así como los puntos correspondientes a este apartado del protocolo.

**Tabla 64. Resultados de la anotación del apartado topicalidad del protocolo.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Pref. rel.</th>
<th>Pref. inc.</th>
<th>Pref.gen</th>
<th>No pref.</th>
<th>Total preferidas</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>11,1%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>88,9%</td>
<td>11,1%</td>
<td>0,11</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>28,1%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>71,9%</td>
<td>28,1%</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>28,9%</td>
<td>2,8%</td>
<td>2,1%</td>
<td>66,2%</td>
<td>33,8%</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>29,9%</td>
<td>0,3%</td>
<td>1,6%</td>
<td>68,2%</td>
<td>31,8%</td>
<td>0,32</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>65,8%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>34,2%</td>
<td>65,8%</td>
<td>0,66</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>40,9%</td>
<td>2,8%</td>
<td>6,0%</td>
<td>50,2%</td>
<td>49,8%</td>
<td>0,50</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>48,6%</td>
<td>6,2%</td>
<td>12,3%</td>
<td>32,9%</td>
<td>67,1%</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>31,6%</td>
<td>1,8%</td>
<td>1,8%</td>
<td>64,9%</td>
<td>35,1%</td>
<td>0,35</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>67,3%</td>
<td>3,3%</td>
<td>3,3%</td>
<td>26%</td>
<td>74%</td>
<td>0,74</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>63,2%</td>
<td>-</td>
<td>14,0%</td>
<td>22,8%</td>
<td>77,2%</td>
<td>0,77</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>97,4%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2,6%</td>
<td>97,4%</td>
<td>0,97</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>79,7%</td>
<td>0,9%</td>
<td>1,9%</td>
<td>17,5%</td>
<td>82,5%</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>74,3%</td>
<td>-</td>
<td>0,7%</td>
<td>25,1%</td>
<td>74,9%</td>
<td>0,75</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>67,5%</td>
<td>-</td>
<td>0,8%</td>
<td>31,7%</td>
<td>68,3%</td>
<td>0,68</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>67,4%</td>
<td>-</td>
<td>1,4%</td>
<td>31,2%</td>
<td>68,8%</td>
<td>0,69</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>81,1%</td>
<td>0,5%</td>
<td>1,1%</td>
<td>17,3%</td>
<td>82,7%</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>69%</td>
<td>-</td>
<td>0,9%</td>
<td>30,1%</td>
<td>69,9%</td>
<td>0,70</td>
</tr>
</tbody>
</table>
En porcentaje de respuestas preferidas descendió del 80,7% de media en el estadio leve (n=7), al 66,8% en el moderado (n=6) y al 34,1% en el severo (n=5), lo que implica un descenso del 17,3% entre el estadio leve y moderado y del 48,9% entre este último y el severo. En la Gráfica 47 se representa el descenso en la puntuación obtenida por los informantes, clasificados por estadio, en el apartado de topicalidad del protocolo conforme avanza el grado de deterioro cognitivo.

Gráfica 47. Puntos obtenidos en topicalidad por los informantes, clasificados por estadio.

Si atendemos a estos mismos datos clasificando los informantes por grado de GDS, observamos que también se produce un descenso progresivo de la puntuación. Aquellos en GDS-3 obtuvieron un 85,6% de respuestas preferidas, los de GDS-4 un 78,2%, un 66,8% los de GDS-5, un 48,8% los del GDS-6 y un 24,3% los de GDS-7. La Gráfica 48 muestra la puntuación en este apartado obtenida por los informantes, clasificados por GDS.
Gráfica 48. Puntos obtenidos en topicalidad por los informantes, clasificados por GDS.

La Tabla 65 muestra los puntos obtenidos en topicalidad por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

Tabla 65. Puntos obtenidos en topicalidad por los informantes clasificados por GDS y estadio.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Grado</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS</td>
<td>GDS-3</td>
<td>0,86</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-4</td>
<td>0,78</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-5</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-6</td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>GDS-7</td>
<td>0,24</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTADIO</td>
<td>LEVE</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>TOTAL</td>
<td>0,67</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.7. Alternancia de turnos

La capacidad para mantener los turnos conversacionales de los informantes se ha evaluado comprobando el porcentaje de preguntas del entrevistador a las que han respondido, independientemente de si la respuesta es preferida o relevante. Así, los resultados con respecto a la alternancia de turnos indican que existe una correlación negativa entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y la capacidad para continuar con los turnos de conversación de forma adecuada (M=.94; SD=.16), \( r = -0.600 \) \( p < 0.002 \), \( n=23 \), con un coeficiente de determinación de \( R^2 = .360 \). En la Tabla 66 se muestran el porcentaje de preguntas respondidas por cada informante en la entrevista, así como la puntuación que se otorga a cada informante en el apartado alternancia de turno.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informantes</th>
<th>Preguntas respondidas</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>61.1% (11/18)</td>
<td>0.61</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>34.4% (11/32)</td>
<td>0.34</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>97.2% (138/142)</td>
<td>0.97</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>99.4% (306/308)</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>76.3% (29/38)</td>
<td>0.76</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>99.5% (214/215)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>98.6% (144/146)</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>100% (171/171)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>100% (150/150)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>96.5% (55/57)</td>
<td>0.96</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>100% (155/155)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>100% (212/212)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>100% (307/307)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>100% (246/246)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>100% (141/141)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>100% (185/185)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>100% (216/216)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>100% (184/184)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>99% (101/102)</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>100% (124/124)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>100% (228/228)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>99.2% (128/129)</td>
<td>0.99</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>100% (111/111)</td>
<td>1.00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

El porcentaje de preguntas respondidas fue de 99,9% en el estadio leve, 99,11% en el moderado y 73,67% en el severo. Estos datos indican que la capacidad para mantener los
turnos conversacionales se mantiene relativamente intacta hasta el estadio severo, en el que decrece ligeramente un (35,2%). El hecho de que la media de preguntas respondidas sea un 93,8% refuerza esta afirmación. En la Gráfica 49 se representa gráficamente la puntuación obtenida de media en cada estadio de la enfermedad en el apartado de alternancia de turnos por los informantes de este estudio.

Gráfica 49. Puntos obtenidos en alternancia de turnos por los informantes, clasificados por estadio.

Si nos detenemos en la observación de estos mismos resultados distribuidos por grado en la escala GDS, nos encontramos con que el porcentaje de preguntas respondidas apenas se reduce hasta llegar al grado 5 (GDS-3=99,8%; GDS-4=99,9%; GDS-5=99,1%), disminuye ligeramente hasta el 87,83% en el GDS-6 y en el GDS-7 todavía se mantiene en el 64,2%. Esto último es especialmente significativo, pues incluso en aquellos casos en los que los informantes ya no pronuncian palabras definidas, el conocimiento de la estructura conversacional permanece parcialmente preservado. La Gráfica 50 muestra los puntos obtenidos en alternancia de turnos por los informantes, clasificados por GDS.
Gráfica 50. Puntos obtenidos en alternancia de turnos por los informantes, clasificados por GDS.

La Tabla 67 muestra los puntos obtenidos en alternancia de turnos por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

**Tabla 67. Puntuación media en informatividad por GDS y estadio.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS</th>
<th>ESTADIO</th>
<th>Puntos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>LEVE</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>LEVE</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>LEVE</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>LEVE</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>LEVE</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>MODERADO</td>
<td>0,67</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>SEVERO</td>
<td>0,34</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>TOTAL</td>
<td>0,67</td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.8. Competencia estratégica

Los resultados con respecto a la competencia estratégica indican que existe una correlación negativa muy fuerte entre el estadio de la enfermedad (M=1.70; SD=.82) y la capacidad para utilizar estrategias para suplir el déficit y continuar así con las interacciones (M=.82; SD=.25), $r=-.816; \ p<.000, \ n=23$, con un coeficiente de determinación de $R^2=.667$. En la Tabla 68 se muestran el porcentaje de uso que ha hecho cada uno de los informantes de cada una de las estrategias de compensación que consideramos en este trabajo, junto con la puntuación que han obtenido en este apartado.

Si contemplamos la media del porcentaje de uso correcto de estrategias de compensación por estadios vemos que este se reduce conforme aumenta el deterioro cognitivo. Así, en el estadio leve el 96,7% de las respuestas fueron una estrategia de compensación correcta, en el moderado un 86,4% y un 43,3% en el leve. Esto implica que su uso se redujo un 5% entre el estadio leve y moderado y un 49,9% entre este y el severo. Sin embargo, es necesario puntualizar que en el estadio leve la mayoría de las respuestas son relevantes (77,5%), por lo que las otras estrategias se han empleado menos. Las más recurrentes en este caso fueron la repetición de información con la que se sienten más cómodos (11,3%) y las preguntas de confirmación (3,2%). En el estadio moderado, fue en el que se detectó un porcentaje mayor de uso de estrategias, pues hubo un número menor de respuestas relevantes (58,2%). Así, un 12,8% de las respuestas fueron preguntas de confirmación, un 6,2% respuestas generales o poco específicas y un 4,1% de información repetida. En el estadio severo hubo pocas respuestas relevantes (32,8%) y el uso de las estrategias fue bajo. Las más frecuentes fueron las preguntas de confirmación (7,1%), seguido de reconocer abiertamente la incapacidad para responder a causa del déficit cognitivo (1,3%). En la Gráfica 51 se muestra la puntuación que han obtenido en el apartado de estrategias de compensación los informantes, clasificados por estadio.
Gráfico 51. Puntuación en competencia estratégica de los informantes, clasificados por estadio.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>11,1%</td>
<td>(2/18)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>5,6%</td>
<td>(1/18)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>44,4%</td>
<td>(8/18)</td>
<td>38,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>28,1%</td>
<td>(9/32)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3,1%</td>
<td>(1/32)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>3,1%</td>
<td>(1/32)</td>
<td>65,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>28,9%</td>
<td>(4/142)</td>
<td>2,8%</td>
<td>(3/142)</td>
<td>23,9%</td>
<td>(34/142)</td>
<td>0,7%</td>
<td>(1/142)</td>
<td>1,4%</td>
<td>3,5%</td>
<td>33,8%</td>
<td>(48/142)</td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>29,9%</td>
<td>(92/308)</td>
<td>0,3%</td>
<td>(1/308)</td>
<td>5,8%</td>
<td>(18/308)</td>
<td>7,5%</td>
<td>(1/142)</td>
<td>5,8%</td>
<td>(18/308)</td>
<td>5,8%</td>
<td>(18/308)</td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>65,8%</td>
<td>(25/38)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>10,5%</td>
<td>(4/38)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>23,7%</td>
<td>(9/38)</td>
<td>65,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>40,9%</td>
<td>(88/215)</td>
<td>2,8%</td>
<td>(6/215)</td>
<td>24,7%</td>
<td>(53/215)</td>
<td>5,6%</td>
<td>(12/215)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>42,2%</td>
<td>(33/215)</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>48,6%</td>
<td>(71/146)</td>
<td>6,2%</td>
<td>(9/146)</td>
<td>10,3%</td>
<td>(15/146)</td>
<td>7,5%</td>
<td>(11/146)</td>
<td>1,4%</td>
<td>3,4%</td>
<td>8,9%</td>
<td>(13/146)</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>31,6%</td>
<td>(54/171)</td>
<td>1,8%</td>
<td>(3/171)</td>
<td>21,1%</td>
<td>(36/171)</td>
<td>1,2%</td>
<td>(2/171)</td>
<td>-</td>
<td>1,2%</td>
<td>41,5%</td>
<td>(71/171)</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>67,3%</td>
<td>(101/150)</td>
<td>3,3%</td>
<td>(5/150)</td>
<td>6,7%</td>
<td>(10/150)</td>
<td>8%</td>
<td>(12/150)</td>
<td>-</td>
<td>3,3%</td>
<td>7,3%</td>
<td>(11/150)</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>63,2%</td>
<td>(36/57)</td>
<td>14%</td>
<td>(8/57)</td>
<td>14%</td>
<td>(8/57)</td>
<td>1,8%</td>
<td>(1/57)</td>
<td>-</td>
<td>3,5%</td>
<td>(2/57)</td>
<td>3,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>97,4%</td>
<td>(151/155)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0,6%</td>
<td>(1/155)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1,9%</td>
<td>(3/155)</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>79,7%</td>
<td>(169/212)</td>
<td>0,9%</td>
<td>(2/212)</td>
<td>1,4%</td>
<td>(3/212)</td>
<td>15,1%</td>
<td>(32/212)</td>
<td>-</td>
<td>0,9%</td>
<td>-</td>
<td>(2/212)</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>74,3%</td>
<td>(228/307)</td>
<td>0,3%</td>
<td>(1/307)</td>
<td>3,9%</td>
<td>(12/307)</td>
<td>20,5%</td>
<td>(63/307)</td>
<td>-</td>
<td>0,3%</td>
<td>-</td>
<td>(1/307)</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>67,5%</td>
<td>(166/246)</td>
<td>0,8%</td>
<td>(2/246)</td>
<td>0,8%</td>
<td>(2/246)</td>
<td>5,7%</td>
<td>(14/246)</td>
<td>-</td>
<td>25,2%</td>
<td>74,8%</td>
<td>(184/246)</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>67,4%</td>
<td>(95/141)</td>
<td>1,4%</td>
<td>(2/141)</td>
<td>9,9%</td>
<td>(1/141)</td>
<td>14,2%</td>
<td>(20/141)</td>
<td>-</td>
<td>1,4%</td>
<td>5%</td>
<td>(7/141)</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>------</td>
<td>------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>------</td>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>----------</td>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>81,1%</td>
<td>0,5%</td>
<td>1,1%</td>
<td>-</td>
<td>1,1%</td>
<td>12,4%</td>
<td>1,1%</td>
<td>2,2%</td>
<td>0,5%</td>
<td>-</td>
<td>98,38%</td>
<td>0,98</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(150/185)</td>
<td>(1/185)</td>
<td>(2/185)</td>
<td>-</td>
<td>(2/185)</td>
<td>(23/185)</td>
<td>(2/185)</td>
<td>(4/185)</td>
<td>(1/185)</td>
<td>-</td>
<td>(182/185)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>69%</td>
<td>0,9%</td>
<td>-</td>
<td>0,5%</td>
<td>28,7%</td>
<td>0,9%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(149/216)</td>
<td>(2/216)</td>
<td>-</td>
<td>(1/216)</td>
<td>(62/216)</td>
<td>(2/216)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>(216/216)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>84,8%</td>
<td>2,7%</td>
<td>7,6%</td>
<td>-</td>
<td>2,2%</td>
<td>2,7%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(156/184)</td>
<td>(5/184)</td>
<td>(14/184)</td>
<td>-</td>
<td>(4/184)</td>
<td>(5/184)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>(184/184)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>84,3%</td>
<td>2%</td>
<td>4,9%</td>
<td>-</td>
<td>2,9%</td>
<td>1%</td>
<td>3,9%</td>
<td>-</td>
<td>1%</td>
<td>99%</td>
<td>99%</td>
<td>0,99</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(86/102)</td>
<td>(2/102)</td>
<td>(5/102)</td>
<td>-</td>
<td>(3/102)</td>
<td>(1/102)</td>
<td>(4/102)</td>
<td>-</td>
<td>(1/102)</td>
<td>(101/102)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>80,6%</td>
<td>3,2%</td>
<td>7,3%</td>
<td>-</td>
<td>6,5%</td>
<td>1,6%</td>
<td>0,8%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>100%</td>
<td>100%</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(100/124)</td>
<td>(4/124)</td>
<td>(9/124)</td>
<td>-</td>
<td>(8/124)</td>
<td>(2/124)</td>
<td>(1/124)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>(124/124)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>93,9%</td>
<td>0,4%</td>
<td>0,4%</td>
<td>-</td>
<td>3,9%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1,3%</td>
<td>-</td>
<td>98,7%</td>
<td>98,7%</td>
<td>0,99</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(214/228)</td>
<td>(1/228)</td>
<td>(1/228)</td>
<td>-</td>
<td>(9/228)</td>
<td>-</td>
<td>(3/228)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>(225/228)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>61,2%</td>
<td>4,7%</td>
<td>3,9%</td>
<td>-</td>
<td>2,3%</td>
<td>22,5%</td>
<td>0,8%</td>
<td>0,8%</td>
<td>3,1%</td>
<td>0,8%</td>
<td>95,4%</td>
<td>0,95</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>86,5%</td>
<td>0,9%</td>
<td>0,9%</td>
<td>-</td>
<td>8,1%</td>
<td>0,9%</td>
<td>2,7%</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>99,1%</td>
<td>99,1%</td>
<td>0,99</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(96/111)</td>
<td>(1/111)</td>
<td>(1/111)</td>
<td>-</td>
<td>(9/111)</td>
<td>(111/111)</td>
<td>(3/111)</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>(110/111)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Relev.=relevantes; Incom.=incompletas; Gen.=generales; Iro.=Irónicas; Preg.=preguntas de confirmación; Repe.=repetición; Contr.= contradictorias; Def.= reconocimiento del déficit; Irre.= Irrelevantes; No resp.= no respondidas
Si atendemos a los porcentajes de uso de la competencia estratégica por GDS, observamos que estos descienden conforme los informantes avanzan en la escala de deterioro (GDS-3=98,3%, GDS-4=95,9%, GDS-5=86,4%, GDS-6=54,8%, GDS-7=35,6%). El cambio más brusco lo detectamos entre el GDS-5 y el GDS-6 (36,5% menos) y entre este último y el 7 (35,1% menos). La Gráfica 52 muestra la puntuación de los informantes en cada grado de la escala GDS en el apartado de competencia estratégica de este protocolo.

**Gráfica 52. Puntuación en competencia estratégica de los informantes, clasificados por GDS.**

La Tabla 69 muestra los puntos obtenidos en competencia estratégica por los informantes, clasificados primero según su grado en la escala GDS y, a continuación, según su estadio.

**Tabla 69. Puntuación obtenida en competencia estratégica por los informantes, clasificados por GDS y estadio.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS/Estadio</th>
<th>Competencia estratégica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>0,98</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>0,96</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>0,86</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>0,55</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>0,36</td>
</tr>
<tr>
<td>Leve</td>
<td>0,97</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderado</td>
<td>0,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Severo</td>
<td>0,43</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>0,98</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
6.9. Resultados totales en coherencia pragmático-discursiva

En este apartado se presentan los resultados finales de la anotación detallada del protocolo de coherencia pragmático-discursiva. Estos datos se han obtenido sumando la puntuación resultante de todos los apartados que hemos desarrollado en este capítulo de la tesis. Así, los resultados con respecto a la competencia estratégica indican que existe una correlación negativa muy fuerte entre el estadio de la enfermedad \(M=1.70; \ SD=.82\) y la puntuación obtenida en la aplicación detallada del protocolo \(M=9.71; \ SD=3.46\), \(r=-.857 \ p<.000, \ n=23\), con un coeficiente de determinación de \(R^2=.737\). En la Tabla 70 se muestran las puntuaciones obtenidas en cada uno de los apartados del protocolo y la puntuación resultante de la suma de estas.

Si observamos a la distribución de los datos por estadio, observamos que la puntuación en coherencia pragmático-discursiva se redujo de 11,9 puntos de media en el estadio leve a 9,8 en el estadio moderado (-2,1 puntos) y se reduce a 4,29 en el severo (-5,5). Los apartados en los que se produjo una mayor reducción entre el estadio leve y moderado fueron roles sociales (-0,35), lugar (-0,34), tiempo (-0,33) y cohesión léxica (-0,24). Entre el estadio severo y el moderado, los apartados entre los que se observó una mayor reducción fueron conocimiento compartido (-0,59), lugar (-0,5) y referencialidad (-0,48). En la Gráfica 53 se ilustra con una gráfica la disminución de puntuación total media entre estadios de la demencia.
Gráfica 53. Puntuación total de los participantes clasificados por estadio.

Para poder obtener una imagen más clara, si dividimos estos resultados en tres rangos equivalentes a las tres categorías del protocolo, es decir, “preservado” (1-0,65), “parcialmente preservado” (0,65-0,35) y “no preservado” (0,35-0) se observa lo siguiente:

- **Estadio leve**: todos los apartados se encuentran dentro de la categoría “preservado” con puntuaciones que oscilan entre 0,75 y 1 punto de media, excepto el “conocimiento compartido”, que se encuentra en “parcialmente preservado”, con 0,6 puntos de media.

- **Estadio moderado**:
  - Preservados: alternancia de turnos (0,99), cortesía (0,98), referencialidad (0,75), lenguaje figurado (0,73), marcadores discursivos (0,71) y topicalidad (0,67).
  - Parcialmente preservados: sustitución (0,65), cohesión léxica (0,63), conocimiento compartido (0,59), informatividad (0,58), lugar (0,57), roles sociales (0,56) y tiempo (0,53).
  - Ninguno se encuentra dentro del rango “no preservado”.

- **Estadio severo**:
  - Preservados: alternancia de turnos (0,73) y cortesía (0,65).
  - Parcialmente preservados: competencia estratégica (0,43) y sustitución (0,41).
- No preservados: topicalidad (0,34), informatividad (0,33), marcadores discursivos (0,31), lenguaje figurado (0,30), cohesión léxica (0,29), referencialidad (0,27), roles sociales (0,10), lugar (0,07), tiempo (0,06), y conocimiento compartido (0).

En la Gráfica 54 se pueden observar estos mismos datos de una forma más visual.

Gráfica 54. Puntuaciones medias de los informantes divididos por estadio en cada uno de los apartados del protocolo.

Si atendemos a estos mismos datos distribuyendo a los informantes por grado en la escala GDS también observamos como la puntuación media disminuye conforme avanza la clasificación en la escala (GDS-3=12,02 puntos, GDS-4= 11,88; GDS-5=9,80; GDS-6= 5,07; GDS-7=3,77). El cambio más acuciado es el que se da entre el GDS-5 y el GDS-6, donde se produce una reducción de 4,73 puntos de media. A diferencia de lo que ocurre cuando
se observa los datos por estadios, la disminución en la puntuación entre grados de GDS no es tan progresiva. Esto se aprecia sobre todo entre el GDS-3 y el GDS-4, en los que la puntuación solo se reduce 0,14 puntos de media y el GDS-6 y GDS-7, donde la disminución es de 1,3 puntos. Además, entre estos grados de la escala también nos encontramos con que los del grado superior obtienen más puntuación en algunos apartados, por ejemplo, en roles sociales (GDS-3= 0,81 puntos, GDS-4= 0,96; GDS-6=0; GDS-7=0,17); en marcadores discursivos (GDS-3= 0,68, GDS-4= 0,79) y en referencialidad (GDS-6=0,14; GDS-7=0,36). Es normal que esto suceda debido a que al dividir los informantes por estadios la muestra de cada uno de ellos es reducida, razón principal por la que los cálculos estadísticos de esta tesis se han realizado con la variable “estadio” y no “GDS”. En la Gráfica 55 se muestra la variación en la puntuación media en la aplicación detallada del protocolo con los informantes divididos por grado en la escala GDS.

Gráfica 55. Puntuación total de los participantes clasificados por GDS.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Inf.</th>
<th>Lugar</th>
<th>Tiempo</th>
<th>Roles</th>
<th>C. com.</th>
<th>Ref.</th>
<th>Sust.</th>
<th>Léxica</th>
<th>M. disc.</th>
<th>L.Fig.</th>
<th>Cortesía</th>
<th>Inf.</th>
<th>Topic</th>
<th>Turnos</th>
<th>Estrat.</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I01</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,1</td>
<td>0,11</td>
<td>0,11</td>
<td>0,61</td>
<td>0,17</td>
<td>1,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I02</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,1</td>
<td>0,1</td>
<td>0,2</td>
<td>0,43</td>
<td>0,28</td>
<td>0,28</td>
<td>0,34</td>
<td>0,28</td>
<td>2,61</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I03</td>
<td>0,16</td>
<td>0</td>
<td>0,5</td>
<td>0,67</td>
<td>0,78</td>
<td>0,8</td>
<td>0,63</td>
<td>0,7</td>
<td>0,95</td>
<td>0,29</td>
<td>0,34</td>
<td>0,97</td>
<td>6,41</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I04</td>
<td>0,18</td>
<td>0,29</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,11</td>
<td>0,51</td>
<td>0,64</td>
<td>0,83</td>
<td>0,58</td>
<td>0,97</td>
<td>0,3</td>
<td>0,99</td>
<td>6,33</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I05</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,11</td>
<td>0,25</td>
<td>0</td>
<td>0,82</td>
<td>0,66</td>
<td>0,66</td>
<td>0,76</td>
<td>0,66</td>
<td>3,81</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I06</td>
<td>0,42</td>
<td>0,69</td>
<td>0,05</td>
<td>0,35</td>
<td>0,86</td>
<td>0,64</td>
<td>0,6</td>
<td>0,8</td>
<td>0,77</td>
<td>0,98</td>
<td>0,41</td>
<td>0,5</td>
<td>1,04</td>
<td>1,08</td>
<td>8,91</td>
</tr>
<tr>
<td>I07</td>
<td>0,6</td>
<td>0,25</td>
<td>0,29</td>
<td>0,42</td>
<td>0,78</td>
<td>0,63</td>
<td>0,4</td>
<td>0,7</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>0,49</td>
<td>0,67</td>
<td>0,99</td>
<td>0,88</td>
<td>9,09</td>
</tr>
<tr>
<td>I08</td>
<td>0,21</td>
<td>0,43</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0,8</td>
<td>0,51</td>
<td>0,38</td>
<td>0,63</td>
<td>0,89</td>
<td>0,22</td>
<td>0,97</td>
<td>0,32</td>
<td>0,35</td>
<td>1</td>
<td>0,58</td>
</tr>
<tr>
<td>I09</td>
<td>0,85</td>
<td>0,89</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,79</td>
<td>0,87</td>
<td>0,6</td>
<td>0,7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,67</td>
<td>0,74</td>
<td>1,04</td>
<td>0,93</td>
<td>11,84</td>
</tr>
<tr>
<td>I10</td>
<td>0,44</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,75</td>
<td>0,6</td>
<td>0,4</td>
<td>0,4</td>
<td>0,96</td>
<td>0,63</td>
<td>0,77</td>
<td>0,96</td>
<td>0,96</td>
<td>9,67</td>
</tr>
<tr>
<td>I11</td>
<td>0,91</td>
<td>0,92</td>
<td>1</td>
<td>0,96</td>
<td>0,73</td>
<td>0,61</td>
<td>0,93</td>
<td>0,79</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,97</td>
<td>0,97</td>
<td>1</td>
<td>0,98</td>
<td>12,77</td>
</tr>
<tr>
<td>I12</td>
<td>0,95</td>
<td>0,84</td>
<td>1</td>
<td>0,58</td>
<td>0,8</td>
<td>0,75</td>
<td>0,99</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,83</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12,14</td>
</tr>
<tr>
<td>I13</td>
<td>0,94</td>
<td>0,97</td>
<td>1</td>
<td>0,38</td>
<td>1</td>
<td>0,98</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>1</td>
<td>0,74</td>
<td>0,75</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12,75</td>
</tr>
<tr>
<td>I14</td>
<td>0,7</td>
<td>0,77</td>
<td>0,67</td>
<td>0,17</td>
<td>0,94</td>
<td>0,65</td>
<td>1</td>
<td>0,74</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,67</td>
<td>0,68</td>
<td>1</td>
<td>0,75</td>
<td>10,74</td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
<td>0,77</td>
<td>0,88</td>
<td>1</td>
<td>0,52</td>
<td>0,79</td>
<td>0,58</td>
<td>0,6</td>
<td>0,7</td>
<td>0,97</td>
<td>1</td>
<td>0,67</td>
<td>0,69</td>
<td>1</td>
<td>0,95</td>
<td>11,12</td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
<td>0,96</td>
<td>0,98</td>
<td>1</td>
<td>0,68</td>
<td>1</td>
<td>0,71</td>
<td>0,98</td>
<td>0,9</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,81</td>
<td>0,83</td>
<td>1</td>
<td>0,98</td>
<td>12,63</td>
</tr>
<tr>
<td>I17</td>
<td>1</td>
<td>0,87</td>
<td>1</td>
<td>0,24</td>
<td>1</td>
<td>0,75</td>
<td>0,99</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,69</td>
<td>0,7</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12,04</td>
</tr>
<tr>
<td>I18</td>
<td>0,91</td>
<td>0,88</td>
<td>1</td>
<td>0,91</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,85</td>
<td>0,88</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12,83</td>
</tr>
<tr>
<td>I19</td>
<td>0,94</td>
<td>0,67</td>
<td>1</td>
<td>0,89</td>
<td>0,6</td>
<td>0,48</td>
<td>0,6</td>
<td>0,6</td>
<td>0,3</td>
<td>1</td>
<td>0,84</td>
<td>0,91</td>
<td>0,99</td>
<td>0,99</td>
<td>10,81</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
<td>1</td>
<td>0,83</td>
<td>1</td>
<td>0,97</td>
<td>0,8</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
<td>0,5</td>
<td>0,6</td>
<td>1</td>
<td>0,81</td>
<td>0,91</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>12,22</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
<td>0,99</td>
<td>0,89</td>
<td>0,24</td>
<td>0,81</td>
<td>1</td>
<td>0,75</td>
<td>0,98</td>
<td>0,9</td>
<td>0,95</td>
<td>0,82</td>
<td>0,94</td>
<td>0,94</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>12,2</td>
</tr>
<tr>
<td>I22</td>
<td>0,83</td>
<td>0,86</td>
<td>1</td>
<td>0,23</td>
<td>0,59</td>
<td>0,99</td>
<td>0,9</td>
<td>0,6</td>
<td>0,78</td>
<td>1</td>
<td>0,61</td>
<td>0,7</td>
<td>0,99</td>
<td>0,95</td>
<td>11,03</td>
</tr>
<tr>
<td>I23</td>
<td>0,93</td>
<td>0,9</td>
<td>1</td>
<td>0,84</td>
<td>0,74</td>
<td>0,8</td>
<td>0,7</td>
<td>0,99</td>
<td>1</td>
<td>0,86</td>
<td>0,87</td>
<td>1</td>
<td>0,99</td>
<td>12,62</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabla 70. Puntuaciones obtenidas por los informantes en el análisis detallado del protocolo.
Como resumen, en la Tabla 71 se muestra la media en las puntuaciones totales de la aplicación detallada del protocolo, con los informantes clasificados primero por estadio y, a continuación, por grado en la escala GDS.

Tabla 71. Puntuación media en coherencia pragmático-discursiva de los informantes por estadio y GDS.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grado</th>
<th>Puntuación media en coherencia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Estadio</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leve</td>
<td>11,93</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderado</td>
<td>9,80</td>
</tr>
<tr>
<td>Severo</td>
<td>4,29</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GDS</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-3</td>
<td>12,02</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-4</td>
<td>11,88</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-5</td>
<td>9,80</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-6</td>
<td>5,07</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS-7</td>
<td>3,77</td>
</tr>
</tbody>
</table>
TERCERA PARTE. Discusión y conclusiones
CAPÍTULO 7. Discusión de los resultados

Este capítulo presenta una reflexión sobre los resultados expuestos en §5. y §6. Está dividido en tres apartados: en el primero, tratamos el protocolo de coherencia, sus puntos fuertes y su ámbito de mejora; a continuación, comentamos los resultados obtenidos en cada uno de los apartados del protocolo tras su aplicación a nuestro corpus; por último, cerramos el círculo con el modelo teórico de coherencia pragmático-discursiva que creamos para poder desarrollar esta tesis.

7.1. El protocolo de coherencia pragmático-discursiva

Como se detalló en la introducción, nuestra investigación tiene como principal objetivo crear un protocolo de evaluación que contribuya a diagnosticar y a evaluar problemas de coherencia pragmático-discursiva. En concreto, escogimos como grupo objetivo las personas con demencia porque, como ya explicamos en detalle en §3.2.4., su discurso ha sido catalogado en reiteradas ocasiones por la literatura como “incoherente”. La encuesta previa que realizamos a las asociaciones de ayuda a la demencia nos confirmó que el personal que trabaja en el ámbito de la evaluación cognitiva y efectúa las terapias pertinentes en estas asociaciones no dispone de ninguna herramienta que le proporcione información específica sobre esta cuestión lingüística.

Además, la encuesta previa nos indicó que las actividades de rehabilitación centradas en las habilidades pragmáticas de las personas usuarias de los talleres tienen mucho menos protagonismo que las de semántica, escritura, lectura o sintaxis. Las causas principales de esto son, por un lado, la falta de medios, pues los ejercicios de pragmática conllevan unas necesidades de tiempo y atención personalizada de las que con la situación económica que tienen estos centros no se puede disponer y, por otro lado, que el repertorio de actividades terapéuticas del ámbito pragmático del que se dispone hasta la fecha es mucho más reducido que el de otros niveles del lenguaje.

Aparte de esto, las asociaciones que cubrieron esta encuesta también nos proporcionaron información valiosa sobre las características que buscaban en un protocolo de evaluación del lenguaje: facilidad de uso, economía temporal, informatividad, aplicabilidad a todos los estadíos de la enfermedad y aplicabilidad a todos los niveles culturales. Estos criterios no solo son útiles para esta investigación, sino que
son los que debe buscar cualquier herramienta de evaluación del lenguaje y/o deterioro cognitivo en general diseñada con vistas a emplearse ad hoc en el ámbito clínico o de terapia cognitiva.

Por lo dicho, estas son las pautas que seguimos a la hora de diseñar nuestro protocolo piloto y en las que nos basamos para elaborar la herramienta final, que consta de dos versiones. Como hemos señalado en §4.1.3., la decisión de elaborar dos versiones finales alternativas surgió como consecuencia de contrastar que la versión final inicialmente prevista (“versión extendida”), por su nivel de detalle, suponía una considerable cantidad de tiempo y resultaba sustancialmente compleja en su ejecución. Por lo tanto, decidimos desarrollar una versión final reducida, que fue la que aplicamos en el análisis detallado y que es la que recomendamos utilizar para la evaluación cognitiva en el ámbito clínico. Esto no supone necesariamente que dicha versión reducida sea menos informativa, pues las partes eliminadas (“presuposiciones” e “implicaturas”) están presentes de forma transversal en la evaluación de las otras áreas de evaluación, que sí incluye la versión reducida. Por otro lado, en la encuesta final que realizamos para comprobar la aceptación del protocolo, la versión reducida se valoró como más abordable, requería menos tiempo y se adaptaba mejor a los diferentes estadios y niveles culturales.

Sin embargo, decidimos mantener también la versión extendida como parte del protocolo porque creemos que para un análisis lingüístico detallado proporciona matices relevantes que, en algunos casos, pueden ayudar a un mejor diagnóstico y evaluación. De hecho, las asociaciones que participaron en el estudio respondieron que la versión extendida era más informativa y que por lo tanto cumplía mejor su función como herramienta de evaluación. Así, esta versión la mantenemos para que pueda ser aplicada desde una perspectiva más centrada en el análisis lingüístico, no solo en personas con demencia sino en cualquier grupo o individuo del que se quiera hacer un perfil de coherencia pragmático-discursiva.

En general, tras la encuesta final hemos percibido que la acogida del protocolo ha sido satisfactoria. El personal especializado valoró positivamente los ítems que incluye, su presentación y la innovación que supone. No obstante, también nos han expuesto tres aspectos en los que el protocolo debería mejorar en futuras versiones. En primer lugar, debería suponer menor cantidad de tiempo cubrirlo. A este respecto, a pesar de que debe
ser algo que nos lleve a la reflexión y que, de encontrar la forma, debemos mejorar en el futuro, creemos que esto se explica por la falta de práctica con una herramienta nueva. Cuando realizamos la aplicación rápida del protocolo, las primeras veces requirieron mucho más tiempo, pues, a pesar de tener una familiarización previa con los ítems, nos exigió detenernos a reflexionar en ciertos momentos. Sin embargo, conforme fuimos mecanizando el proceso de reconocimiento de los elementos de evaluación de cada apartado, la aplicación se fue desarrollando cada vez de manera más rápida hasta llegar a ser prácticamente automática.

En segundo lugar, la parte de valoración del protocolo realizada por el personal especializado indicó que para este existe un ámbito de mejora con respecto a la capacidad de la herramienta para adaptarse a los diferentes estadios de la enfermedad, pues la puntuación fue de 3,3 sobre 5 para la versión extendida y 3,4 para la reducida. Esto nos debe conducir a reflexionar sobre cómo podríamos adaptar el protocolo en un futuro para que funcione mejor en este aspecto. Una posible solución sería añadir ejemplos que incluyan fragmentos pronunciados por personas en el estadio avanzado al final de las explicaciones.

En tercer lugar, se sugirió que un formato tipo pregunta-respuesta sería más práctico en la aplicación en clínica. Aunque para esta tesis se descartó esa idea porque este tipo de test limita la producción de un lenguaje natural, en el futuro podría ser interesante realizar un modelo con preguntas y respuestas y contrastar los resultados de ambas aplicaciones, la del test y la del protocolo actual, para ver si la validez de ambas herramientas es muy distinta.

Para cerrar este apartado, es conveniente valorar los resultados de las pruebas a las que denominamos de “fiabilidad” y de “validez”. Por una parte, la aplicación por cinco evaluadores distintos dio un valor de fiabilidad alto (α=0.845). Aquí es necesario apuntar que los resultados entre las personas que habían recibido formación en trastornos del lenguaje fueron similares entre sí; en cambio las que no la habían recibido se distanciaron un poco más en la puntuación. Esto nos lleva a determinar que otro de los posibles aspectos de mejora del protocolo es que debemos procurar adaptarlo todavía más para intentar reducir estas diferencias. Por otra parte, el resultado de la validez entre las dos aplicaciones, la rápida y la detallada, también fue muy alto (α=0.972). Por lo tanto, estas
pruebas nos indican que la validez del protocolo es correcta, que no varía en exceso entre distintos examinadores y que su aplicación rápida es suficientemente fiable.

7.2. Resultados de la aplicación del protocolo

En las siguientes líneas exponemos una reflexión sobre los resultados obtenidos al aplicar la versión reducida del protocolo para realizar un análisis detallado del corpus. Primero presentaremos los resultados obtenidos en los distintos elementos de análisis que incluye el protocolo y después de los datos obtenidos sobre la coherencia pragmático-discursiva como conjunto.

7.2.1. Elementos de análisis

En esta parte de la discusión presentamos una panorámica de cómo ha resultado la aplicación del protocolo a nuestro corpus. Por un lado, mostramos los patrones de deterioro que hemos observado en cada uno de los elementos de análisis y por otro, reflexionamos sobre la relación del deterioro cognitivo con los déficits pragmáticos que generan la pérdida de coherencia.

7.2.1.1 Contexto

El análisis de la capacidad para integrar la información contextual en los enunciados en las personas con demencia es una parte fundamental de este trabajo. En particular, nos ha interesado observar mediante el protocolo propuesto si la capacidad de emplear correctamente la información contextual para construir enunciados coherentes se mantiene o si se deteriora conforme avanza el deterioro cognitivo en la demencia. A este respecto, la hipótesis de partida era que el procesamiento de la información contextual necesaria para mantener una conversación coherente se reduce conforme avanza el deterioro cognitivo en la demencia.

A diferencia de la mayoría de la literatura académica que conocemos, más centrada en valorar la función del contexto como coadyuvante para continuar con las interacciones de forma exitosa (entre otros, Ramanathan 1995; Nebes & Halligan 1996; Chenery, Ingram & Murdoch 1997; Joubert et al. 2004), en nuestra investigación hemos analizado si la capacidad de integrar los elementos contextuales adecuadamente en el discurso se deteriora.
Como se comentó en §3.2.4., dado que la pragmática clínica no comparte definición de contexto común en la que basar los análisis (Cummings 2012b), en esta tesis nos hemos decidido por una adaptación del trabajo de van Dijk (2012). Por ello, hemos dividido el análisis en dos categorías generales: escenario, dividido a su vez en referencias temporales y referencias espaciales y participantes, compuesto por los roles sociales de los participantes y la gestión del conocimiento que comparten. Los resultados de la aplicación de este modelo confirman la hipótesis de partida, pues indican que existe una correlación negativa fuerte \((r=-.862)\) entre el grado del deterioro cognitivo y la capacidad para integrar la información contextual en la conversación. En los apartados que siguen, desmenuzamos la implicación de los resultados en los cuatro elementos de análisis que determinamos para el contexto.

**Lugar**

Existe una correlación negativa muy fuerte \((r=-.909)\) entre el grado de deterioro cognitivo y el número de referencias de lugar correctas empleado en el discurso de las personas con demencia. En concreto el porcentaje de usos correctos descendió del 91% en el estadio leve \((n=7)\), al 56,5% en el moderado \((n=6)\) y al 17,4% en el severo \((n=5)\). Este patrón de deterioro coincide con el que se presenta en la escala GDS con respecto a la orientación espacial. De acuerdo con esta escala, en los estadios iniciales (hasta el grado 4) la orientación espacial permanece relativamente preservada, aunque las personas comienzan a presentar problemas para dirigirse a lugares desconocidos. En el grado 5, es decir, en el estadio moderado, la persona ya muestra déficits de desorientación espacial, y en el grado 6 esta desorientación ya es total. Esto nos permite afirmar que el deterioro en el uso de las referencias espaciales va de la mano con el de la orientación espacial. Asimismo, el deterioro de la memoria a corto plazo es otro de los factores que incide en la corrección de las referencias espaciales.

**Tiempo**

Hay una correlación negativa muy fuerte entre el estadio de la enfermedad y el uso correcto de las referencias temporales \((r=-.857)\). En este caso el porcentaje de usos correctos descendió del 88,7% en el estadio leve, al 68,7% en el moderado y al 25% en el severo. Al igual que sucede con las referencias espaciales y la orientación espacial, el
deterioro de las referencias temporales también se corresponde con el patrón que presenta la escala GDS para la orientación temporal: esta se encuentra preservada en los grados iniciales (3 y 4), los problemas comienzan en el moderado (5) y en el grado 6 el deterioro ya es total. Igualmente, los déficits de memoria a corto plazo dificultan que el uso de las referencias temporales sea correcto.

**Roles sociales**

En lo que respecta a los roles sociales, nuestros resultados determinan una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad y el porcentaje de referencias correctas a los roles sociales \( (r=-.733) \). El porcentaje de referencias correctas descendió del 68,1% en el estadio leve, al 25% en el moderado y al 13% en el severo. En este caso, podemos relacionar el deterioro con la orientación personal, que de nuevo sigue el patrón determinado por la escala GDS, en la que se indica que esta se encuentra relativamente preservada hasta el estadio moderado (grado 5) y totalmente dañada a partir del grado 6. Igualmente importante es la memoria a corto plazo, pues a todas las personas informantes se les explicó antes de comenzar la grabación que iban a ser grabadas para un estudio de la universidad, pero varios de los errores en este apartado se debieron a que no recordaban cuál era el rol de la persona que realizaba la entrevista.

**Conocimiento compartido**

Lo primero que es conveniente señalar con respecto a la evaluación del uso correcto del conocimiento compartido es que resultó más compleja que la de los otros apartados del contexto. Esto es debido a que al tratarse de un formato de tipo entrevista, la persona que realizaba las preguntas proponía temas nuevos que favorecía que la persona entrevistada no repitiera información anterior. Los resultados en este apartado indican que existe una correlación negativa moderada entre el estadio de la enfermedad y el uso correcto de la información compartida. \( (r=-.580) \). Cabe destacar que el deterioro entre estadios fue menos progresivo que en los otros elementos de análisis del contexto, pues el uso correcto del conocimiento compartido apenas descendió del 82,8% en el estadio leve, al 73,8% en el moderado y el descenso más pronunciado fue entre este y el severo (32,7%). En este caso, el deterioro lingüístico está relacionado también con los problemas de orientación personal y de memoria a corto plazo.
7.2.1.2. Cohesión

Junto con el contexto, el otro aspecto fundamental de análisis de esta tesis es la cohesión, entendida como elemento clave para construir y comprender un discurso de forma coherente. Para realizar este análisis hemos partido del trabajo de De Santi et al. (1994), que a su vez se basaron en la valiosa tipología de mecanismos de cohesión presentada por Halliday & Hasan (1976). La principal novedad en nuestro análisis con respecto al de De Santi et al. (1994) es que hemos tomado la elipsis como un mecanismo más de sustitución, pues los propios Halliday & Hasan (1976) la reconocen como la sustitución por cero y una de las premisas de nuestro protocolo es que debía poder aplicarse de forma breve, por lo que era necesario comprimir el análisis lo máximo posible.

Los resultados de aplicar el protocolo a esta cuestión nos indican que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad y el uso correcto de los mecanismos de cohesión ($r=-.764$). Este deterioro se produce sobre todo entre el estadio moderado y el severo, cuando la puntuación media de los informantes se reduce en un 53,2%. A continuación, discutiremos los resultados obtenidos en los cuatro elementos de cohesión que distinguimos en nuestro protocolo.

**Referencialidad**

Los resultados indican que el uso correcto de los mecanismos de referencialidad se reduce conforme avanza el deterioro cognitivo, pues existe una correlación negativa fuerte entre ambas variables ($r=-.790$). Esto coincide con los datos ofrecidos por otros trabajos previos (véase, por ejemplo, Mendez & Ashla-Mendez 1991; Nicholas et al. 1985; Carломagno et al. 2005; Feyereisen, Berrewaerts & Hupet 2007; Tönjes 2012). Sin embargo, es importante destacar que no todos los mecanismos de referencialidad han resultado igual de problemáticos para las personas con demencia, pues, en general, el uso correcto de pronombres personales y de posesivos se muestra preservado hasta el final de la enfermedad; por otro lado, el uso correcto de adverbios y demostrativos comienza a deteriorarse ya en el estadio moderado. En el caso de las comparaciones, no encontramos usos incorrectos por parte de ninguna de las personas que participaron en el estudio, pero en el estadio severo no se empleó ninguna.
Si contrastamos este perfil de deterioro de la referencialidad con los patrones de deterioro cognitivo en la demencia, nos percatamos de que el uso de los pronombres personales y de los posesivos se realiza de forma más automatizada, mientras que, para emplear correctamente los adverbios, los demostrativos y las comparaciones, dependemos de nuestra orientación (tanto personal, como espacial y temporal) así como de la memoria a corto plazo. Por lo tanto, en este caso, el patrón de deterioro de la referencialidad coincide con el deterioro cognitivo.

**Sustitución**

Detectamos una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad y la capacidad de las personas con demencia de emplear correctamente los mecanismos de sustitución en este apartado ($r= -.607$). El deterioro es progresivo entre estadios: mientras que en el leve ya se empiezan a ver las primeras muestras de deterioro, con un 78,3% de usos correctos, en el moderado el porcentaje se reduce ligeramente (64,6%) y disminuye a 40,8% en el severo. Esto indica que a pesar de que la capacidad para emplear los mecanismos de sustitución se deteriora conforme progresa la enfermedad, en el estadio final las personas con demencia aún preservan cierta capacidad para realizar sustituciones de forma correcta. En concreto, los mecanismos de elipsis y de sustitución de nombres son los que se encuentran más preservados hasta el estadio avanzado, mientras que la sustitución de frases y la de verbos ve reducido su uso conforme avanza la enfermedad.

**Cohesió́n léxica**

Hemos encontrado una correlación negativa fuerte entre el uso correcto de los mecanismos de cohesión léxica y el grado de deterioro cognitivo ($r= -.733$). En lo que concierne al porcentaje de usos correctos, este descendió del 87% en el estadio leve (n=7), al 62,8% en el moderado (n=6) y al 28,8% en el severo (n=5). La hiperonimia y la sinonimia son los mecanismos de cohesión léxica empleados con menos frecuencia, mientras que los términos genéricos y los hipónimos se siguen empleando correctamente con relativa asiduidad cuando avanza la enfermedad. Dado que los problemas de denominación son típicos ya en los primeros estadios de la demencia, sobre todo en la Enfermedad de Alzheimer (véase, entre otros, Bayles, Tomoeda & Trosset 1990; Hodges, Salmon & Butters 1991), es esperable que conforme avanza la enfermedad, se empleen...
cada vez menos mecanismos de cohesión léxica. Igualmente, esto explica que el uso correcto de términos genéricos y de repeticiones se utilice de forma correcta habitualmente en el estadio moderado, pues requieren menos esfuerzo cognitivo que los otros mecanismos y, por lo tanto, funcionan como estrategia compensatoria.

**Marcadores discursivos**

Nuestros resultados muestran una correlación negativa moderada entre el deterioro cognitivo en la demencia y el uso correcto de los marcadores discursivos ($r=-.587$). Este deterioro es especialmente pronunciado en la fase final de la enfermedad, pues el porcentaje de usos correctos apenas se reduce entre el estadio leve y el moderado (75,5% y 71,3% respectivamente), mientras que en el severo desciende al 31,2%. Es importante matizar que, en este caso, el deterioro se hace patente porque conforme avanza la enfermedad se reduce cada vez más su frecuencia de uso y no porque el uso sea incorrecto: de los 3304 marcadores discursivos que anotamos tan solo 19 (0.6%) fueron empleados incorrectamente. Este resultado contradice los de Lai & Lin (2012), que detectaron que los informantes con EA utilizaban los mismos marcadores que los controles pero no siempre lo hacían de forma correcta.

**7.2.1.3. Lenguaje figurado**

Los trabajos previos en lenguaje figurado en demencia estaban casi todos centrados en la comprensión y la mayoría de ellos coinciden en que mientras que comprender el lenguaje figurado convencional (familiar) no es problemático para las personas con demencia (Papagno 2001), normalmente interpretan el lenguaje figurado nuevo (no familiar) por su sentido literal (Chapman et al. 1977; Brundage & Brookshire 1995; Chapman, Highley & Thompson 1998; Amanzio et al. 2008). El trabajo sobre producción más relevante que conocemos hasta la fecha es el de Maclagan, Davis & Lunsford (2008), cuyos resultados indican que la capacidad para emplear el lenguaje figurado se mantiene y que en muchos casos las personas con demencia lo emplean para poder preservar la competencia comunicativa. Este último trabajo es del que hemos partido en esta tesis para realizar nuestro análisis de la producción del lenguaje figurado.

Nuestros resultados en este apartado han determinado que existe una correlación negativa moderada entre el estadio de la enfermedad y el uso correcto del lenguaje
figurado ($r=-.600$). El principal declive no se debe a que se presenten problemas de construcción, ya que tan solo un 3% de los enunciados etiquetados está catalogado como error, sino a un descenso en su frecuencia de uso. Aparte de esto, cabe destacar que, mientras que en el caso de las expresiones fijas, los extensores discursivos y las metáforas este deterioro es progresivo durante los tres estadios, el patrón de deterioro de las metonimias y el lenguaje retórico es diferente.

En el caso de las metonimias, se produce un descenso brusco del uso correcto ya entre el estadio leve y moderado (un 79,2% menos). El caso del lenguaje retórico es más llamativo, pues el estadio moderado es en el más se usa (0,29 veces por minuto en comparación con 0,07 en el estadio leve) y en el estadio avanzado no se utiliza en absoluto. Esto último puede explicarse si consideramos que, tal y como apuntan Maclagan, Davis & Lunsford (2008), su empleo funciona como estrategia de compensación. Como veremos más adelante, en esta investigación hemos detectado que el estadio moderado es en el que claramente los hablantes recurren más a este tipo de recursos. Esto resulta esperable, pues en el estadio inicial los informantes todavía disponen de suficientes recursos como para continuar con la interacción sin necesidad de recurrir demasiado a la compensación y en el estadio avanzado los hablantes ya no disponen de las capacidades cognitivas suficientes como para emplear estas estrategias de forma eficaz.

Por último, también hemos detectado que los extensores discursivos han sido empleados como estrategia de compensación, sobre todo en el estadio inicial. Las personas informantes recurren a ellos con frecuencia cuando no saben cómo continuar con una frase o cuando no recuerdan un dato y deciden finalizar el enunciado con una expresión más general como “éche así” o “así es la vida”. Sin embargo, no podemos afirmar que esto se trate de una estrategia exclusiva de los hablantes con demencia, ya que, en general, las personas no diagnosticadas con trastornos cognitivos también recurren a ellas en su praxis comunicativa. Por lo tanto, para poder determinar si el uso de la estrategia de emplear extensores para mantener la competencia comunicativa es más común en el discurso de las personas con demencia tendríamos que contrastarlo con un grupo de control, que no hemos creado para este trabajo.
7.2.1.4. Cortesía lingüística

En el caso del empleo de la cortesía lingüística los trabajos de referencia con los que contamos ofrecen resultados contradictorios. Por un lado, encontramos los que afirman que la cortesía permanece relativamente preservada (Ramathan-Abbott 1994; Smith & Ventis 1990; Temple, Sabat & Koger 1999) y por otro encontramos los de Hamilton (1988, 1994a), que concluyó que esta se deteriora conforme avanza el deterioro cognitivo.

En el caso de esta tesis, hemos detectado una correlación negativa moderada entre el estadio de la enfermedad ($r = -0.596$) y la cortesía lingüística. Sin embargo, entre el estadio leve y el entre el estadio moderado el porcentaje de usos correctos de la cortesía no se redujo (98,5% y 98,4% respectivamente) y, aunque sí que detectamos un declive en el estadio severo (65,4%), no podemos determinar que sea un deterioro de la cortesía per se porque la mayor parte de las etiquetas “no correctas” fueron por no responder a las preguntas de la entrevistadora (33,8%). Tan solo un 0,86% de las respuestas “no correctas” en el estadio severo fueron catalogadas como no apropiadas, lo cual apunta a que la falta de cortesía se debe más a la falta de recursos lingüísticos para ejecutar actos corteses que a un deterioro del conocimiento de las convenciones de cortesía. Así, nuestros resultados se acercan más a los del primer grupo, que afirma que la cortesía se encuentra relativamente preservada hasta prácticamente el final de la enfermedad.

Es complejo determinar cuáles pueden ser los factores que provocan que la capacidad para ejecutar actos corteses se deteriore menos que otros elementos de análisis. Una posible explicación la podríamos encontrar en la investigación sobre Teoría de la Mente en demencia, pues es esencial que la capacidad de reconocer las emociones y los pensamientos de las personas con las que nos comunicamos se encuentre preservada para hacer un uso correcto de los mecanismos de cortesía. No obstante, los trabajos que se han realizado en este campo hasta la fecha no son muy esclarecedores, ya que por un lado, hay varios estudios que afirman que esta capacidad en la demencia se encuentra preservada, con la excepción de las creencias de segundo orden (Gregory et al. 2002; Zaitchik et al. 2004, 2006; Rowse et al. 2013 y Castelli et al. 2014); por otro lado, otros trabajos concluyen que esta capacidad se deteriora conforme avanza la enfermedad (Laisney et al. 2013, 2014).
Otro factor clave en que la cortesía esté preservada puede ser la necesidad de las personas con demencia de manifestar su identidad. Los trabajos publicados sobre este tema (veáse, entre otros, Sabat & Harré 1992; Sabat & Cagigas 1997; Sabat & Collins 1999; Sabat 2002) señalan que mientras que el denominado “yo-2” (la identidad que mostramos a los demás) se deteriora conforme avanza la demencia, el denominado “yo-1” (nuestra identidad personal) sí que se mantiene. Por lo tanto, esto indicaría que la necesidad de mantener las imágenes positiva y negativa persiste de algún modo y eso lleva a que las personas con demencia busquen evitar los actos amenazadores de la imagen aun al final de la enfermedad.

Igualmente, es interesante observar este fenómeno desde la teoría de la retrogénesis. Son muchos los trabajos que apuntan que el deterioro en la demencia, en particular en la Enfermedad de Alzheimer, se produce en el orden opuesto a la adquisición de las capacidades, es decir, que lo último en olvidarse es lo primero que se ha aprendido (por ejemplo, Reisberg et al. 1999; Stricker et al. 2009). En esta línea, conviene tener en cuenta que hay investigaciones sobre la adquisición de la cortesía que apuntan tanto que los padres aprovechan el aprendizaje de construcciones corteses como “gracias” o “por favor” para enseñar tanto rutinas de socialización lingüística como la función lingüística de las palabras (Gleason, Perlmann, & Greif 1984), como que en la propia escuela, los profesores introducen estrategias de cortesía para ayudar a los alumnos a familiarizarse con los conceptos que deben aprender (Porayska-Pomsta & Pain 2004). Esto pone de manifiesto que la cortesía está presente desde del principio de la infancia tanto en la formación lingüística como en la no lingüística, ya sea de forma explícita o no. Con lo cual, si lo contemplamos desde esta perspectiva, tiene sentido que se encuentre preservada.

Por último, es conveniente comentar el caso de I0, la informante a la que aplicamos el protocolo piloto en un estudio longitudinal, pues la valoración en cortesía pasó de “parcialmente preservada” a “preservada” a pesar de que el grado de deterioro cognitivo había aumentado y muchas de las otras capacidades pragmáticas se habían deteriorado. En este caso concreto, esto se debió a que en el estadio moderado la informante padecía trastornos de la conducta, como agitación y desinhibición y formulaba actos amenazadores de la imagen (como insultos o sarcasmo) contra las personas con las que se comunicaba. Sin embargo, al avanzar el deterioro estos trastornos se recondujeron y
los enunciados con actos amenazadores de la imagen desaparecieron. Esto nos conduce a dos reflexiones: en primer lugar, un análisis profundo de la cortesía lingüística de las personas con demencia siempre debe ir acompañado de un informe de los trastornos de la conducta (como, por ejemplo, el formulario de Cummings et al. 1994); y en segundo lugar, que el deterioro la cortesía lingüística, al contrario de lo que sucede con los demás elementos del lenguaje, sí que puede ser temporalmente reversible. Desde luego, para comprobar esta última afirmación son necesarias nuevas investigaciones específicas sobre trastornos de conducta y cortesía lingüística.

7.2.1.5. Informatividad

El análisis de la informatividad en esta tesis apunta que existe una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad y la capacidad para emitir enunciados informativos (r=-.755). En este caso, el patrón de deterioro sí que es progresivo entre los tres estadios, aunque es más acuciado entre el moderado y el severo (77,5%, de enunciados informativos en el estadio leve, 58,2% en el moderado y 32,8% en el severo). Sin embargo, las causas de que los enunciados no sean informativos son distintas en los tres estadios: en el inicial, el error más común fue emitir información repetida como si fuese nueva; en el moderado, responder con una pregunta en vez de con la información solicitada; y en el severo, emitir enunciados no relevantes y no comprensibles.

Estos datos van en línea con la mayoría de los trabajos previos (Santo Pietro & Berman 1984; Hier et al. 1985; Beeson et al 1987; Ehrlich, Obler & Clarck 1997; Laine et al. 1998; Ripich et al. 2000), que determinaron que la capacidad para transmitir información y enunciados relevantes disminuye. También coinciden con el trabajo de Duong, Tardiff & Ska (2003) que determinó que las personas con demencia tienden a repetir la información de sus enunciados.

Este cambio en los tipos de error de informatividad se explica también con los patrones ya detectados de deterioro cognitivo. Tal y como se establece en la escala GDS, en el estadio inicial son comunes los problemas para memorizar información reciente y la dificultad para concentrarse, lo cual se manifiesta en la repetición de información en los enunciados. En el estadio moderado, las personas con demencia muestran dificultades para responder a preguntas de forma relevante, particularmente las abiertas (Pérez
Mantero 2014; Varela Suárez 2017a), con lo cual, tal y como defiende Hamilton (1994b) responder con otra pregunta funciona como una estrategia a finalizar el par adyacente pregunta-respuesta y no romper la alternancia de turnos y a la vez ganar tiempo para formular una respuesta más elaborada. En el estadio severo, las personas con demencia muestran menos recursos cognitivos para elaborar estrategias comunicativas que compensen la pérdida de las capacidades lenguaje (Varela Suárez 2017a), por lo que las respuestas son menos relevantes y el número de enunciados incomprensibles se dispara.

7.2.1.6. Topicalidad

Nuestros resultados determinan la existencia de una correlación negativa ($r = -0.576$) entre el estadio de la enfermedad y la capacidad de gestionar los temas de conversación. Aunque se trata de un deterioro progresivo, es más pronunciado entre los estados moderado y severo. Estos resultados coinciden con los de otros trabajos, como los de García & Joannette (1994, 1997), que afirman que conforme avanza el deterioro se multiplican los cambios constantes de tema y que es difícil seguir la línea del pensamiento. También con el de Ehrlich (1994), puesto que nosotros también hemos detectado que en el estadio inicial las respuestas se mantienen dentro del tema, pero pierden precisión (aumenta el número de respuestas demasiado generales o incompletas) y son más repetitivas; en el moderado persisten las repeticiones y aumenta el número de respuestas no relevantes; y en el final en la mayoría de los casos es difícil comprender la temática tras los enunciados que emiten. Igualmente, coincidimos con Pérez Mantero (2014) en que el número de respuestas preferidas y relevantes disminuye con la enfermedad.

Es importante destacar que, aunque se intentó crear un ambiente lo más distendido posible en el que la conversación fuese natural, las grabaciones no dejan de consistir en entrevistas en las que la investigadora guiaba la conversación, por lo que es probable que al enfrentarse con preguntas sobre temas nuevos, el discurso repetitivo se presentase en menor medida y que adquiriese una función más de “lugar seguro”, es decir, que, tal y como determinan Guendouzi & Müller (2002), funcionen como temas fáticos con los que las personas con demencia se sienten cómodas y que les ayudan a resolver el turno cuando no saben cómo. Asimismo, el formato de las interacciones nos impide contrastar el tópico del “discurso egoísta” en la demencia, pues todas las preguntas versaban sobre
la vida, gustos y costumbres de las personas informantes, por lo que está justificado que el uso de la primera persona sea el predominante.

Por último, cabe destacar que el deterioro de la topicalidad en la demencia nos indica que, de alguna manera, hasta el estadio moderado las personas que la padecen jerarquizan los elementos pragmáticos en sus interacciones. Cuando el deterioro cognitivo les dificulta proceder con sus actos comunicativos como lo haría una persona sin trastornos, eligen qué habilidades pragmáticas es más importante preservar para el beneficio de la interacción. Por ejemplo, cuando se enfrentan a una pregunta a la que no saben responder, en numerosas ocasiones priorizan no romper el turno de conversación antes de intentar mantener la temática, pues esto último requiere un esfuerzo cognitivo mayor y lo primero puede suponer un daño para su imagen como hablante. En el estadio severo esta capacidad desaparece, pues las respuestas se vuelven difusas y los hablantes ya no plantean temas nuevos como estrategia de compensación.

7.2.1.7. Alternancia de turnos

En esta tesis hemos determinado que existe una correlación negativa moderada entre el estadio de la enfermedad y la capacidad para continuar con los turnos de conversación de forma adecuada ($r=-.600$). Sin embargo, es importante puntualizar que este deterioro solo se manifiesta en el estadio avanzado, pues el porcentaje de preguntas respondidas apenas descendió del 99,9% al 99,11% en el moderado. En el severo, el porcentaje disminuyó solo hasta el 73,67%. Esto nos indica que incluso cuando la capacidad para construir frases o emitir palabras está deteriorada, parte de los conocimientos sobre la estructura de la conversación sigue intactos. En este contexto de entrevista, las personas informantes reconocen que la pregunta, es decir, la primera parte del par adyacente, debe ir siempre seguida de una respuesta, que es la segunda parte del par. Estos resultados coinciden con los trabajos de otros autores en este campo como Causino Lamar (1994), Hamilton (1994b) o Pérez Mantero (2017).

Si nos detenemos a buscar la explicación de por qué la alternancia de turnos se preserva mientras que otras capacidades lingüísticas se pierden, son varios los factores que nos piden una reflexión. En primer lugar, está la cortesía lingüística, que, como hemos visto más arriba, en este trabajo hemos determinado que se encuentra relativamente
preservada hasta el final de la enfermedad. De acuerdo con Brown & Levinson (1987) hay actos de habla que constituyen una mayor amenaza para la imagen de nuestros interlocutores que otros. En el caso del par adyacente pregunta-respuesta, que es el que predomina en nuestro corpus, representa un acto más amenazante no responder que hacerlo con una respuesta no preferida o no relevante.

Por otro lado, también debemos considerar la prosodia, pues uno de los mayores problemas de funciones ejecutivas en la demencia es el deterioro de la capacidad de la atención sostenida. Por lo tanto, un cambio de la entonación puede ser determinante para atraer la atención de las personas con demencia y hacerles reaccionar de alguna forma para continuar la interacción. En relación con esto también está la comunicación no verbal: cuando realizamos una pregunta, la acompañamos con gestos y miradas que pueden provocar que la persona con demencia detecte un cambio y reaccione ante ello.

Por último, también en este apartado debemos considerar el proceso de adquisición y la teoría de la retrogénesis (p.ej. Reisberg et al. 1999; Stricker et al. 2009). Los trabajos que se han realizado sobre la adquisición de los cambios de turno indican que la adquisición de los pares adyacentes se produce antes en la vida de un bebé que la capacidad de emitir palabras y construir frases (por ejemplo, Snow 1977). Tal y como apunta MacWhinney (2015: 323), “learning begins with episodic encoding of particular adjacency pairs between parents and children […] These episodic patterns are then generalized into the various rules of conversation.” Por lo tanto, desde el punto de vista retrogenético tiene sentido que la capacidad para continuar con los turnos persista hasta muy avanzada la enfermedad.

7.2.1.8 Competencia estratégica

En el caso de la competencia estratégica, nuestros datos indican una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad y la capacidad para emplear estrategias para suplir el déficit ($r=-.816$). En el 96,7% de las respuestas fueron relevantes o incluyeron una estrategia de compensación correcta, en el moderado un 86,4% y un 43,3% en el leve. Para otorgar la puntuación consideramos como estrategia válida los enunciados catalogados como relevantes, pero para poder establecer un patrón claro del uso de otras estrategias es necesario que observemos estos datos eliminando del porcentaje estos
enunciados. Así, dejando a un lado las respuestas relevantes, en el estadio inicial el 19% de los enunciados fueron estrategias de compensación, en el moderado el 28% y en el avanzado 11%. Estos datos ratifican los resultados de otros trabajos previos (Orange, Lubinski & Higginbotham 1996; Ripich et al. 2000a), que también determinaron que conforme avanza el deterioro aumenta el uso de las estrategias. Asimismo, coinciden con Varela Suárez (2017a) en que en el estadio donde más se emplean es en el moderado, mientras que en el avanzado la capacidad para emplearlas se reduce.

Es importante puntualizar que no todas las estrategias fueron empleadas en la misma proporción en los diferentes estadios. La estrategia más empleada (7,1% del total de los enunciados etiquetados) fue la repetición de información con la que las personas entrevistadas se sentían cómodas. En el caso de esta estrategia, detectada por Guendouzi & Müller (2002), en nuestro corpus la encontramos especialmente en el estadio leve (11,3%) y su uso va decreciendo conforme avanza el deterioro (4,1% en el moderado y 0,7% en el severo). Estos datos contrastan con nuestro trabajo previo (Varela Suárez 2017a), en el que se utilizó un corpus más pequeño y esta estrategia apenas fue elegida por las personas informantes seleccionadas.

La segunda estrategia más empleada fueron las preguntas de confirmación. Estas ya han sido consideradas como estrategia compensatoria por otros estudios anteriores (Hamilton 1994; Guendouzi & Müller 2002), los cuales determinaron que las personas con demencia responden a los enunciados que les resultan problemáticos con otras preguntas para ganar tiempo al responder. En este caso, fueron más recurrentes en el estadio moderado, en el que supusieron el 12,8% de los enunciados, seguido del severo (7,1%) y después el leve (3,2%). Este patrón coincide con el detectado por Pérez Mantero (2014), quien también determinó que las preguntas de confirmación se producían sobre todo en el estadio moderado.

Las respuestas generales fueron la siguiente estrategia más utilizada (3% del total). Tuvieron lugar, sobre todo, cuando las personas entrevistadas se enfrentaban a preguntas abiertas. El estadio donde más se recurrió a esta estrategia fue el moderado (6,2%), seguido del leve (2,2%). Este tipo de respuestas compensatorias también fue detectado por Hamilton (1994b) y Pérez Mantero (2014). Una estrategia similar pero que detectamos con menos frecuencia en nuestro corpus fue dar respuestas incompletas, es
decir, las personas con demencia emiten información relacionada con el tema que se les plantea, pero omiten una parte importante. Este tipo de respuestas se dio sobre todo en el estadio moderado (2,3%) y en los estadios leve y severo apenas apareció (0,9% y 0,6% respectivamente).

Al margen de las ya indicadas, identificamos dos estrategias de compensación adicionales, que se detectaron en menor medida pero que también es interesante repasar. La primera de ellas también fue propuesta por Guendouzi & Müller (2002) y consiste en reconocer los problemas comunicativos a causa del déficit cognitivo (1,7% del total). En este caso, también fue más recurrente en el estadio moderado (2,6%), aunque también se empleó algo en el leve (1,4%) y el severo (1,3%). La segunda estrategia es, tal y como apuntan Maclagan, Davis & Lunsford (2008), recurrir al lenguaje figurado. En concreto, hemos analizado en cuántos de los enunciados las personas informantes han empleado la ironía para responder a preguntas que les resultaban conflictivas y el resultado ha sido que estamos ante una estrategia con un uso muy reducido (0,1% del total de los enunciados). Sin embargo, aunque no es recurrente sí que debe añadirse a la lista de estrategias de compensación en la demencia.

Para finalizar este apartado, es interesante resaltar la conveniencia de mostrar a terapeutas y familiares que conviven con personas con demencia que no deberían relacionar este tipo de lenguaje tan característico de la demencia, como son las repeticiones, las preguntas o las respuestas vagas, solo con la perdida de las capacidades. El hecho de que funcionen como estrategias para mantener la competencia comunicativa solo refleja que la intención de seguir poder comunicando sigue ahí. En este sentido, las terapias podrían focalizarse y enseñar a las personas que conviven con casos de demencia a no desesperarse con el uso de estas estrategias y a adaptar sus rutinas comunicativas a ellas.

7.2.2 Coherencia pragmático-discursiva

Como se ha dicho en varias ocasiones, uno de los dos objetivos principales de esta tesis es aplicar la versión reducida del protocolo resultante al corpus para comprobar, tanto si funcionaba como herramienta de evaluación del lenguaje para ser aplicada en el ámbito profesional, de lo cual ya hemos hablado en §7.1., como para establecer un perfil del
deterioro de la coherencia pragmático-discursiva, que será lo que abordaremos en este apartado.

Una vez sumadas las puntuaciones de la aplicación detallada en los apartados que componen el protocolo, los resultados muestran una correlación negativa fuerte entre el estadio de la enfermedad y la coherencia pragmático-discursiva \( (r=-.857) \), es decir, la coherencia pragmático-discursiva se deteriora conforme avanza el grado de deterioro cognitivo. Aparte de esto, también hemos comprobado si el aumento de problemas de coherencia también está correlacionado con otras variables, como tipo de demencia, género, edad, lengua y tipo de terapia, pero no hemos encontrado ninguna correlación significativa.

Como balance final con respecto a los resultados obtenidos de la aplicación del protocolo reducido, es necesario comentar que en el estadio inicial de la enfermedad, la puntuación fue de 11,9 puntos sobre 14. Puesto que no dispusimos de un grupo de control no podemos saber en qué medida esta puntuación es producto del deterioro cognitivo, pues el lenguaje humano no es un modelo perfecto: cuando hablamos cometemos errores constantemente y no empleamos todos los tipos de mecanismos de cohesión ni formas de lenguaje figurado que conocemos. Por lo tanto, es probable que de haber realizado una entrevista con el mismo formato que las que realizamos en esta tesis a un grupo de control, los resultados no alcanzasen la puntuación máxima en la aplicación detallada. Lo que sí intuimos es que probablemente la puntuación media del grupo de control sería más alta, pues, aunque todo el resto de elementos de análisis se encuentran relativamente preservados, en el estadio leve la capacidad para gestionar el conocimiento compartido ya se encuentra “relativamente preservada”.

Si observamos esta puntuación dentro de la escala de coherencia que proponemos en este trabajo observamos que la misma determina que en el estadio leve no existe déficit de coherencia \textit{per se}. Además, las puntuaciones por separado de los dos grados de GDS que comprende el estadio leve (3 y 4) también se encuentran dentro del rango “ausencia de déficit” (12 y 11,8 puntos de media respectivamente). Esto coincide con la impresión general que se percibe al conversar con las personas en las primeras fases de la
demencia, pues, aunque emiten algunas inconsistencias puntuales, sobre todo la repetición de información ya conocida por sus interlocutores, en general construyen un discurso coherente y perfectamente comprensible en su totalidad.

En el estadio moderado la puntuación disminuye a 9,8 puntos, pero todavía no encontramos ninguno de los elementos que constituyen la coherencia totalmente dañado. Sin embargo, la mitad de ellos ya se encuentran solo “parcialmente preservados” (sustitución, cohesión léxica, conocimiento compartido, informatividad, lugar, roles sociales y tiempo). El resto se encuentra preservado. De acuerdo con nuestra escala, esta puntuación correspondería a un déficit de coherencia leve, lo que coincide con la impresión general que se obtiene al conversar con las personas en este estadio: puntualmente se detectan inconsistencias y enunciados no relevantes o incomprensibles, pero, en general, se puede extraer la intención comunicativa detrás de sus enunciados.

Por último, en el estadio avanzado (GDS-6 y 7) la puntuación media fue de 4,3. En este punto de la enfermedad solo encontramos preservadas la alternancia de turnos y la cortesía, parcialmente preservadas la competencia estratégica y la sustitución y el resto de elementos de análisis se encuentran ya deteriorados. La puntuación media en la escala equivale a un déficit de coherencia moderado. Sin embargo, aquí es necesario distinguir las puntuaciones de las personas en GDS-6 con las de GDS-7. El primer grupo obtuvo una puntuación media de 5,1, lo que implica un déficit de coherencia moderado. De nuevo, esto coincide con la impresión general: con frecuencia es difícil seguir el discurso de las personas con este grado de deterioro, pero la mayoría aún son capaces de producir frases comprensibles cuando deben responder a una pregunta. El caso de los informantes en GDS-7 es distinto, pues su puntuación media fue de 3,8. Esto se debe a que una de las informantes (I03) preservaba una competencia comunicativa alta para su estadio (7,41), que superaba a la de los informantes con GDS-6 e incluso a alguno con GDS-5. Las otras dos informantes en este grado (I01 e I02) obtuvieron 1,3 y 2,6 puntos, lo que implica un deterioro de la coherencia severo. Esto coincide con las notas tomadas por la entrevistadora tras grabar a estas dos informantes, que prácticamente se encontraban

---

21 Esta “impresión general” de la que hablamos está basada en las fichas de primera impresión que cubrió la entrevistadora al acabar cada una de las grabaciones que se incluyen en este corpus, tal y como se indica en §4.2.1. Las fichas se acompañan en este documento como Anexo IV.
en estado de mutismo y un porcentaje alto de su discurso estaba formando por neologismos. En concreto, en el caso de I01 apenas se identificaban palabras reconocibles y las únicas capacidades lingüísticas parcialmente preservadas parecían ser la prosodia (mantenía los cambios de entonación a pesar de no formular palabras), la alternancia de turnos y la cortesía lingüística, lo cual hacía imposible descifrar la intención comunicativa detrás de sus enunciados.

7.3. El modelo teórico

Por último, para cerrar este capítulo de discussión nos gustaría añadir una reflexión sobre el modelo teórico sobre el que hemos sustentado esta tesis. Cuando comenzamos este trabajo, nos encontramos con que, aunque la coherencia pragmático-discursiva ya era un concepto asentado y estudiado, no sabíamos de la existencia de ningún modelo que propusiese una explicación de cómo se produce y se comprende un enunciado de forma coherente. Por este motivo, el primer paso que llevamos a cabo fue el de elaborar esta base teórica, con la inestimable ayuda y supervisión de la Dra. Cummings. Así, puesto que en base a ese modelo elaboramos el protocolo y lo aplicamos al corpus, para cerrar el círculo es necesario que reflexionemos sobre si los datos obtenidos en esta tesis sustentan la validez de su base teórica.

El modelo propone que la persona emisora decide su intención comunicativa, que a continuación esa intención es filtrada por nuestras capacidades cognitivas, después valoramos el contexto en el que se va a emitir el enunciado y en base a eso realizamos la codificación lingüística. En la parte de comprensión el proceso es similar: la persona oyente percibe el enunciado, lo filtra con sus capacidades cognitivas y en función al contexto elige una u otra decodificación lingüística que le lleve a la intención comunicativa de la persona hablante.

En la parte de la discusión en la que tratamos los elementos de análisis del protocolo, comprobamos que el deterioro en las capacidades pragmáticas, en la mayoría de los casos, iba en relación con algún tipo de deterioro cognitivo. Tomemos por ejemplo el enunciado “Me casé aquí en Palencia”, de la informante I22. En primer lugar, tenemos la intención comunicativa de comunicar el lugar donde se casó; en segundo lugar, esa intención pasa al nivel de las capacidades cognitivas, pero la orientación espacial y/o la
memoria a corto plazo están dañadas, por lo que la selección de los elementos contextuales no es correcta y la codificación lingüística se produce de forma errónea.

Para ejemplificar el proceso de comprensión podemos tomar como partida el siguiente fragmento, también de I22:

INV: ¿Y qué te gustaba más de vivir en Santander?
I22: ¿Santander? Yo nací allí, en el 36.

En este caso I22 percibe el estímulo auditivo, lo filtra con sus capacidades cognitivas y se da cuenta de que no es capaz de responder a la información que pide la pregunta. Por lo tanto, valora el contexto (una entrevista con una persona que espera su respuesta) y para respetar la alternancia de turnos y no realizar un acto amenazador de la imagen de la entrevistadora codifica el lenguaje de su respuesta con dos estrategias de compensación: primero una pregunta de confirmación para ganar tiempo y luego información relativamente relacionada con la pregunta que sí recuerda y que a la que le es más fácil acceder.

El hecho de que sea posible justificar el modelo con ejemplos reales no quiere decir que este no se pueda mejorar y ampliar. Así, nuestra propuesta debería ir adaptándose conforme se vaya avanzando en determinar la relación exacta de los efectos del deterioro neurológico en el deterioro cognitivo y posterior deterioro del lenguaje. Sin embargo, como punto de partida para esta investigación, consideramos que el modelo propuesto ha sido válido, pues construir el protocolo sin haber creado primero el modelo teórico hubiese resultado un desafío mayor y no recomendable.
Conclusiones

Este trabajo de investigación se diseñó y elaboró teniendo en cuenta tres objetivos: (i) elaborar un protocolo de análisis que permita evaluar el avance de los déficits de coherencia pragmático-discursiva de las personas con patologías del lenguaje, con la finalidad de que pueda ser empleado en la fase de diagnóstico de evaluación lingüística; (ii) comprobar mediante la aplicación de dicho protocolo si la capacidad para comprender y producir enunciados coherentes es la misma en todas las fases de la demencia o si se deteriora conforme avanza la enfermedad; (iii) contribuir a la elaboración de material terapéutico aplicable en el ámbito clínico, como apoyo al desarrollo de actividades que ejerciten la competencia pragmática. Es conveniente aclarar que, mientras que los dos primeros han tenido un desarrollo metodológico y un análisis de resultados, el tercero debe ser entendido como un propósito sobre la utilidad que pueda tener nuestro trabajo en investigaciones futuras. En las líneas que siguen presentamos las conclusiones a las que hemos llegado en cada uno de estos objetivos.

Primer objetivo: elaboración del protocolo

Respecto al primer objetivo, nos centraremos en tres etapas claves del proceso que seguimos para lograrlo: la creación del modelo teórico, la encuesta previa y el diseño del protocolo. En lo que respecta a la elaboración del modelo teórico, planteamos que para que la emisión y la producción de enunciados sea coherente, desde un punto de vista pragmático, es necesario que la codificación y la decodificación lingüísticas se realicen siempre en función del contexto en el que se efectúe la interacción. El éxito en las fases de codificación, decodificación, así como en las de integración y deducción de elementos contextuales dependen fundamentalmente del estado de las capacidades cognitivas de las personas interlocutoras.

Con nuestro modelo teórico también proponemos que para analizar la coherencia pragmático-discursiva es necesaria una revisión de los elementos de estudio de la pragmática. De este modo, con esta tesis hemos tratado de tender un puente entre la pragmática teórica —en la que no conocemos un modelo específicamente relacionado con el proceso de producción y comprensión de la coherencia pragmático-discursiva—, y
la pragmática aplicada a la clínica —a la que esperamos haber contribuido respecto a la relación de la cognición con la lengua en contexto.

La principal limitación del modelo teórico es que para certificar su veracidad es necesario que continúen avanzando los estudios en el ámbito neurolingüístico. Cada vez son más los trabajos que buscan relacionar las capacidades cognitivas con las habilidades pragmáticas, pero este nivel del lenguaje ha sido menos estudiado mediante pruebas y test neurológicos que otros, como la semántica y la gramática. Es imperante que en el ámbito de la pragmática clínica se siga trabajando de forma multidisciplinar con personal experto en psicología y medicina, para poder construir modelos de producción y comprensión cada vez más realistas. De igual modo, es necesario una colaboración recíproca. Es decir, que en los equipos de trabajo centrados en el análisis clínico de las patologías del lenguaje se incorporen profesionales con alta formación en lingüística.

En lo que concierne a la segunda etapa de este objetivo, la encuesta previa, consideramos que la principal aportación son los criterios que, según el personal que trabaja en la evaluación del lenguaje, debe cumplir un protocolo que cubra sus necesidades: (i) facilidad de uso; (ii) economía temporal; (iii) aplicabilidad a todos los estadios de la enfermedad; (iv) aplicabilidad a todos los niveles culturales; e (v) informatividad. Puesto que para la realización de este trabajo estos criterios nos han resultado una guía fundamental, también pueden funcionar como base para futuros trabajos que busquen elaborar protocolos diseñados para su uso en ámbitos semejantes.

En cuanto a la tercera etapa, es decir, el diseño del protocolo, de acuerdo a los controles de fiabilidad que hemos aplicado, se trata de una herramienta fiable y válida para el análisis del lenguaje en personas con trastornos pragmáticos. De hecho, en lo que respecta a su aplicación —llevada a cabo en el análisis detallado del corpus— ha resultado ser un instrumento útil y completo. Si a esto le añadimos la buena acogida que ha tenido por parte del personal de las asociaciones que han respondido a la encuesta, nuestra satisfacción con el resultado final es alta.

No obstante, hay varios aspectos sobre los que todavía debemos reflexionar y en los que tenemos que seguir trabajando. En primer lugar, es necesario realizar una revisión del protocolo en la que se reduzca el tiempo de aplicación y mejore su adaptabilidad a todos
los estadios de la demencia y otras enfermedades relacionadas con la pérdida del lenguaje. Además, sería muy conveniente desarrollar una versión de tipo test, en formato pregunta-respuesta, con la que podamos simplificar su aplicación al personal que realiza las evaluaciones. Asimismo, hay que tener en cuenta que el protocolo ha sido diseñado para ser idealmente aplicado por profesionales con formación lingüística. De hecho, hemos detectado una cierta desviación en los resultados al emplear el protocolo entre las personas que sí tienen tal formación, como psicólogas y logopedas, y los que habitualmente no la reciben, como trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales. Por lo dicho, futuras revisiones del protocolo deben garantizar que la herramienta resulte igual de transparente para todo el personal especializado en la evaluación de personas con demencia.

Segundo objetivo: aplicación del protocolo al corpus

Las conclusiones que conciernen al segundo objetivo las hemos centrado en los tres siguientes pasos: la producción de un corpus, su etiquetado y el análisis de los resultados. En lo que respecta al primero, creamos un corpus específico a partir de la interacción natural con personas diagnosticadas con diferentes formas de demencia. Consideramos que el tamaño de la muestra en la que trabajamos es correcto, aunque cuenta con ciertas limitaciones. Una de ellas es que hay formas de demencia muy representadas, como la Enfermedad de Alzheimer, pero de otras, como es el caso de la demencia frontotemporal, el número de informantes es escaso. Tampoco conseguimos que la distribución por género fuese equitativa, pues obtuvimos una representación de mujeres más elevada que de hombres. Sin embargo, esto último se justifica si tenemos en cuenta que en Galicia la proporción de mujeres en esta franja etaria prácticamente es el doble que la de hombres (IGE 2016).

Otra limitación es que tuvimos más personas voluntarias en el estadio inicial (12) que en los estadios moderado y severo (8 y 6 respectivamente). Esto se debe a que la mayor parte de quienes participaron en este estudio fueron personas contactadas por AFAGA y son usuarias de los talleres de rehabilitación cognitiva que ofrece el centro. Estos talleres son especialmente útiles en los estados leve y moderado, mientras que las personas en estadio severo ya no suelen acudir a este tipo de terapias. Además, al estar la enfermedad tan avanzada, los familiares suelen ser más reticentes a exponerlas a situaciones que les
puedan general estrés. Por lo dicho, en una futura investigación sería recomendable ampliar la muestra, tanto en tipos de demencia como, sobre todo, en personas en estadios más avanzados, para así corroborar la validez y la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Una vez elaborado el corpus, el segundo paso de este segundo objetivo fue su etiquetado a partir del protocolo. Para ello, en algunos casos nos hemos valido de algunos elementos de análisis, como por ejemplo la cohesión, el lenguaje figurado o la competencia estratégica, de los que hemos encontrado propuestas que funcionaban en las que basarnos para establecer la pertinente codificación. En estos casos, el proceso de etiquetado ha sido más sencillo y rápido, pues partíamos de una propuesta inicial sólida en la que solo tuvimos que realizar pequeñas modificaciones según la fenomenología del corpus.

No obstante, con el resto de los elementos hemos creado nuestro sistema de códigos, a partir de categorizaciones iniciales propias, basadas en la teoría y añadiendo o eliminando códigos según las necesidades de anotación. Somos conscientes de que en muchos casos nos hemos quedado en un análisis poco detallado, pero creemos que hemos hecho una aportación interesante, que esperamos que pueda contribuir al debate teórico y metodológico sobre estas problemáticas.

En lo que concierne al tercer paso de este segundo objetivo, es decir, el análisis de los resultados obtenidos del etiquetado del corpus en función del protocolo, los datos han ratificado nuestra hipótesis principal, o sea, que la capacidad para mantener la coherencia pragmático-discursiva se reduce progresivamente conforme avanza el grado de deterioro cognitivo de las personas que padecen demencia. Además, también se han confirmado nuestra dos hipótesis secundarias: tanto la capacidad para emplear y comprender los mecanismos de cohesión de forma correcta, como la de integrar y descodificar la información contextual en el discurso se reducen conforme avanza la demencia.

Asimismo, hemos comprobado que los otros elementos de análisis que aparecen en el protocolo también sufren deterioro. En los casos de la informatividad, topicalidad y lenguaje figurado, este se manifiesta de forma más acuciada, es algo menos agresivo en
la competencia estratégica y más leve en la cortesía y en la alternancia de turno. Con esto en mente, sugerimos para una futura investigación aplicar la teoría de la retrogénesis al estudio de la coherencia pragmático-discursiva y comprobar si existe una relación entre el orden de adquisición de estas capacidades pragmáticas y el orden de pérdida de las mismas. También sería recomendable estudiar estos elementos desde una perspectiva neurolingüística y así poder clarificar la relación entre el daño neurológico y los déficits de coherencia pragmático-discursivas en las personas con demencia.

Otra investigación que podría dar continuidad a este trabajo sería la aplicación del protocolo que hemos propuesto en otras poblaciones. Por ejemplo, en el ámbito de la adquisición del lenguaje podría aplicarse a grupos etarios en distintas fases de desarrollo lingüístico para establecer un patrón de cómo vamos conformando un lenguaje cada vez más pragmáticamente coherente conforme crecemos. En esta línea, podría funcionar también para observar si se produce deterioro de la coherencia pragmático-discursiva en el envejecimiento no patológico. Nuestra última propuesta es que se emplee para evaluar el estado de la coherencia en grupos con otros trastornos del lenguaje. Esto puede resultar especialmente informativo en aquellos que se caractericen por déficits en las habilidades pragmáticas, como por ejemplo en casos de autismo, esquizofrenia o trastornos de la personalidad.

**Tercer objetivo: contribuir a la creación del material terapéutico.**

Para finalizar, en lo que respecta al el tercer y último objetivo de este trabajo, creemos que el protocolo proporciona información útil que ayudará a las personas que decidan aplicarlo a determinar qué habilidades pragmáticas constituyentes de la coherencia se encuentran preservadas y a escoger actividades terapéuticas que busquen conservarlas lo máximo posible. Nuestra intención es continuar trabajando en este ámbito y en el futuro poder acompañar el protocolo de evaluación con un cuaderno de ejercicios. Dado que una de las causas por las que no se ejercitan tanto las habilidades pragmáticas como las de otros niveles del lenguaje es la falta de materiales y medios específicos, si diseñamos propuestas de actividades para que se pueda trabajar en los talleres cada uno de los elementos de análisis que identificamos en el protocolo, ayudaremos a fomentar su práctica en los talleres.
Por todo lo dicho, deseamos que el esfuerzo que hemos dedicado a la elaboración de esta herramienta de diagnóstico y evaluación de la coherencia pragmático-dicursiva en personas con demencia puede tener alguna utilidad tanto en la práctica clínica como en futuras investigaciones en el ámbito de la lingüística aplicada. En ese caso, todo nuestro trabajo habrá valido la pena.
English summary
Language and Dementia. Design and Application of a Protocol for the Diagnosis of Discursive Coherence Deficits

Abstract

This thesis project addresses the communication in people with dementia (PwD). In particular, the subject of study are the deficits in pragmatic-discursive coherence by PwD. Thus, this work is framed within clinical pragmatics, an epistemological field derived from applied pragmatics. This study pursues three main objectives: (i) creating a protocol of analysis for evaluating the progress of pragmatic-discursive coherence in people suffering from language pathologies; (ii) verifying through this protocol if the ability to comprehend and produce utterances coherently is the same in every state of dementia or if it suffers from impairment; (iii) contributing to create material that can be used in clinical settings and can help to develop activities to improve the daily life of patients.

Concerning the theoretical scope, this research assumes that coherence is a wide transversal concept related to communicative competence. So much so, that without coherence it is impossible to understand a text and the interaction is therefore unsuccessful. That given, the study of pragmatic coherence is particularly relevant in those cases in which a language pathology is developing or it is already present. Thus, by identifying the factors intervening in producing and receiving a text coherently, it will be possible to determine when the problem arises. Taking this into account, this PhD project presents a model on the process of production and reception of coherent utterances.

The steps to conduct this research were the following: (i) creation of an initial survey to know the needs of people working in therapies for PwD when they perform cognitive evaluation, envisaged to create a tool that adjusts to them as much as possible; (ii) design and test of the pilot protocol with an informant (I0) in a 7-month longitudinal study; (iii) design of the final protocol; (iv) final survey about the protocol, filled by 9 professionals who work in associations with people affected by dementia and perform cognitive evaluations on a daily basis; (v) test of reliability of the protocol, with the collaboration of 4 professionals who filled it in using the data from the video of one of the participants; (vi) test of validity, by compiling a corpus with videos of 23 informants suffering from different types of dementia; (vii) analysis of the data from the corpus in order to meet objective (ii).
The results show that the professionals who have assessed the protocol find it useful, informative and well-designed. However, some of them consider that its application time should be reduced and that the protocol would be more accessible if it was adapted to a question-answer format. Moreover, it has been proved that the protocol meets both the requirements of reliability and validity. Concerning the corpus, the results of applying the protocol state that pragmatic coherence gets worse as the cognitive impairment progresses. In the initial stage, the impairment can be mostly perceived in the ability to manage shared knowledge, which is partially preserved, whereas the other elements of analysis in the protocol are still totally preserved. In the moderate stage, substitution, lexical cohesion, mutual knowledge, informativeness, place, social roles and time are partially preserved and the other are still totally preserved. In the severe stage, only turn-taking and politeness are preserved, whereas strategic competence and substitution are partially preserved and the rest of them are impaired.

Overall, future research must focus on proposing a version of the protocol that implies a lesser time of application, so that it can adapt better to the needs of those working in clinical evaluation. Furthermore, it would be convenient to extend the sample, particularly concerning the severe stage participants, since they are the most difficult to engage in research activities. Finally, designing a workbook with activities to foster the use of pragmatic abilities so that they can be used in workshops and cognitive therapies would also be a necessary contribution.

**Keywords:** pragmatics; discursive coherence; protocol; dementia; Alzheimer’s disease

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) defines dementia as “a syndrome – usually of a chronic or progressive nature – in which there is deterioration in cognitive function (i.e. the ability to process thought) beyond what might be expected from normal ageing. It affects memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement. Consciousness is not affected. The impairment in cognitive function is commonly accompanied, and occasionally preceded, by deterioration in emotional control, social behaviour, or motivation”.
Dementia affects a high proportion of the population. Indeed, according to the WHO the number of people suffering from dementia increased from 35.5 million in 2012 to 47.5 million in 2015. Besides, 7.7 million new cases are diagnosed every year as a result of an increase in average life expectancy in developed countries. Indeed, the United Nations Population Fund predicts that the proportion of people aged 60 or older will rise from the current 12.5% to 22% in 2050.

The fact that there is not an actual cure for dementia may lead to an increasing alarm worldwide, since the resources that will be needed to take care of people suffering from dementia are going to be extremely costly both at a societal and economical level. Therefore, there has been a pressing need to step up research not only in the field of medicine but also in this of social science.

One of the areas in which this need for research has reflected the most is linguistics, to such an extent that the number of studies has been multiplied over the last few years (Davis & Guendouzi 2013). One the one hand, studying the minds of those suffering from a language impairment has proved to be the most successful path to determine how our mind produces language. On the other hand, being able to express and understand intentions is essential for both people with dementia and their caregivers. Hence, the longer the patients are able to communicate coherently, the better they will be taken care of.

The most studied group within people with dementia are those suffering from Dementia of the Alzheimer’s Type (DAT). Currently, DAT is the most common dementia and it represents between 60% and 70% of the cases (WHO 2012). Taking this into account, this research aims to identify which language features intervening in producing and understanding statements coherently are preserved in PWDTA’s discourse. For this purpose, a protocol on coherence was developed and implemented to analyse the development of impairments in the discourse of an 86-year-old Spanish female patient.

2. A theoretical model for discursive coherence

Coherence is a broad and transversal concept related to communicative competence. Without coherence it is not possible to understand a text and, therefore, interactions are unsuccessful. Moreover, it is an intricate, multifocal phenomenon, since as Hellman
(1995) says, it can be a formal property of texts, a mechanism for processing discourse, a process to infer relationships among ideas, acts and states which are present in a text as well as an indication of the speaker’s intentions.

In this section a definition of pragmatic coherence is presented, a model of production and comprehension of this concept is developed and a complete protocol to assess it in these patients is proposed.

2.1. Coherence: a definition

Coherence, within the field of pragmatics, has been studied from different perspectives. Therefore, on the one hand we find definitions based on the text, such as Van Dijk’s (1977), who says that "a dialogue is coherent due to the assignment of the various utterance meanings to one macro-structural topic" or Graesser (1981) following Kintsch & Vipond (1979) for whom "coherence graphs are constructed on the basis of a simple coherence rule, connections are formed whenever two propositions share an argument".

On the other hand, some authors contemplate it as a phenomenon of language processing. This is the case of Hobbs (1979) or Edmonson (1981), for whom coherence is “equated with the interpretability of a discourse”. In this line, Givón (1995: 1) defines it as follows:

"The coherence we are really after is not the coherence of the external text but rather the coherence of the mind that produce, store and retrieve the mental text. ...we study the coherence of external text as a useful heuristic in order to get insights about the coherence of mental text, and about the mind that produces it".

That said, it is clear that modelling the factors that influence coherence is then particularly important for dealing with linguistic impairments, since by identifying the factors intervening in expressing and understanding coherently speech therapies can be developed and the progress of the impairment slowed down. The longer we can keep our discourse coherent, the longer we will be communicatively competent.

2.2. Coherence: a model

For this purpose, a model on coherence production and reception was developed following Cumming’s work on communicative processes (2008). According to our
proposal, there are four steps for uttering coherently: (i) the very first thing we do before uttering any word is to decide what we want to say, i.e. the intention of our statement. As Cummings (2008: 3) states “those thoughts that are to be communicated give rise to a communicative intention”. However, before being able to utter a word, there are many (ii) cognitive factors which can influence the quality and appropriateness of our statement. For example, our ability to attribute mental states to the minds of others (Theory of Mind) or our memory skills are instrumental for communicating successfully. Once the information we need for the statement has been retrieved and organized, we focus in how the context may affect the utterance, i.e. we turn to (iii) pragmatic factors to produce or understand a meaning given the context we are surrounded by. The final step is to put our intention into words, to code or decode the (iv) linguistic factors so that we can produce and understand our utterance correctly.

Fig. 1: Model in coherence production and comprehension process

The understanding process follows the same route: (i) processing the stimulus with our cognitive abilities; (ii) considering the context we are surrounded by; (iii) decoding the message according to this context; (iv) getting to the communicative intention, i.e. meaning. This process may appear simple, but every step involves a number of complex elements. In order to complete the model, a list of key factors intervening in each of this steps is proposed, as Tabla 72 shows.
Tabla 72. Factors affecting the cognitive, pragmatic and linguistic process.

<table>
<thead>
<tr>
<th>TYPE OF FACTOR</th>
<th>ELEMENTS INFLUENCING COHERENCE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cognitive</td>
<td>• Theory of Mind</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Affective</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Cognitive</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Memory</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Episodic memory</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Semantic memory</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Working memory</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Temporal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Spatial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Personal</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Audio-visual capabilities</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Executive functions</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Attention</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Anticipation and deployment of attention</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Impulse control and self-regulation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Initiation of activity</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Mental flexibility and utilization of feedback</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Planning ability and organization</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Selection of efficient problem-solving strategies</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Judgement</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Self-recognition</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Conceptualization</td>
</tr>
<tr>
<td>Pragmatic and discursive</td>
<td>• Context</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Setting: time/period/space/place/environment</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Participants (I, others)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+ Communicative roles (structure of participation)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+ Type of social roles, membership or identities</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+ Relationship between the participants</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+ Common knowledge and social beliefs</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Speech acts</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Deixis</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Inferences</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Presuppositions</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Implicatures</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Politeness</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Cooperation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Relevance</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• topicality</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Cohesion</td>
</tr>
<tr>
<td>Linguistic</td>
<td>• Phonology</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Morphology</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Lexicology</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Semantics</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Syntax</td>
</tr>
</tbody>
</table>
If any of these abilities or processes goes wrong our utterance breaks down, and we are not be coherent. Therefore, if we want to analyse coherence impairment in PWDAT, we ought to review all of them carefully to find the origin of the problem and analyse its consequences for communication.

3. A protocol for the evaluation of discursive coherence

Once all the elements intervening in pragmatic coherence were compiled, the following step was to develop a protocol taking all them into account. The resulting tool aims to detect which of the above-mentioned elements are preserved in the discourse of people suffering from a communication disorder, so that professionals from the fields of both psychology and speech therapy can take it into consideration in order to create therapies seeking to preserve pragmatic coherence—and consequently communicative competence—for as long as possible.

Given that the current protocol is proposed as a tool for studying pragmatic communicative disorders both in clinical settings and the linguistic fields, it was decided that it would be suitable to design two versions: an extended one (Tabla 73), more complete and designed to be used by linguists as a template for discourse analysis; and a reduced one (Tabla 74), simpler and devised to be applied for the evaluation of language in clinical settings in which therapists do not have much time with their patients.

Tabla 73. Protocol for evaluation of discursive coherence (extended version).

<table>
<thead>
<tr>
<th>PROTOCOL FOR THE EVALUATION OF DISCURSIVE COHERENCE EXTENDED VERSION</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>1. CONTEXT</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Participants</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Section</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>D. Shared knowledge</td>
</tr>
<tr>
<td>2. COHESION</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Reference</td>
</tr>
<tr>
<td>B. Substitution</td>
</tr>
<tr>
<td>C. Lexical cohesion</td>
</tr>
<tr>
<td>D. Discursive markers</td>
</tr>
<tr>
<td>3. INFERENCES</td>
</tr>
<tr>
<td>4. PRESUPPOSITIONS</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5. **FIGURATIVE LANGUAGE**
- The interviewee uses figurative language such as proverbs, metaphors and/or sarcasm and irony.
- E.g. *You should work more. It's like the pot calling the kettle black.*
- He/she is able to understand figurative language.

6. **POLITENESS**
- The interviewee tries not to impose his/her will to the interlocutor.
- He/she tries to make the interlocutor feel good during the conversation.

7. **INFORMATIVENESS**
- The interviewee introduces new topics and is able to select suitable information.
- He/she is able to react appropriately to information he/she doesn't know.

8. **TOPICALITY**
- The interviewee is able to continue with the topics in an orderly manner and provides relevant statements.
- He/she is able to follow abrupt topic shifts.

9. **TURN-TAKING**
- The interviewee is able to perform the turn-taking correctly. He/she does not constantly interrupt conversation, does not produce unjustified long pauses and responds to communication.

10. **STRATEGIC COMPETENCE**
- The interviewee is able to use resources to continue with the conversation when the cognitive impairment does not allow him/her to provide a relevant answer (he/she asks for information on the topic to gain some time, comes back to topics with which he/she feels more comfortable, recognizes the inability to answer due to the cognitive deficit, etc.)

---

**Tabla 74. Protocol for evaluation of discursive coherence (reduced version).**

### PROTOCOL FOR THE EVALUATION OF DISCURSIVE COHERENCE
### REDUCED VERSION

#### 1. CONTEXT

<table>
<thead>
<tr>
<th>Setting</th>
<th>E. Place</th>
<th>✓ The interviewee expresses that he/she knows where he/she is.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>F. Time</td>
<td>✓ The interviewee expresses he/she knows the time, the date and how old he/she is.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>G. Social roles</td>
<td>✓ The interviewee recognizes the role of the interlocutor and adapts his conversation style accordingly.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Yes (1 point)
- Partially (0,5)
- No (0)
### H. Shared knowledge
- The interviewee knows the state of information of the interlocutor. He/she is able to address differently to a therapist, an unknown person and a friend or relative.

#### 2. COHESION
- The interviewee correctly uses and understands the cohesion mechanisms, such as substitution of words by pronouns, synonyms, similar words or ellipsis mechanisms.
  - E.g. *My brother* is thin. *He* can eat whatever *he* wants and *he* doesn't put on weight.
  - *My dog* sleeps a lot. *He’s* a very quiet *animal.*
  - *Are* you ready yet? Yes. *(I’m)* Ready now. *(I’m)* Sorry to keep you waiting.
  - *(Ellipsis)*
- He/she does not use substitution without clear referents.
  - E.g. *That’s* so great. *She* treats me really well.
- The interviewee uses discursive markers (and, but, because, in order to...) that allows his/her interlocutor to follow their discourse easier.

#### 3. FIGURATIVE LANGUAGE
- The interviewee uses figurative language such as proverbs, metaphors and/or sarcasm and irony.
  - E.g. *-You should work more.* *-It’s like the pot calling the kettle black.*
- He/she is able to understand figurative language.

#### 4. POLITENESS
- The interviewee tries not to impose his/her will to the interlocutor.
- He/she tries to make the interlocutor feel good during the conversation.

#### 5. INFORMATIVENESS
- The interviewee introduces new topics and is able to select suitable information.
- He/she is able to react appropriately to information he/she doesn’t know.

#### 6. TOPICALITY
- The interviewee is able to continue with the topics in an orderly manner and provides relevant statements.
- He/she is able to follow abrupt topic shifts.

#### 7. TURN-TAKING
- The interviewee is able to perform the turn-taking correctly. He/she does not interrupt conversation constantly, does not produce unjustified long pauses and responds to communication.

#### 8. STRATEGIC COMPETENCE
- The interviewee is able to use resources to continue with the conversation when the cognitive impairment does not allow him/her to provide a relevant answer (he/she asks for information on the topic to gain some time, he/she comes back to topics with which he/she feels more comfortable, he/she recognizes the inability to answer due to the cognitive deficit, etc.)
In order to complete the protocol, we propose that the resulting punctuation of adding all the sections is considered within a scale of impairment of discursive coherence. We distinguish the four following profiles: (i) no coherence deficit (punctuation within the range of 12-16 points for the extended version and 10,5-14 for the brief one); (ii) mild coherence deficit (8-12 points in the extended version and 7-10,5 in the brief one); (iii) moderate coherence deficit (4-8 points in the extended version and 3,5-7 in the brief one); and (iv) severe coherence deficit (0-4 points in the extended version and 0-3,5 in the reduced one). Gráfica 56 shows graphically the equivalence of the punctuation in the extended version in the scale of coherence.

*Gráfica 56. Scale of discursive coherence for the extended version.*

Gráfica 57 shows graphically the equivalence of the punctuation in the brief version in the scale of coherence of the punctuation.
4.4. Conclusions

This PhD project was designed and conducted based on three main objectives: (i) creating a protocol of analysis for evaluating the progress of pragmatic-discursive coherence in people suffering from language pathologies; (ii) verifying through this protocol if the ability to comprehend and produce utterances coherently is the same in every state of dementia or if it suffers from impairment; (iii) contributing to create material that can be used in clinical settings and can help to develop activities to improve the daily life of patients. It is important to state that whereas objectives number (i) and (ii) have had their own methodological development and analysis, the third one must be understood as a purpose of the impact we desire this work to have in future research. In the following lines, the conclusions concerning each of these objectives are presented.

First objective: the design of the protocol

Concerning the first objective, in this segment we will focus on three steps of the whole process: the creation of the theoretical model, the previous survey and the design of the protocol. Regarding the theoretical model, we proposed that in order to utter and comprehend statements coherently, the language encoding and decoding must always be performed on the basis of the context in which the interaction is performed. The
success during the phases of encoding, decoding as well as integration and deduction of contextual elements depends mainly on the state of the interlocutors’ cognitive abilities.

The model also proposes that, in order to analyse pragmatic-discursive coherence a review of the elements of study in pragmatics is required. Therefore, this work has tried to bridge theoretical pragmatics –where we did not find a model specifically related to the process of production and comprehension of discursive coherence–, and clinical pragmatics –to which he hope we have contributed by trying to clarify the pattern in the relationship between cognition and the use of language in context.

The main limitation of the theoretical model is that in order to proof its veracity we still need to make advances in the field of neurolinguistics. There are more and more studies seeking to relate the cognitive abilities with the pragmatic skills, but this level of language has been less studied with neurological tests than others such as semantics or syntax. It is instrumental that researchers in the field of clinical pragmatics continue working in a multidisciplinary way with professionals from psychology, medicine and speech therapy, in order to develop more perfect models of production and comprehension.

Concerning the second step of this objective, the previous survey, we reckon our main contribution are the criteria that –according those who participated in it– must fulfil a protocol that meets their needs: (i) ease of use; (ii) time economy; (iii) applicability to all the stages of the disease; (iv) applicability to all the cultural levels; and (v) informativeness. Given that in order to conduct this research these criteria have been an instrumental guideline, they can also be taken as a base for future work seeking to develop protocols for similar settings.

With regard to the third step, the design of the protocol, the tests we have conducted have determined that it is a reliable and valid tool for analysing the deficits of people suffering from pragmatic impairment. Indeed, during its application to our corpus, it was proved to be a complete and useful instrument. Moreover, the tool has been well received by the professionals working in Alzheimer associations who answered the final survey.

However, there are several aspects on which we have to reflect and continue working in. Firstly, we need to perform some modifications in order to reduce the time of application
and improve its adaptability to all the stages of dementia—and other diseases related to language loss. Secondly, it would be convenient to develop a version with a question-answer format, so we can make the application process easier for those conducting the evaluations. Thirdly, the results obtained by those professionals without training in linguistics when they applied the tool to assess the participant I22 diverted from those obtained by the professionals without it. The professional profiles of people working in cognitive therapy vary from psychologists and speech therapists, who usually receive language training during their studies, to social workers and occupational therapists, whose degrees normally do not include it. That given, the future versions of our protocol should seek to be equally transparent for all of the professionals who want to use it, regardless of their training.

Second objective: applying the protocol to the corpus

With regard to the second objective, we have focus the conclusions on the three following steps of the process: the production of a corpus, its annotation and the analysis of the results. Regarding the first step, we created a corpus from the natural interaction of people diagnosed with different forms of dementia. We consider that the size of the sample we have worked with is correct, although it presents certain limitations. One of them is that there are some types of dementia that are widely represented, such as Alzheimer's Disease, but there are others with a reduced number of participants, like frontotemporal dementia. Furthermore, we did not manage to have an equal representation from both genders, since we got a higher number of women than men. However, this can be justified by the fact that, in Galicia, the number of women in this age group doubles that of men (IGE 2016).

Besides, we had several participants from the initial stage, but it was more difficult to obtain informants from the moderate and severe stage. This is due to the fact that the majority of the participants were contacted by the association AFAGA, and they attended the workshops on cognitive activities offered by them. These workshops are particularly useful in the mild and moderate stages, whereas people in the severe stage do not usually go to this kind of therapies. In addition, when the disease is so advanced, caregivers are usually reluctant to expose them to situations that can stress them. Thus, in further research it would be ideal to amplify our sample, both concerning the types of dementia
and the number of participants in the more advanced stages, and corroborate the reliability and validity of our results.

Once the corpus was compiled, the following step was the annotation of the corpus. During this process, there have been some elements of analysis, such as cohesion, figurative language or strategic competence, for which we found relevant proposals on which we could base to establish the categories of our annotations. In these cases, the annotation process was simpler and faster, since we only had to perform minor adaptations depending on the phenomenology of the corpus.

Nevertheless, for the rest of the elements we created our own annotation system from scratch, starting from an initial categorization based on the theoretical concepts and adding or deleting types of tags depending on the needs of our corpus. We are absolutely aware that in most of the cases we have conducted a superficial and little detailed analysis and we know the limitations this implies. However, we consider it can generate further discussion and can contribute to the theoretical and methodological debate in this field.

With regard to the third step of this second objective, the analysis of the results, our data have confirmed both our general hypothesis, i.e. that the ability to keep pragmatic coherence has decreased progressively as the cognitive impairment derived from dementia progresses, and our secondary ones, i.e. that the capacity to use the cohesion mechanisms as well as the ability to integrate the contextual information in discourse decline as the dementia progresses.

Moreover, we have also detected impairment in the other elements of analysis in the protocol, more prominently informativeness, topicality and figurative language and to a lesser extend politeness and turn-taking. That given, it would be highly enriching if further research applied the theories of retrogenesis to the study of discourse coherence in order to check if there exists a relationship between the order of acquisition of the pragmatic abilities and their loss. In addition, it would also be recommendable to study these elements from the perspective of neurolinguistics and thus contribute to clarify the relationship between the neurological damage and deficits in pragmatic coherence in people with dementia.
Apart from this, this work could also be continued by applying our protocol to other populations. For example, in the field of language acquisition it could be used with age groups in different stages of language development in order to determine a pattern of the development of a pragmatically coherent discourse as we grow up. Likewise, we could also observe if there is any impairment in pragmatic coherence in non-pathological aging. Our last proposal is that this protocol can also be used to study the state of coherence in groups with other language pathologies. This can be particularly informative in those pathologies characterized by pragmatic deficits, such as autism, schizophrenia or personality disorders.

Third objective: contributing to develop therapeutic material

Finally, concerning the third objective, this protocol provides useful information that will help those professionals and researchers who decide to apply it determine what pragmatic abilities intervening in the production of a coherent discourse are preserved and choose the appropriate therapeutic activities to preserve them as long as possible. We intend to continue working in this field and in the future be able to attach a workbook of activities to exercise all the pragmatic abilities proposed by the protocol during the therapeutic workshops, without it implying large economic and time costs.

Taking all this into account, we desire that all the effort we have devoted to create this tool for the diagnosis and evaluation of pragmatic coherence in PwD can be useful in for the clinical practice as well as for further research within the field of applied linguistics. In such case, all our work would have been worthwhile.
Bibliografía


297


CEAFA (s/d). Asociaciones de CEAFA. Publicado en: <http://www.ceafa.es/es/asociaciones-alzheimer>. [Consultado o 17 de xullo de 2016].


Anexos
Anexo I. Resultados de la encuesta inicial

1. ¿Qué tipo de demencia tienen los usuarios que asisten a vuestros talleres?
   27 responses
   - Enfermedad de Alzheimer
   - Demencia Mixta
   - Demencia Vascular
   - Demencia Frontotemporal
   - Enfermedad de Parkinson
   - Todo tipo
   - Mixta, Vascular, Frontotemporal, Par...
   - La mayoría padecen Alzheimer por...
   - Cualquier demencia que contenga d...
   - Cualquier tipo de demencia
   - Todas las anteriores
   - TODAS
   - todas las anteriores excepto la front...
   - Todas, excepto Parkinson.
   - tenemos de todo tipo de demencia, ...
   - Tratamos todas las demencias mencionadas
   - Todas las demencias anteriormente mencionadas
   - DE TODOS LOS TIPOS
   - Años progresivos del lenguaje, apraxia ideomotora, atrofia cortical posterior, demencia multilínea, de...
   - La mayoría son enfermos de Alzheimer, pero tenemos usuarios con todas las demencias

2. ¿Cuál es el tramo de edad más frecuente de los usuarios que asisten a vuestros talleres?
   27 responses
   
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tramo de Edad</th>
<th>Número de Usuarios</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Menor de 55</td>
<td>0 (0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 55 y 70</td>
<td>-1 (3.7%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 70 y 80</td>
<td>21 (77.3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 80 y 90</td>
<td>5 (18.8%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 65 y 90</td>
<td>-2 (7.4%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entre 55-60</td>
<td>-1 (3.7%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. ¿Cuántos usuarios participan de media en vuestros talleres?
27 responses

4. ¿Cuál es la lengua inicial de los usuarios de vuestros talleres?
27 responses

5. ¿Cuál es la formación académica de la persona responsable de las actividades de lenguaje en vuestros talleres?
27 responses
6. ¿Con qué frecuencia incluis ejercicios de lenguaje en el taller?
27 responses

Siempre: 18 (66.7%)
Frecuentemente: 9 (33.3%)
Ocasionalmente: 1 (3.7%)
Nunca: 0 (0%)

7. ¿Os ayudáis de presentaciones de Power Point en los ejercicios de lenguaje?
27 responses

Siempre: 0 (0%)
Frecuentemente: 4 (14.8%)
Ocasionalmente: 17 (63%)
Nunca: 7 (25.9%)

8. ¿Utilizáis objetos reales en los ejercicios de lenguaje?
27 responses

Siempre: 2 (7.4%)
Frecuentemente: 16 (59.3%)
Ocasionalmente: 8 (29.6%)
Nunca: 1 (3.7%)
Option 5: 0 (0%)
9. ¿Utilizáis juegos en los ejercicios de lenguaje?
27 responses

- Siempre: 3 (11.1%)
- Frecuentemente: 18 (66.7%)
- Ocasionalmente: 6 (22.2%)
- Nunca: 0 (0%)

10. ¿Realizáis prácticas de diálogo durante los ejercicios de lenguaje (por ejemplo, simular que van al mercado a comprar, o que están en una cafetería...)?
27 responses

- Siempre: 1 (3.7%)
- Frecuentemente: 12 (44.4%)
- Ocasionalmente: 11 (40.7%)
- Nunca: 3 (11.1%)

11. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de denominación en el taller?
27 responses

- Siempre: 11 (40.7%)
- Frecuentemente: 15 (55.6%)
- Ocasionalmente: 1 (3.7%)
- Nunca: 0 (0%)
12. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de construcción de frases en el taller?

27 responses

- Siempre: 2 (7.4%)
- Frecuentemente: 19 (70.4%)
- Occasionalmente: 5 (18.5%)
- Nunca: 1 (3.7%)

13. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de cambio de categoría no taller (por ejemplo, identificación del cambio alegre-alegría)

27 responses

- Siempre: 0 (0%)
- Frecuentemente: 8 (29.6%)
- Occasionalmente: 15 (55.6%)
- Nunca: 4 (14.8%)

14. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de pronunciación en el taller?

27 responses

- Siempre: 4 (14.8%)
- Frecuentemente: 5 (18.5%)
- Occasionalmente: 14 (51.9%)
- Nunca: 4 (14.8%)
15. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de narración de historias en el taller?
27 responses

- Siempre: 0 (0%)
- Frecuentemente: 11 (40.7%)
- Ocasionalemente: 14 (51.3%)
- Nunca: 2 (7.4%)

16. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de descripción de imágenes en el taller?
27 responses

- Siempre: 2 (7.4%)
- Frecuentemente: 18 (66.7%)
- Ocasionalemente: 7 (25.9%)
- Nunca: 0 (0%)

17. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de lectura en el taller?
27 responses

- Siempre: 10 (37%)
- Frecuentemente: 14 (51.9%)
- Ocasionalemente: 3 (11.1%)
- Nunca: 0 (0%)
18. ¿Con qué frecuencia realizáis ejercicios de escritura en el taller?

27 responses

- Siempre: 15 (55.6%)
- Frecuentemente: 11 (40.7%)
- Ocasionadamente: 1 (3.7%)
- Nunca: 0 (0%)
19. Describe de forma general los distintos tipos de ejercicios de lenguaje que realizás normalmente en el taller.

27 responses

Reconocimiento y denominación de objetos, descripción de imágenes, familias de palabras, campos semiácticos.

Tenemos una gran variedad de ejercicios para trabajar el área del lenguaje: ejercicios de expresión, comprensión, denominación, fluidez verbal, lectura, escritura, etc.

narración, escritura, dictado, nominación de imágenes, listados y familias de palabras

Todos

Reconocimiento de objetos en imagen, nombrar el objeto, saber ubicarlo en el lugar que le corresponda, escribiendo su nombre sobre papel, nombrando alguna cosa que se pueda hacer con el mismo, ejercicios de temporalidad

Denominación, Descripción, Vocales, Tono, Ejercicios logopédicos...

lectura en voz alta, escritura, nominación, categorización, automatismos, fonooarticulación, praxias y lenguaje espontáneo.

Denominación, reconocimiento, lenguaje no verbal en combinación con ejercicios de pronunciación.

categorías, automáticos, construcción, denominación, discriminación, lectura, sinónimos/antónimos, escritura, lenguaje espontáneo.

Descripción de imágenes, denominación, narración de historias a través de imágenes o palabras, repetición, ejercicios léxico-semánticos, deletrear palabras, formar palabras a partir de letras-sílabas...

expresión oral y escrita, comprensión oral y escrita, fluidez verbal/denominación, lecto-escritura,

Denominación; Formación de frases; Evocación; Compreensión oral, comprensión escrita, Expresión: fluidez, definiciones, repetición...

DENOMINACIÓN, SINÓNIMOS Y ANTÓNIMOS, RECONOCIMIENTO, AGRUPAR POR CATEGORÍAS, RELACIONAR PALABRAS, COMPLETAR PALABRAS, CONTINUAR FRASES DE MANERA LÓGICA, ETC.

categorización, denominación, sinónimos-antónimos, comprensión lectora, copia de palabras, frases y/o textos.

Fichas de estimulación cognitiva, talleres de categorización, de razonamiento, dinámicos, adivinanzas, refranes, etc.

Los ejercicios realizados, están orientados al mantenimiento de las capacidades lingüísticas de los usuarios tales como: descripción de imágenes, lenguaje espontáneo, secuencias automatizadas, ejercicios de repetición (de palabras y frases), ejercicios de denominación (resposta denominado, denominación con apoyo visual, etc.), ejercicios de comprensión de órdenes y audiciones verbales, praxias articularias, lectura (de palabras, frases, discriminación de letras, identificación palabra-imagen, discriminación de palabras, comprensión lectora, etc), escritura (espontánea, de palabras, de frases, por copia, y narrativa), etc.
Ejercicios de categorías, conversación, antónimos-sinónimos, denominación por confrontación visual, descripciones,

Durante la semana se pautan 4-5 sesiones de lenguaje donde se alternan actividades de denominación, repetición, lenguaje automático, evocación categorial, conversación espontánea y dirigida, descripción, reconocimiento, comprensión, lectura y escritura

Se realizan, normalmente, de manera grupal y diferenciados por nivel cognitivo y lingüístico

**ACTIVIDADES EN LAS QUE TRABAJAMOS TODAS LAS CAPACIDADES DEL LENGUAJE, SOBRE TODO LA FLUIDEZ VERBAL, LA COMPRENSIÓN VERBAL Y LA DENOMINACIÓN**

Lectura y dictado de noticias importante del periódico.
Fichas individuales en las que cada día se trabaja: denominación de objetos, descripciones, escritura, lectura, cálculo....

Ejercicios de lectura, escritura, descripción de estímulos/ímagenes, definición del uso de objetos, sinónimos/antónimos, fluidez semántica y fonológica, denominación, ordenar/construir frases, escritura narrativa, lenguaje automático....

Realizamos conocimiento verbal de las funciones corporales, palabras encadenadas, descubra la profesión, creación de frases, completar frases, sinónimos y antónimos, denominación, lectura de textos, comprensión, fichas de grafemas y pronunciación

Palabras que empiecen por...., contestar a preguntas, repetición de palabras, lectura, escritura, dictado, trabajolenguas, musculación de lengua, respiración, narración de historias pasadas, narración de sucesos diarios, decir palabras relacionadas con un tema....

Comprensión, expresión verbal, grafa, vocabulario, discriminación auditiva, lectura.

Descripción, narración, denominación, lecto-escritura, denominación, praxis bucofonatorias, reconocimiento palabras, etc.

**Actividades de Lectura, comprensión, rimas, sinónimos, nombrar palabras comenzadas en una determinada letra, anagramas, etc.**
Anexo II. Manual de uso del protocolo

Introducción

Puesto que el deterioro cognitivo causado por la demencia no es reversible, es central que las personas que trabajan en terapias cognitivas con personas que padecen esta enfermedad dispongan de medios que les permitan identificar qué capacidades cognitivas se encuentran preservadas y así poder diseñar terapias adecuadas para ayudar a que estas resistan el avance de la enfermedad el máximo tiempo posible. Con esto en mente, este protocolo de evaluación de coherencia pragmático-discursiva ha sido concebido con el objetivo de servir de herramienta de análisis para detectar cuáles de los elementos responsables de que el discurso de una persona con demencia sea pragmáticamente coherente han sido deteriorados a causa del avance de la enfermedad y, sobre todo, cuáles se encuentran preservados.

Debido a que se trata de un producto realizado por personas con formación lingüística, hemos considerado conveniente elaborar el presente “manual de uso” para que aquellas personas provenientes de otros campos puedan despejar cualquier posible duda sobre cómo emplearlo. A lo largo de estas líneas, definiremos el concepto de coherencia pragmático-discursiva y explicaremos en detalle todos los elementos que se analizan en el protocolo. Igualmente, mostraremos cómo se debe efectuar el proceso de evaluación y lo ilustraremos a través de ejemplos.

1. ¿Qué es exactamente coherencia pragmático-discursiva?

La coherencia pragmático-discursiva o pragmática es aquella que se comprende desde un punto de vista global, es decir, no se trata únicamente de un producto textual, sino que se basa en la premisa de que la intención comunicativa de los interlocutores en una interacción tenga como producto un enunciado que sea coherente con el contexto en el que este se emite. Así, el proceso para emitir y comprender enunciados de forma coherente sería del siguiente modo:
Lo primero que hacemos antes de pronunciar cualquier palabra es decidir qué es lo que queremos decir, es decir, la intención que tenemos a la hora de pronunciar nuestro enunciado, es decir, nuestra (i) intención comunicativa. Sin embargo, antes de poder pronunciar palabra alguna, existen diversos (ii) factores cognitivos que pueden influenciar la calidad y relevancia de lo que digamos. Por ejemplo, nuestra habilidad para atribuir a otros determinados estados mentales (Teoría de la mente) o la capacidad de nuestra memoria son clave para que la comunicación sea exitosa. El siguiente paso consiste en incorporar la información contextual a nuestro acto comunicativo, o sea recurrimos a los (iii) factores pragmáticos para producir un significado en función del contexto que nos rodee en el momento de emitirlo. El paso final es la elección de las palabras en función de ese contexto, es decir, la codificación de los (iv) factores lingüísticos que vamos a emplear en nuestro enunciado. El proceso de comprensión sigue la misma ruta: (i) procesamos el estímulo a través de nuestras capacidades cognitivas; (ii) consideramos el contexto que nos rodea; (iii) procedemos a la decodificación del lenguaje en función de ese contexto; (iv) obtenemos la intención comunicativa de nuestro interlocutor.

2. ¿Qué significa cada uno de los elementos de análisis del protocolo?

Teniendo en cuenta lo expuesto en el apartado anterior, podemos afirmar que los factores pragmáticos los que van a determinar si un enunciado es discursivamente coherente o no y son estos los que deben vertebrar cualquier análisis de coherencia pragmático-discursiva. Los factores pragmáticos que se evalúan en el protocolo son los siguientes:

1. **Contexto:** situación en la que se desarrolla un determinado intercambio comunicativo. En esto se incluyen tanto el marco espacio-temporal en el que éste sucede (escenario), como el
conocimiento del mundo que tienen los hablantes y los roles sociales que desarrollan en la conversación en función de este conocimiento.

A. **Escenario:** situación en la que se desarrolla el intercambio comunicativo. En concreto, es el marco espacio-temporal en el que tiene lugar la interacción. En la evaluación del escenario distinguimos entre lugar y tiempo.

   - **Lugar:** espacio físico en el que se produce el intercambio comunicativo. P.ej. el centro Afaga, en la calle Martínez Garrido, en Vigo, Pontevedra, Galicia, etc.
   - **Tiempo:** espacio temporal en el que se produce el intercambio comunicativo. P.ej. a las once de la mañana del 29 de noviembre de 2016.

B. **Participantes:** cada uno de las personas que intervienen activa o pasivamente en el intercambio comunicativo. Dentro de los participantes examinamos los roles sociales y el conocimiento compartido.

   - **Roles sociales:** son las pautas de conducta lingüística esperables por parte de los interlocutores en una determinada intervención. P.ej. en el caso de una interacción entre un profesional y un usuario en la que el primero evalúa las capacidades lingüísticas del segundo, el usuario deberá reconocer a su interlocutor como un profesional que busca su bien y el evaluador deberá reconocer al usuario como una persona con posibles trastornos del lenguaje a la que debe evaluar.
   - **Conocimiento compartido:** información que ambos interlocutores son conscientes de tener en común. Se refiere tanto al conocimiento del mundo (cultura general) como a datos personales que conocen el uno sobre el otro. P.ej. una persona que trabaja como terapeuta en un centro del día y una usuaria llamada Carmen. Carmen le ha contado a la terapeuta que tiene tres hijos, por lo tanto que Carmen tiene tres hijos es conocimiento compartido entre Carmen y la terapeuta.

2. **Cohesión:** serie de elementos de carácter léxico y gramatical que establecen conexiones entre diferentes partes del discurso de forma que este resulte un producto coherente. En el caso del protocolo distinguimos cuatro mecanismos de cohesión principales: referencialidad, sustitución, cohesión léxica y conjunción.

   A. **Referencialidad:** fenómeno en el que ciertos elementos del discurso (habitualmente pronombres personales, demostrativos y comparativos) no poseen valor semántico propio sino que esta información (significado referencial) se encuentra en otros elementos a los que estos hacen referencia. En este caso, para que exista cohesión es necesaria “la continuidad del referente” a través de una relación semántica (1976: 31). Por ejemplo:
- ¿Quedamos para cenar con tus primos?
- Ellos al final no vienen, pero podemos salir nosotros de todos modos.

En el caso del ejemplo, el pronombre “ellos” sustituye a la frase nominal “tus primos”. Por lo tanto, se trata de dos elementos de categoría gramatical diferente y la relación es plenamente semántica.

B. Sustitución: consiste en remplazar un elemento léxico por otro de la misma categoría semántica. La principal diferencia con la referencialidad reside en que la sustitución tiene carácter léxicogramatical, mientras que en la referencialidad se prima la semántica. Por ejemplo, en este caso el pronombre indefinido “uno” sustituye gramaticalmente a la frase nominal “un bolígrafo” dentro de la oración.
- ¿Tienes un bolígrafo?
- Solo tengo uno de color rojo.

Las formas más comunes de cohesión por sustitución son los pronombres indefinidos para sustituir a nombres, el verbo hacer para sustituir verbos.

Un tipo muy peculiar de sustitución, hasta el punto en el que normalmente se considera un mecanismo de cohesión primario per se es la elipsis o “sustitución por cero”. Consiste en eliminar la referencia, que se infiere a través del sentido de la frase. Se trata, en la mayoría de los casos de un fenómeno anafórico, es decir, el referente suele encontrarse en el texto precedente.

Mi hermana trabaja en el hospital y mi hermano en una empresa.
En este ejemplo se elimina la repetición del verbo “trabajar” pero la información contextual consigue que el receptor presuponga que el verbo de la segunda frase es el mismo.

C. Cohesión léxica: esta categoría se encuentra a caballo entre la referencialidad y la sustitución, pues consiste en referirse al referente con un “nombre común”, con lo cual tiene carácter tanto gramatical como semántico. En el caso del castellano, Casalmiglia & Tusón (2007) apuntan los siguientes mecanismos de cohesión léxica como los más habituales:
(iii) Repeticiones (exactas o parciales). El niño entró en su habitación. La habitación era muy grande.
(iv) Sustitución por sinónimos o cuasi sinónimos. El niño entró en su habitación. Era un dormitorio muy grande.
(v) Sustitución por hipónimos, hiperónimos o antónimos. *El perro jugaba en el jardín. Se trataba de un animal muy dócil.*

(vi) Sustitución por metáfora o metonimia. *El niño era muy inteligente. Su madre siempre decía que era el coco de la familia.*

(vii) Sustitución por calificaciones valorativas. *El terremoto sacudió duramente la ciudad. La catástrofe fue terrible para todos.*

(viii) Sustitución por proformas léxicas, es decir, por términos poco preciosos. *Me he dejado el paraguas y el sombrero en tu casa. ¿Cuándo puedo pasar a por mis cosas?*

D. **Conjunción:** consiste en la introducción de marcadores textuales de tipología muy variada (conjunciones, adverbios, locuciones, sintagmas nominales, adverbiales y preposicionales...) que relacionan semánticamente dos segmentos discursivos de forma indirecta, pues la conexión se realiza a través del significado del propio marcador.

e. *Ayer no fui al cine porque estaba muy cansado.*

f. *Me encanta el color granate. Además, combina con todo.*

1. **Inferencia:** proceso de recuperar el sentido de una frase sea o no literal. Por ejemplo:

   - *Marcos, ¿tuvo usted hijos?*
   - *Yo no, los tuvo la mujer.*

   En este caso inferimos que efectivamente Marcos sí que ha tenido hijos, pero está bromeando al respecto. Otro caso podría ser:

   - *Marta ¿vienes esta noche a la fiesta?*
   - *Tengo un examen mañana.*

   Aquí inferimos que Marta no irá a la fiesta, porque tiene que estudiar para su examen, aunque no sea lo que dice literalmente.

2. **Presuposición:** información que se deduce automáticamente de los enunciados aunque esta no sea dicha de forma expresa.

   *Mi padre tiene tres hijas.*

   De este enunciado podemos extraer las siguientes presuposiciones:

   - *Mi padre está vivo.*
   - *Yo tengo dos hermanas.*

3. **Lenguaje figurado:** es la introducción y comprensión de metáforas, metonimias, refranes y frases hechas en el discurso. Por ejemplo:

   - *Ramón, ¿cuál es tu comida favorita?*
- Todas. A buen hambre no hay pan duro.

Aquí Ramón emplea un refrán para justificar que no tiene una comida favorita.

- Adela, ¿qué te gustaba hacer cuando eras joven?
- Me encantaba ir al baile. ¡Era la bomba!

Igualmente, en este ejemplo Adela utiliza una metáfora para explicar lo bien que se lo pasaba en el baile.

4. Cortesía: serie de estrategias discursivas destinadas a evitar potenciales conflictos lingüísticos. El objetivo de estas estrategias es que nuestro interlocutor se encuentre cómodo durante el desarrollo del acto comunicativo. Dentro de estas estrategias están el tacto, la generosidad, la modestia, la simpatía, etc. Un ejemplo de esto podría ser:

- ¿Qué tal estás? Te veo muy guapa hoy.

Igualmente, también es importante evitar enunciados que puedan molestar a nuestro interlocutor. Por ejemplo:

- Me gusta mucho este grupo de música.
- Menuda estupidez. Es horrible.

5. Informatividad: capacidad de un enunciado de transmitirnos información relevante y novedosa. Por ejemplo:

- ¿Te espero para cenar?
- No, voy a llegar tarde. Me tengo que quedar terminando un proyecto.

En este caso estos dos enunciados nos transmiten la información por la cual el primer interlocutor no debe esperar al segundo para cenar. Se trata de información novedosa, puesto que el primer interlocutor no la conoce y relevante, pues responde a la pregunta que plantea.

6. Topicalidad: progresión temática de la información a lo largo de un discurso. Se espera que esta progresión se realice de forma relevante, de modo que el interlocutor no se vea sorprendido por un cambio abrupto de tema. Por ejemplo:

- ¿Qué tal fue la obra de teatro a la que fuisteis ayer?
- Nos encantó, lo pasamos muy bien. Por cierto, el teatro está precioso, tienes que ir a verlo.

En este caso se produce un cambio de tema relevante, puesto que el teatro es el lugar al que asistieron a ver la obra, por lo tanto está relacionado con el tema anterior y no resulta inesperado para el interlocutor.
7. **Alternancia de turnos:** estudio del patrón de intercambio de unidades de participación dentro de una conversación. Se refiere, grosso modo, a la estructura de turnos dentro del intercambio comunicativo. Dentro de esto, existen ciertas estructuras, denominadas pares adyacentes, que en una conversación tradicionalmente se producen de forma conjunta, como es el caso de petición-aceptación/rechazo, cumplido-agradecimiento o preguntarespuesta. Por ejemplo:

- ¿Te gusta la lasaña?
- ¡Me encanta!

En este caso, el segundo interlocutor está respetando la alternancia de turnos al responder a la pregunta del primero.

8. **Competencia estratégica:** capacidad de emplear recursos para compensar posibles déficits comunicativos. Entre las estrategias más comunes se encuentran:

1. Responder a las preguntas con otra pregunta. Esto permite al hablante respetar la estructura de turnos de conversación y ganar tiempo para pensar una respuesta. P.ej. - ¿Te gusta la lasaña?
   - ¿La lasaña?
   - Sí.
   - Sí. Sí que me gusta.

2. Responder a las preguntas abiertas con respuesta no específicas, normalmente con pronombres indefinidos. Esta estrategia nos permite preservar el sistema de turnos cuando no tenemos recursos para responder a la pregunta. P.ej:
   - ¿Cuál es tu comida favorita?
   - Me gustan todas.

3. Recurrir a temas con los que el hablante se siente seguro. P.ej.
   - ¿Qué le gustaba más de vivir en Ourense?
   - En Ourense... *Allí nací yo*.

   - A mí me gusta mucho ver películas y también ir a pasear... *Y así es la vida*.

3. **El protocolo: versión ampliada y versión reducida**

Después de una encuesta realizada a 27 centros de ayuda a personas con demencia de todo el país, hemos concluido que la herramienta que necesitan estos profesionales debe cumplir las siguientes propiedades:
1- Debe poder realizarse en poco tiempo.
2- Debe adaptarse a todos los niveles de deterioro.
3- El resultado no debe verse afectado por el nivel cultural del entrevistado.
4- Debe dar información útil, con la que se pueda trabajar a posteriori.
5- Los puntos de evaluación deben ser perfectamente comprensibles para la persona que desee aplicarlo, independientemente del campo al que pertenezca.

Teniendo esto en cuenta, hemos desarrollado dos protocolos: una versión ampliada, que cubre minuciosamente todos los apartados que consideramos parte de la coherencia pragmático-discursiva y una versión reducida, más general y por lo tanto más rápida y fácil de aplicar. Lo ideal es que la herramienta que se emplee sea la ampliada, pero entendemos que no siempre existen los medios para que sea así, de ahí la existencia de la reducida.

El protocolo consta de dos partes diferenciadas, la primera consiste en un formulario para establecer los perfiles personal y neuropsicológico de la persona que se va a evaluar, de modo que el evaluador cuente con información previa en la que poder basarse. La parte de datos personales debe ser provista por el familiar o la persona a cargo del enfermo. En lo que respecta al perfil neuropsicológico, debe ser cubierto por el profesional cualificado que vaya a hacer la evaluación. Puesto que normalmente los profesionales ya recogen esta información independientemente del análisis lingüístico, en el caso de este protocolo, simplemente proveemos un ejemplo de los datos que puedan ser de interés, pero no pretendemos que los profesionales se adapten a él.

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS PERSONALES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS HISTÓRICOS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NOMBRE</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (nº y nombres):</td>
</tr>
<tr>
<td>Escuelas:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
</tr>
<tr>
<td>Aficciones:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MADUREZ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de boda:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>
La segunda parte del protocolo, es la evaluación de los trastornos de coherencia pragmático-discursiva, cuyas versiones extendida y reducida presentamos en la página que sigue y que reúne todos los elementos que hemos presentado en detalle en el apartado anterior.

La herramienta está pensada para su aplicación en el lenguaje natural, es decir, no debe estar guiado por un test. En investigaciones previas, se ha determinado que las personas con demencia
producen un discurso más elaborado cuando relatan sus experiencias personales que cuando se enfrentan a otras tareas narrativas como por ejemplo la descripción de imágenes o la narración de un vídeo. Así, lo ideal es aplicar este protocolo mientras se mantiene una conversación distendida sobre la vida del entrevistado. Por ejemplo, estas son algunas de las preguntas que hemos empleado en nuestra investigación:

- ¿Dónde nació? ¿Dónde vive? ¿Le gusta la zona dónde vive?
- ¿Le gusta el cine? ¿Le gusta leer? ¿Le gusta cocinar? ¿Le gustan los deportes?
- ¿De qué trabajo? ¿Le gustaba su trabajo? ¿Qué tareas hacía?
- ¿Cuántos hijos tiene? ¿Cómo se llama? ¿Se reúnen mucho en familia?
### PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE COHERENCIA DISCURSIVA
VERSIÓN AMPLIADA

#### 3. CONTEXTO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Escenario</th>
<th>A. Lugar</th>
<th>✓ La persona entrevistada expresa a través de su discurso que sabe en qué lugar se encuentra.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>B. Tiempo</td>
<td>✓ Expresa a través de su discurso que sabe qué hora y fecha es y cuántos años tiene.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Participantes

| C. Roles sociales | ✓ Reconoce el rol de su interlocutor/a y se comunica con él o ella como tal. Es capaz de dirigirse de forma diferente a un/a terapeuta, a una persona desconocida y/o a una amistad o a un familiar. |
|                  | D. Conocimiento compartido | ✓ Recuerda qué información conoce su interlocutor/a. No repite información ya conocida, ni introduce información nueva sin contextualización previa. |

#### 4. COHESIÓN

| A. Referencialidad | ✓ Utiliza pronombres, demostrativos y comparativos con un referente previo o posterior claro.  
Ej. *Mi hermano* está delgado. *Él* puede comer lo que quiera y no engorda.  
✓ Comprende los enunciados en los que un nombre ha sido sustituido por un pronombre, demostrativo o comparativo. |
|                    | B. Sustitución | ✓ Emplea mecanismos de sustitución de nombres, verbos y frases correctamente. Emplea mecanismos de elipsis sin problema.  
Ej. *No tengo móvil*. Me gustaría comprar *uno*.  
*Mi hija es muy buena*. *(Mi hija) Siempre me lleva de paseo*. (Elipsis)  
✓ Comprende los enunciados en los que un nombre, verbo o frase ha sido sustituido por otro u omitido. |
|                    | C. Cohesión Léxica | ✓ Usa sinónimos y repeticiones de los sustantivos para que su interlocutor/a pueda seguir su relato.  
Ej. *Mi perro duerme mucho*. *Es un animal muy tranquilo*.  
✓ Comprende el uso de los sinónimos cuando se le está relatando algo. |
|                    | D. Conjunción | ✓ Recurre a marcadores textuales (*además, porque, pero, para que...*), que facilitan al interlocutor/a seguir su relato.  
✓ Comprende el significado de los marcadores textuales en el relato del entrevistador/a. |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>INFERENCIAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de introducir sentido no literal en sus enunciados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ej. ¿Qué hora es? –Acaba de cerrar la tienda. (La tienda siempre cierra a las diez, por lo tanto son cerca de las diez).</td>
</tr>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de extraer el sentido no literal de los enunciados.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>PRESUPOSICIONES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de elegir no incluir información que se puede obtener del contexto en sus enunciados.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ej. No sé si mi hijo aprobará el examen. Presuposiciones: Esta persona tiene un hijo. Su hijo tiene un examen. La persona duda si va a aprobar el examen.</td>
</tr>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de comprender los enunciados sin que sea añada explícitamente dicha información contextual.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>LENGUAJE FIGURADO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Emplea lenguaje figurado como frases hechas, metáforas y/o sarcasmo e ironía.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ej. –Deberías trabajar más. – ¡Le dijo la sartén al cazo!</td>
</tr>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de comprender el lenguaje figurado.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>CORTESÍA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Intenta no imponer su voluntad sobre su interlocutor/a.</td>
</tr>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Procura que su interlocutor/a se sienta bien durante la conversación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>INFORMATIVIDAD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Introduce temas nuevos, no repite información y es capaz de seleccionar qué información es adecuada en cada momento.</td>
</tr>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de reaccionar adecuadamente a información que no conoce.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>TOPICALIDAD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de continuar con los temas de conversación de forma ordenada y con respuestas pertinentes.</td>
</tr>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de seguir los cambios de tema que plantea su interlocutor/a.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>ALTERNANCIA DE TURNOS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de seguir el intercambio de turnos de conversación correctamente.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>No interrumpe la conversación constantemente, no produce largas pausas injustificadas y responde a la comunicación.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>COMPETENCIA ESTRATÉGICA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓</td>
<td>Es capaz de emplear recursos que le ayuden a continuar con la conversación cuando el déficit cognitivo no se lo permite (pide información sobre el tema para ganar tiempo, vuelve a temas con los que se siente más cómodo/a, reconoce que no es capaz de contestar debido al déficit...)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE COHERENCIA DISCURSIVA
### VERSIÓN REDUCIDA

#### 1. CONTEXTO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Escenario</th>
<th>A. Lugar</th>
<th>✓ La persona entrevistada expresa a través de su discurso que sabe en qué lugar se encuentra.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>B. Tiempo</td>
<td>✓ Expresa a través de su discurso que sabe qué hora y fecha es y cuántos años tiene.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Participantes

<table>
<thead>
<tr>
<th>C. Roles sociales</th>
<th>✓ Reconoce el rol de su interlocutor/a y se comunica con él o ella como tal. Es capaz de dirigirse de forma diferente a un/a terapeuta, a una persona desconocida y/o a una amistad o a un familiar.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>D. Conocimiento compartido</td>
<td>✓ Recuerda qué información conoce su interlocutor/a. No repite información ya conocida, ni introduce información nueva sin contextualización previa.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### 2. COHESIÓN

✓ Emplea y comprende correctamente mecanismos de cohesión como por ejemplo la sustitución de palabras por pronombres, sinónimos, palabras afines o mecanismos de elipsis.

 Ej. Mi hermano está delgado. Él puede comer lo que quiera y no engorda. Mi perro duerme mucho. Es un animal muy tranquilo. Mi hija es muy buena. (Mi hija) Siempre me lleva de paseo. (Elipsis)

✓ No utiliza la sustitución por pronombres sin un referente claro.

 Ej. Me gusta vivir en Vigo. Ella me trata muy bien.

✓ Recurre a marcadores textuales (además, porque, pero, para que...), que facilitan al interlocutor/a seguir su relato y comprende los que emplea su interlocutor.

#### 3. IMPLICATURAS

✓ Es capaz de introducir sentido no literal en sus enunciados.

 Ej. -¿Qué hora es? –Acaba de cerrar la tienda. (La tienda siempre cierra a las diez, por lo tanto son cerca de las diez).

✓ Emplea lenguaje figurado como frases hechas, metáforas y/o sarcasmo e ironía.

 Ej. –Deberías trabajar más. – ¡Le dijo la sartén al cazo!

✓ Es capaz de comprender el sentido no literal de los enunciados.

#### 4. CORTESÍA

✓ Intenta no imponer su voluntad sobre su interlocutor.

✓ Procura que su interlocutor se sienta bien durante la conversación.
5. **INFORMATIVIDAD**
✓ Sus enunciados son comprensibles. Introduce temas nuevos, no repite información y es capaz de seleccionar qué información es adecuada en cada momento.
✓ Es capaz de reaccionar adecuadamente a información que no conoce.

6. **TOPICALIDAD**
✓ Es capaz de continuar con los temas de conversación de forma ordenada y con respuestas pertinente.
✓ Es capaz de seguir los cambios de tema que plantea el entrevistador.

7. **ALTERNANCIA DE TURNOs**
✓ Es capaz de seguir el intercambio de turnos de conversación correctamente.
No interrumpe la conversación constantemente, no produce largas pausas injustificadas y responde a la comunicación.

8. **COMPETENCIA ESTRATÉGICA**
✓ Es capaz de emplear recursos que le ayuden a continuar con la conversación cuando el déficit cognitivo no se lo permite (pide información sobre el tema para ganar tiempo, vuelve a temas con los que se siente más cómodo/a, reconoce que no es capaz de contestar debido al déficit...)

4. **Evaluación de resultados**

A la hora de cubrir el protocolo, debemos tener en consideración cada una de las habilidades pragmáticas que éste incluye y decidir si éstas se encuentran preservada (1 punto), parcialmente preservada (0,5 puntos) o no preservada (0 puntos). Esta selección se realizará en base a la frecuencia del uso correcto de cada una de estas habilidades. Cuando en la mayoría de los casos la persona entrevistada sea capaz de resolver de forma solvente lo que plantea el protocolo marcaremos “sí”; cuando en ocasiones el uso es correcto pero puntualmente aparecen errores escogeremos “parcialmente”; en el caso de que la mayoría de las veces la persona entrevistada no sea capaz de hacer uso de esta habilidad pragmática seleccionaremos “no”.

En el caso de la versión reducida del protocolo el reparto de puntos varía en dos de los apartados.
En el caso de la cohesión, desaparecen los subapartados (referencialidad, sustitución, cohesión léxica y conjunción) y se conforma un apartado único que pasa a valer 4 puntos en el caso del “sí” y 2 puntos en el caso de “parcialmente”. Algo semejante ocurre en el nuevo apartado “implicaturas”, que agrupa los contenidos de “inferencias”, “presuposiciones y “lenguaje figurado” de la versión extensa y pasa a valer 3 puntos para el “sí” y 1,5 para “parcialmente”.

La puntuación resultante de la suma de cada uno de estos apartados debe entenderse dentro de una escala de deterioro de coherencia pragmático-discursiva. Una puntuación en el intervalo de 12-16 puntos implicaría la ausencia de déficit, entre 8-12 puntos la persona examinada pacería un déficit de coherencia leve, entre 4-8 un déficit de coherencia moderado y entre 0-4 un déficit de coherencia severo. En futuras fases de la investigación podremos determinar si existe...
correlación entre relación el grado de deterioro cognitivo y el de puntuación en coherencia pragmático-discursiva y, en caso necesario, readaptar esta escala.

5. ¿Cómo sé si el uso de un elemento es correcto o no?

Puesto que existe la posibilidad de que a la hora de la valoración surjan dudas sobre si qué es lo que se requiere exactamente en cada apartado, en esta sección hemos añadido ejemplos de un caso real, que esperamos sirva de aclaración ante las posibles dudas. El perfil personal de la informante 0 (I0) es el siguiente:

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS PERSONALES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nombre:</strong> I0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estudios:</strong> Básicos</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fecha de nacimiento:</strong> 13/03/1932 (85 años)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Profesión:</strong> Modista</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lugar de nacimiento:</strong> Ferrol</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Primera lengua(s):</strong> Castellano</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Otras lenguas:</strong> Gallego</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Otra información:</strong> Tiene seis hijas. Se mudó a Pontevedra cuando sus hijas eran pequeñas a causa del traslado laboral de su marido.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En base a estos datos, presentamos ejemplos de usos correctos e incorrectos para cada habilidad pragmática especificada en el protocolo. Cabe especificar, que el hecho de que estos elementos

23 En el caso de que tras la lectura de este manual sigan existiendo dudas sobre el uso del protocolo, por favor, contacten con nosotros a través de la dirección de correo anavarela@uvigo.es.
no aparezcan en el discurso implica que se encuentran dañados y por lo tanto debe marcarse como “no preservado”.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Elemento de análisis</th>
<th>Ejemplos de uso correcto</th>
<th>Ejemplos de uso incorrecto</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Lugar**            | Entr.: ¿Dónde nació usted?  
I0: En Ferrol | Entr: ¿Dónde nació usted?  
I0: En Madrid/ En algún sitio/ No me acuerdo/ Allí. |
| **Tiempo**           | E: ¿Cuántos años tiene?  
I0: 85. | E: ¿Cuántos años tiene?  
I0: 43/ Muchos/ No me acuerdo. |
| **Roles sociales**   | I0: ¿Y esta evaluación para qué es?  
I0: ¿Cómo me ve?  
I0: ¿Cómo lo estoy haciendo? | I0: ¿Y tú quién eres?  
I0: A ti te conocí en Ferrol.  
I0: Me suenas mucho de verte por ahí. |
| **Conocimiento compartido** | I0: Nací en Ferrol.  
E: ¿Y vivió mucho tiempo en Ferrol?  
I0: Sí, hasta que destinaron a mi marido a Pontevedra. | I0: Nací en Ferrol.  
E: ¿Y vivió mucho tiempo en Ferrol?  
I0: Yo... Nací en Ferrol. |
| **Referencialidad**  | I0: Me gustaba mucho vivir en Ferrol. Fui muy feliz allí. | I0: Me gustaba mucho vivir allí. Fui muy feliz.  
E: ¿Dónde?  
I0: ¿Dónde qué? |
| **Sustitución**      | I0: Mi marido siempre ganó suficiente, nunca tuvimos que preocuparnos por eso. | I0: Mi marido siempre ganó suficiente, nunca tuvimos que preocuparnos porque ganase suficiente. |
| **Cohesión léxica**  | E: ¿Cuál es su comida favorita?  
I0: Me gusta mucho el pescado: el bacalao, la merluza, todos... | E: ¿Cuál es su comida favorita?  
I0: Me gusta mucho el pescado. El pescado me gusta mucho. Sobre todo este que... Que es un pescado. |
| **Conjunción**       | I0: Cuando trasladaron a mi marido me disgusté mucho, porque me gustaba mucho Ferrol. Además, teníamos a tres de las niñas en el colegio. | I0: Cuando trasladaron a mi marido me disgusté mucho. Me gustaba vivir en Ferrol porque teníamos tres niñas en el colegio. |
| **Inferencias**      | E: ¿Cuándo se trasladaron sus hijas ya eran mayores?  
I0: Aun iban al colegio. | E: ¿Cuándo se trasladaron sus hijas ya eran mayores?  
I0: No les gustaba mucho, Pontevedra. |
| **Presuposiciones**  | I0: Cuando trasladaron a mi marido me disgusté mucho. Además, teníamos a tres de las niñas en el colegio. | I0: Trasladaron a mi marido y entonces yo me disgusté mucho, porque no me quería ir. Además de nuestras seis hijas tres ya estaban en edad escolar, y por lo tanto iban |
| Lenguaje figurado | E: ¿Se encuentra bien?  
I0: Tengo la cabeza como un bombo. | E: ¿Se encuentra bien?  
I0: Tengo la cabeza que... Como un pandero. |
|---|---|---|
| Cortesía | E: ¿Se llevan bien en la familia?  
I0: Pues la verdad es que no me llevo mucho con mis hermanas. | E: ¿Se llevan bien en la familia?  
I0: No tengo por qué contestarle a eso, es una pregunta muy maleducada. |
| Informatividad | I0: Cuando trasladaron a mi marido me disgusté mucho. Además, teníamos a tres de las niñas en el colegio. | I0: El traslado, pues fue allí y yo le dije que, claro el traslado y las niñas... Era porque en el colegio estaban las niñas. Porque tuvimos que trasladarnos. |
| Topicalidad | I0: Cuando llegamos a Pontevedra nos costó adaptarnos. La ciudad es bonita, pero... ¿Tú has estado alguna vez? | I0: Cuando llegamos a Pontevedra nos costó adaptarnos... A ti te conozco de Ferrol, ¿no? |
| Alternancia de turnos | I0: ¿Y a usted le gusta salir a pasear?  
E: Perdona que te interrumpa, pero ¿yo a ti de qué te conozco? | I0: ¿Y a usted le gusta...?  
E: Nena, ¿yo a ti de qué te conozco? |
| Competencia estratégica | E: ¿Y a usted qué le gustaba de vivir en Ferrol?  
I0: ¿A mí?  
E: Sí.  
I0: Todo, me gustaba todo. | E: ¿Y a usted qué le gustaba de vivir en Ferrol?  
I0: [...]  
E: ¿Y a usted qué le gustaba de vivir en Ferrol?  
I0: No sé. |
Anexo III. Resultados de la encuesta final

Por favor, indique su formación profesional

7 responses

- Estudios en terapia ocupacional: 42.9%
- Estudios en logopedia: 57.1%

Antes de realizar la encuesta, he cubierto el protocolo con la informante del video al que dirige el documento

8 responses

- Sí: 75%
- No: 25%

La versión extensa es una herramienta sencilla de utilizar.

9 responses

0 (0%) 1 (11.1%) 2 (22.2%) 4 (44.4%) 2 (22.2%)
La versión breve es una herramienta sencilla de utilizar.

En la versión extensa, los apartados explican de forma clara lo que se pregunta.

En caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea "NO", ¿con qué apartado tiene dudas?
En la versión breve, los apartados explican de forma clara lo que se pregunta.  
9 responses

100%

En caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea "NO", ¿con qué apartado tiene dudas?  
0 responses

No responses yet for this question.

La cantidad de tiempo que necesito para cubrir la versión extensa es razonable.  
9 responses

<p>| | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1 (11.1%)</td>
<td>3 (33.3%)</td>
<td>3 (33.3%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2 (22.2%)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
La cantidad de tiempo que necesito para cubrir la versión breve es razonable.
9 responses

La versión extensa se adecua a todos los estadios de la enfermedad.
9 responses

La versión breve se adecua a todos los estadios de la enfermedad.
9 responses
La versión extensa se adapta a diferentes niveles culturales.

9 responses

La versión breve se adapta a diferentes niveles culturales.

9 responses

La versión extensa cumple con su función como herramienta de evaluación de coherencia discursiva.

9 responses
La versión breve cumple con su función como herramienta de evaluación de coherencia discursiva.

La versión extensa me proporciona información útil.

La versión breve me proporciona información útil.
En general, se trata de una herramienta necesaria para la evaluación lingüística.

Por favor, haga una valoración general del protocolo.

Se cubre de una forma sencilla en el marco de una conversación cotidiana sobre gustos, aficiones, etc. Recomendable, nos aporta información completa sobre el lenguaje de la persona y sus posibles problemas.

Es difícil valorar las referencias lingüísticas en una persona con un deterioro moderado o grave, ya que la capacidad de comunicación se ve mermada y únicamente contestan en el caso de ser preguntados y es difícil valorar los diferentes ítems en relación a ese apartado con alguien que hay que “forzar” a que se comunique de forma oral sin una plantilla de preguntas para poder forzar a observar si usa pronombres, repetición de sustantivos, conjugaciones y demás indicaciones del apartado de lingüística. Esto es lo que más tiempo requiere y que a mí parecer sería necesario mejorar para poder efectuarlo de forma más sencilla y ágil, mediante algún tipo de hoja de seguimiento o observacional con un guión de preguntas.

Buena presentación, fácilmente entendible para el entrevistador y aplicable.

Como cualquier instrumento que aplica por primera vez, se necesita un tiempo para conocerlo bien y práctica para cubrirla sin dificultad. Como es la primera vez que lo aplico, tuve que ver el vídeo varias veces para cubrirla en su totalidad. De todas formas, hubo en preguntas en las que dudé con mi respuesta (las preguntas están bien explicadas y los ejemplos ayudan mucho, pero en el vídeo a veces no encontraba un ejemplo claro para ver si la entrevistada cumplía o no el criterio por el que se preguntaba). Como no estoy especializado en lenguaje, creo que la versión ampliada puede ser muy útil para logopedas o otros profesionales que se centren más en este ámbito. Para mi práctica profesional veo más adecuada la versión reducida (algo más sencilla de cubrir y conlleva menos tiempo).

es bastante completo

Se trata de un protocolo bastante válido como herramienta de evaluación.

El protocolo es una buena herramienta en primer lugar, porque aparece todo detallado, bien explicado y evalúa diversos aspectos del lenguaje importantes en el discurso común del usuario y que con el día a día no se presta la suficiente atención. Así, el lenguaje resulta un buen indicador del deterioro cognitivo de un usuario y no existen suficientes baterías que evalúen déficits en el mismo más allá de la denominación, fluidez, comprensión verbal y funciones de lectura escritura. Lo que me ha resultado más complicado de seguir es el no establecimiento previo de unas cuestiones concretas y concisas que obliguen a responder de una manera determinada al sujeto y que facilite la evaluación de las distintas dimensiones que se presentan en el protocolo, siempre dentro de la dificultad que esto conllevaría. Por lo tanto, y como primera impresión, me parece que se necesita un dominio total del mismo para poder evaluar con rapidez y fluidez todos los aspectos requeridos.

Es una herramienta completa y extensa de valoración de la coherencia discursiva.
Anexo IV. Fichas de grabación

**I01**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 14/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 04:01</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Participants:**
I01  
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

**Comments:**
La entrevistaba estuvo casi todo el tiempo en estado de mutismo y no mostraba iniciativa comunicativa. Sin embargo, reaccionaba a las preguntas en la mayoría de los casos y respondía de forma relevante a las preguntas más típicas como ¿qué tal? La entrevista fue muy corta porque la entrevistada no mostraba mucha forma de interaccionar.

---

**I02**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 05/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 04:37</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Participants:**
I02  
Familiares: nuera, marido, nietos  
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

**Comments:**
La entrevista fue muy corta porque la entrevistada no articulaba palabras. Sin embargo, sí que mostraba la intención de responder a las preguntas, aunque fuese con sonidos. Los aspectos más positivos es que atendía a su nombre y que, cuando intentaba responder a las preguntas hacía un esfuerzo por entonar. En ocasiones puntuales mencionaba palabras como “que?” o frases como “eu quero...” aunque el resto del discurso era ininteligible. También articulaba de forma distinta para expresar dolor o disgusto.

---

**I03**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 19/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 15:00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Participants:**
I03  
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

**Comments:**
La conversación era relativamente fluida. Los problemas auditivos dificultaban la comunicación y había que repetir las preguntas muchas veces. La entrevistada respondió a todas las preguntas pero muchas de las respuestas no eran relevantes. Había bastantes “request” porque no entendía las preguntas. Las respuestas dejaban patente que tanto la memoria a corto como a largo plazo estaba dañada, así como la orientación personal, espacial y temporal. Sin embargo, sí que se conservaban ciertos recursos como los pares...
adyacentes pregunta-respuesta, cumplido-agradecimiento. Tampoco parecía haber problema con los turnos de habla y las estrategias de cortesía parecían intactas.

I04

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 29/03/2016
Time: 17:53
Length: 26:40
Place: AFAGA Vigo
Participants:
I04
Ana Varela Suárez (entrevistadora)
Comments:
La grabación se extendió durante aproximadamente 25 minutos. La conversación tuvo lugar en gallego. Se intentaron elicitar cambios de idioma pero el entrevistado continuó hablando en gallego. La conversación fue fluida, aunque algunos problemas de anomaía dificultaban que el entrevistado acabase las frases. Las respuestas en general no eran relevantes y era difícil seguir el hilo. El entrevistado mostraba problemas de orientación temporal, espacial y personal. Creía que sus hijas tenían 20 años, no tenía muy claro donde estaba y no sabía quién le estaba entrevistando a excepción de cuando me había conocido en su juventud. Aparte, el entrevistado conservaba ciertos recuerdos pero mezclaba conceptos. Un aspecto muy positivo de la entrevista es que el entrevistado intentaba hacerme participe de la conversación mostrando estrategias de cortesía lingüística. También respondía bien a los actos de habla y en alguna ocasión empleó lenguaje figurado.

I05

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 14/04/2016
Time: 10:30
Length: 05:31
Place: AFAGA Porriño
Participants:
I05
Ana Varela Suárez (entrevistadora)
Comments:
El entrevistado mostraba afasia severa. Solo era capaz de pronunciar “sí”, “no” y algunas palabras sueltas como “porriño”. Sin embargo mostraba voluntad comunicativa y conservaba el conocimiento de la estructura de conversación, respondiendo a todas las preguntas que se le planteaban. En cuanto a la comprensión, a primera vista resulta imposible determinar si está preservada o no, pues la mayoría de las respuestas a las preguntas no eran relevantes, lo que puede deberse tanto a problemas de decodificación como de falta de medios para dar la respuesta.

I06

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 05/04/2016
Time: 16:30
Length: 23:03
Place: AFAGA Vigo
Participants:
I06
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

**Comments:**
La grabación se extendió durante algo más de 20 minutos. La voluntaria respondió a todas las preguntas pero en ocasiones no las comprendía y había que repetirlas o reformularlas. Mostraba patrones del lenguaje repetitivos y no daba respuestas relevantes. Las respuestas evidenciaban un serio problema de orientación espacial: creía que vivía en una aldea en Lugo y que era la primera vez que estaba en la Afaga. También parecía tener problemas de atención sostenida, pues se despistaba con facilidad durante la entrevista.

---

**I07**

**FICHA DE GRABACIÓN**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date: 22/04/2016</th>
<th>Time: 11:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Length: 17:46</td>
<td>Place: AFAGA Vigo</td>
</tr>
<tr>
<td>Participants: I07 Ana Varela Suárez (entrevistadora)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Comments:**
La voluntaria respondió a todas las preguntas. Sin embargo, muchas respuestas eran irrelevantes o cambiaba de tema cuando se veía incapaz de contestar. Además, olvidaba el rol de la presentadora y en ocasiones no la trataba como tal, sino más como una amiga. En cambio, recordaba perfectamente cómo se llamaba su hija y que vivía con ella, lo que mostraba que la orientación personal estaba parcialmente preservada. Aparte de esto, reconocía abiertamente el déficit cuando no era capaz de responder.

---

**I08**

**FICHA DE GRABACIÓN**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date: 01/06/2016</th>
<th>Time: 13:00</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Length: 15:07</td>
<td>Place: AFAGA Vigo</td>
</tr>
<tr>
<td>Participants: I08 Ana Varela Suárez (entrevistadora)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Comments:**
Este informante respondió a todas las preguntas, lo que denota que los conocimientos sobre la estructura de la conversación se encuentran preservados. Sin embargo, casi ninguna de las respuestas estaba relacionadas con las preguntas. Era difícil seguir la conversación porque utilizaba muchos deicticos sin referentes claros. En ocasiones, parecía que no recordaba bien el rol de la entrevistadora y le hablaba de temas que no conocía. En general, la sensación era de discurso caótico.

---

**I09**

**FICHA DE GRABACIÓN**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date: 26/04/2016</th>
<th>Time: 16:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Length: 13:30</td>
<td>Place: Su domicilio</td>
</tr>
<tr>
<td>Participants: I09 Ana Varela Suárez (entrevistadora)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Comments:**
El entrevistado respondió a todas las preguntas y a casi todas de forma relevante. Además, usó estrategias de compensación, como la ironía, para salir del paso cuando no sabía cómo responder. Dio mucha información precisa sobre su pasado. Tuvo dudas en ciertos aspectos relacionados con la orientación personal, por ejemplo, confundió a su nieto con su hijo. También mostró que la orientación espacial estaba preservada, pero tenía más dudas con las referencias temporales.

I10

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 23/04/2016  
Time: 12:00  
Length: 05:24  
Place: Domicilio (Rúa Cangas, Vigo)  
Participants:  
I10  
Ana Varela Suárez (entrevistadora)  
Comments:  
Cuando llegamos Maruja estaba durmiendo, con lo cual en la parte de la entrevista era quizás en la que estaba menos participativa. Contestó a todas las preguntas de forma coherente y respondió a todo, pero lo hizo de forma muy breve. Cuando no se acordaba de algo lo decía abiertamente. Una de las pocas incoherencias fue un momento en el que dijo que no había leído el libro que lee siempre. También se equivocó con su edad.

I11

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 01/06/2016  
Time: 16:00  
Length: 13:15  
Place: AFAGA Porriño  
Participants:  
I11  
Ana Varela Suárez (entrevistadora)  
Comments:  
La entrevistada respondió todas las preguntas y la mayoría de ellas de forma relevante. Aunque mostraba algunos déficits de memoria, como olvidar puntualmente que vivía con su nieta, la impresión es que integraba bien la información contextual de tiempo, lugar y personas de forma correcta. Puntualmente repetía temas, como el de la invención de la fregona, con los que se veía que se sentía más cómoda. En general la impresión es que la conversación era coherente.

I12

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 01/04/2016  
Time: 10:35  
Length: 21:24  
Place: AFAGA Vigo  
Participants:  
I12  
Ana Varela Suárez (entrevistadora)  
Comments:  
La grabación se extendió durante aprox. 21 minutos. Fue una entrevista algo complicada porque las respuestas eran relativamente breves y la entrevistada acababa todos sus
mensajes de forma muy pesimista como “ahora ya no hago nada”, “ya no me gusta hacer nada”, “a estas edades...”, lo cual dificultaba la fluidez de la conversación. Sin embargo, las respuestas eran relevantes y siempre las mismas. La entrevistada mostraba orientación temporal, espacial y personal. Sabía la edad que tenía, dónde estaba y que estaba siendo entrevistada por una persona que no conocía. Asimismo, no parecía tener problemas severos de memoria a largo plazo: recordaba detalles de su infancia, los nombres de sus hijas... Aunque las fechas concretas sí parecían suponer un problema. Tampoco recordaba el número exacto de hermanos que tenía. Tampoco parecían existir problemas serios de denominación, así que la expresión era fluida.

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 06/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 23:22</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Participants:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Comments:</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 13/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 19:50</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Participants:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Comments:</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
presentes habló en pasado. No parecía tener problemas de índole auditivo porque entendía las preguntas. En lo que respecta a la semántica, en ocasiones introducía neologismos o palabras incomprensibles y proseguía sin darse cuenta. Cuando se encontraba con alguna dificultad de formulación o casos de anomia recurría con frecuencia al lenguaje gestual para resolver estos problemas. La sintaxis y la fonética a priori se encontraban preservadas. En lo que concierne a aspectos pragmáticos, lo más destacable es que respondía de forma relevante a las preguntas, aunque de forma quizás demasiado extensa transgrediendo así la máxima de cantidad. La topicalidad también parecía ligeramente alterada, pues conforme avanzaba en su respuesta se iba por las ramas y terminaba hablando de temas que no tenían nada que ver. Hizo uso del lenguaje figurado de forma correcta en un momento específico. Un aspecto que puede ser interesante de esta entrevista es que hablaba mucho sobre temas muy emocionales, con lo cual se puede comparar el uso del lenguaje de estos momentos con el de momentos menos significativos, como cuando narraba qué le gusta hacer.

**I15**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 07/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 14:40</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Participants:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>I15</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Comments:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>La conversación duró aproximadamente quince minutos. No elaboraba mucho sus respuestas y llegó un punto en el que respondía lo mismo a todas las preguntas. Además, parecía existir un problema de compresión: muchas veces había que repetir o reformular las preguntas. Aunque en general las respuestas eran relevantes, muchas veces no sabía responder y retomaba recuerdos pasados. Mostraba ciertos despistes de orientación espacial, como por ejemplo pensaba que todavía estaba en Lugo y creía que tenía gallinas. Sin embargo, no parecía tener problemas serios de anomia y recordaba información relevante de su vida como los nombres de sus hijos y nietos y con quién vivía.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**I16**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Date:</strong> 22/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Length:</strong> 17:13</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Participants:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>I16</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Comments:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>La entrevistada tenía mucha fluidez y respondía a todas las preguntas correctamente. En ocasiones puntuales hubo alguna contradicción, como con la edad de los hermanos. Además, parecía muy consciente de la enfermedad e hizo relación a los déficits de memoria en varias ocasiones, aunque no lo utilizó como estrategia para no responder a preguntas. Puntualmente mencionó palabras en medio en portugués.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
FICHA DE GRABACIÓN

Date: 06/04/2016  Time: 13:30
Length: 20:26  Place: AFAGA Vigo

Participants:
I17
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

Comments:
La entrevista duró aproximadamente 25 minutos. El entrevistado respondía con fluidez a todas las preguntas y mostraba bastante vocabulario y ganas de hablar. Sin embargo, mostraba patrones de habla bastante repetitivos y no controlaba bien la gestión del conocimiento compartido: introdujo en varias ocasiones que él había sido futbolista profesional como información nueva en la conversación. En general, las respuestas eran relevantes, aunque en ocasiones acababan derivando hacia un tema que no tenía mucho que ver con la pregunta. Leopoldo parecía saber dónde estaba aunque no era consciente de por qué: argumentó que no tenía demencia cuando vio el compromiso ético. Sin embargo, la memoria histórica parecía intacta ya que recordaba con bastante exactitud hechos específicos de su vida. La memoria a corto plazo parecía dañada: al comienzo de la entrevista se le entregó un papel y al finalizar preguntó si ese papel era suyo.

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 05/04/2016  Time: 10:45
Length: 15:54  Place: AFAGA Vigo

Participants:
I18
Marido de la entrevistada. Quiso estar presente pero no colaboró.
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

Comments:
La grabación duró aproximadamente 16 minutos. La entrevistada habló con fluidez y respondió a todas las preguntas de forma relevante y dio información sobre ellas. La orientación personal, temporal y espacial parecía intacta y la memoria a largo plazo no parecía particularmente dañada. Era capaz de recordar datos concretos sobre su presente y algunos sobre su pasado, si bien parecía haber problemas para recordar nombre específicos. En ocasiones se mostraba insegura de sus respuestas y buscaba que su marido allí presente ratificase la información.

FICHA DE GRABACIÓN

Date: 01/06/2016  Time: 11:00
Length: 10:27  Place: Centro de día Beiramar

Participants:
I19
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

Comments:
La grabación fue corta porque Eloy no tenía muchas ganas de conversar. Respondió a todas las preguntas de forma relevante, aunque muchas de ellas fueron escuetas. En ocasiones reconoció que no recordaba cosas y repitió información que ya había dado como si fuese nueva, pero en general la orientación personal, espacial y temporal parecía preservada.

I20

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Date: 08/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Time: 10:45</td>
</tr>
<tr>
<td>Length: 11:04</td>
</tr>
<tr>
<td>Place: AFAGA Vigo</td>
</tr>
<tr>
<td>Participants:</td>
</tr>
<tr>
<td>I20</td>
</tr>
<tr>
<td>Ana Varela Suárez (entrevistadora)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Comments:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>La entrevista fue muy corta porque el entrevistado era escueto y no parecía tener muchas ganas de responder a las preguntas. La sintaxis fue correcta y no parecía tener problemas ni de compresión ni de producción. Si existía algún déficit patente en el lenguaje no se mostró de forma evidente. En este caso hay que fijarse bien en el perfil neuropsicológico que nos transmite el equipo de psicólogos para ver si la información que daba era correcta.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I21

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Date: 06/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Time: 16:00</td>
</tr>
<tr>
<td>Length: 20:12</td>
</tr>
<tr>
<td>Place: AFAGA Vigo</td>
</tr>
<tr>
<td>Participants:</td>
</tr>
<tr>
<td>I21</td>
</tr>
<tr>
<td>Ana Varela Suárez (entrevistadora)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Comments:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>La entrevista duró aproximadamente 20 minutos. En apariencia con poco daño en la memoria: era capaz de contar episodios de su vida con exactitud, así como episodios de series que había visto en la tele. En ocasiones no comprendía las preguntas pero probablemente se debe a un déficit de audición. No mostraba problemas de anomia ni patrones repetitivos. Quizás el déficit más grande se reflejaba en la cortesía, pues presentaba un comportamiento impropio para una entrevista, como intentar besar a la entrevistadora o hablar sobre pornografía. Lo curioso es que la orientación espacial, personal y temporal parecía preservada. Con lo cual no se puede establecer una relación entre ambas cosas.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I22

<table>
<thead>
<tr>
<th>FICHA DE GRABACIÓN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Date: 14/04/2016</td>
</tr>
<tr>
<td>Time: 10:30</td>
</tr>
<tr>
<td>Length: Entrevista: 15:29</td>
</tr>
<tr>
<td>Rana: 09:44</td>
</tr>
<tr>
<td>Place: AFAGA Vigo</td>
</tr>
<tr>
<td>Participants:</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Ana Varela Suárez (entrevistadora)

**Comments:** La entrevista duró aproximadamente 15 minutos. La conversación transcurrió con fluidez. Uno de los aspectos más destacables es que la informante repetía con frecuencia la misma información: que tenía 79 años y que se conservaba muy bien. Las respuestas en la mayor parte de los casos eran relevantes, aunque en alguna ocasión puntual respondió cosas que no tenían nada que ver con la pregunta. Durante la conversación mostró algún problema de anomía pero no llamó excesivamente la atención. La orientación temporal y personal parecía preservada, sabía cuántos años tenía (comprobar con la ficha de la evaluación neuropsicológica) y con quién vivía. Sin embargo, pensaba que estaba en la ciudad de Palencia y la ubicaba en Galicia. La memoria a corto plazo también parecía afectada, lo que repercutía en la gestión del conocimiento compartido: introducía como nueva información que ya había contado a la entrevistadora.

---

**FICHA DE GRABACIÓN**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Date:</th>
<th>22/04/2016</th>
<th>Time:</th>
<th>10:30</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Length:</td>
<td>15:20</td>
<td>Place:</td>
<td>AFAGA Vigo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Participants:**

Ana Varela Suárez (entrevistadora)

**Comments:**

Hizo la entrevista con mucha fluidez. Respondió a todas las preguntas de forma relevante, dando la información con la calidad, cantidad y modo adecuados. Además, recordaba con exactitud la respuesta a todas las preguntas, mostrando que la memoria a largo plazo se encuentra preservada. Igualmente, no mostró problemas de orientación ni personal, ni espacial, ni temporal. El único trazo con el que tuvo un mínimo problema fue en un momento puntual en el que no pudo recordar el nombre de Benidorm, pero supo indicar que se trataba de un lugar a donde viajaban los jubilados en la costa levantina.
Anexo V. Transcripción del corpus
Disponible para revisión del tribunal en documento externo (véase nota 1 en la página 15).
### Anexo VI. Mecanismos de referencialidad

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categoría</th>
<th>Tipo</th>
<th>Galego</th>
<th>Castellano</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Posesivos</td>
<td>Meu(s), mina(s), teu(s), túa(s), seu(s), súa(s), noso/a(s), voso/a(s), seus, súas.</td>
<td>Mi(s), tu(s), su(s), nuestro/a(s), vuestro/a(s),</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Demostrativos</td>
<td>Ese/o/a(s), este o/a(s), aquel/lo/la(s), iso, isto, aquilo.</td>
<td>Ese/o/a(s), este o/a(s), aquel/lo/la(s)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Personal</td>
<td>Eu, ti, el, ela, nós, vós, eles, elas.</td>
<td>Yo, tú, él, ella, nosotros, vosotros, ellos, ellas.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Min, comingo, ti, contigo, sí, consigo.</td>
<td>Mi, conmigo, ti, contigo, sí, consigo.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Objeto directo</td>
<td>Me, te, lle/o/a(s), llelo/a(s) nos/nolo/a(s),</td>
<td>Me, te, le, nos, os.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>vos/volo/a(s).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Objeto indirecto</td>
<td>Me, che, lle, se, nos, vos, lles</td>
<td>Me, te, le, se, nos, os, les</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lugar</td>
<td>Aquí, aí, ali, alá, aló, cerca, preto, lonxe, arriba, abaxo, diante, detrás, enfrente, encima, enriba debaixo, donde, antes...</td>
<td>Aquí, ahi, alli, allá, acá, cerca, lejos, arriba, abajo, delante, detrás, enfrente, encima, debajo, donde, antes...</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tiempo</td>
<td>Onte, hoxe, mañá, sempre, nunca, despois, xa, agora, frecuentemente, antes</td>
<td>Ayer, hoy, mañana, siempre, nunca, después, luego, ya, ahora, frecuentemente, antes</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Anexo VII. Mecanismos de sustitución

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Gallego</th>
<th>Castellano</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Pron. Indefinidos</strong></td>
<td>Moito/a(s), pouco/a(s), tanto /a(s), bastante(s), demasiado/a(s), algún/a(s), ningún/a, calquera, outro/a(s), todo/a(s), un/ha(s), algo, nada, alguén, nalgures</td>
<td>Mucho/a(s), poco/a(s), tanto/a(s), bastante/s, demasiado/a(s), alguno/a(s), ninguno/a, cualquier/a, otro/a(s), todo/a(s), uno/a(s), algo, nada</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pron. Interrogativos</strong></td>
<td>Quen, que, cal/es), canto/a(s)</td>
<td>Quién(es), qué, cuál(es), cuánto/a(s)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pron. Demostrativos</strong></td>
<td>Ese/o/a(s), este o/a(s), aquel/lo/la(s), iso, isto, aquilo.</td>
<td>Ese/o/a(s), este o/a(s), aquel/lo/la(s)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pron. Posesivos</strong></td>
<td>Meu(s), miña(s), teu(s), túa(s), seu(s), súa(s), noso/a(s), voso/a(s).</td>
<td>Mío/a(s), tuyo/a(s), suyo/a(s), nuestro/a(s), vuestro/a(s)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pron. de objeto directo</strong></td>
<td>O/a/os/as</td>
<td>Lo/a/(s)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Marcadores discursivos en gallego

#### Aditivos

<table>
<thead>
<tr>
<th>E</th>
<th>Así mismo</th>
<th>Nin</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ademais</td>
<td>Tamén</td>
<td>Tampouco</td>
</tr>
<tr>
<td>Despois</td>
<td>Tal como</td>
<td>De igual modo</td>
</tr>
<tr>
<td>Incluso/mesmo</td>
<td>Do mesmo modo/xeito</td>
<td>De igual maneira</td>
</tr>
<tr>
<td>Igualmente</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Contrastivos

| Pero             | Agora ben       | A pesar de |
|                 | Contrariamente  | Non obstante |
| En cambio        | Excepto se      | Con todo |
| Porén            | A non ser que   | Añada así |
| Senón            | De todos modos/xeitos | Después de todo |
| En lugar de      | Sexa como sexa/for | Así e todo |
| En vez de        | En calquera caso |      |
| Polo contrario/no contrario |                  | Mais |

#### Reformuladores

| É dicir          | En todo caso    | En resumen |
|                 | De todos modos  | En conclusión |
| Isto é           | De todas formas | En resumidas cuentas |
| A saber          | De todas maneras | En definitiva |
| Vamos que        | De cualquier modo | A fin de cuentas |
| Mejor dicho      | De cualquier forma | Al fin y al cabo |
| Mejor aún        | De cualquier manera | Después de todo |
| Más bien         | En fin          | Total |
| En cualquier caso | En suma        |      |

#### Ordinales

| Ante todo        | Primeiro        | Para finalizar |
|                 | Por una parte   | Por outra parte |
| Antes de nada    | Por un lado     | Por outro lado |
| Para empezar     | Dunha parte     | Doutra parte |
| Para comenzar    | Dun lado        |      |
| En primer lugar  | Para terminar   | Outro lado |
| Pola súa parte   | En último lugar | Finalmente |
| En segundo lugar | En último término | Por fin |
| En segundo término | Por último | Ao fin |
| Segundo          |                  | Ao final |

#### Causativos

| A causa diso     | Pois            | Dado que |
|                 | Posto que       | Polo feito de que |
| Porque           | Xa que          | Gracias/grazas a |

#### Consecutivos

| De aí que        | Resulta que     | Entén |
|                 | Así que         | Por conseguinte |
| Pois             | Así pois        | En consecuencia |
| Logo             | Polo tanto      | En efecto |
| Por iso          |                  |      |
| De modo/xeito que |                  |      |

#### Condicionales

| Se               | Dependiendo de   | A non ser que |
|                 | A menos que      | Sempre e cando |
| Con tal de que   | Sempre que       | Con que |
| Cando            | Mentres          |      |
| No caso de que   |                  |      |

#### Finales

| Para que         | Co propósito de que | De tal modo/xeito que |
|                 |                    |      |
| A fin de que     |                    |      |

#### Temporales

| Cando            | Más tarde         | De repente/socato |
|                 | Mentres tanto     | Enseguida |
| De pronto        | Unha vez          | De cando en vez |
| Nese momento     | Un día            | Ás veces |
| Entón            | Daquela           | Despois |
| Logo             |                  |      |

#### Espaciales

| Enfronte         | Á dereita         | Debaixo |
|                 |                 |      |
| Diante           | Á esquerda       | Enriba |

<p>| | | |
|                  |                 |      |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Marcadores discursivos en castellano</th>
<th>Detrás</th>
<th>Arriba</th>
<th>Abaixo</th>
<th>Ao fondo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Marcadores discursivos en castellano</td>
<td>Ao largo</td>
<td>Ao ancho</td>
<td>Encima</td>
<td>Por riba</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aditivos</th>
<th>Y</th>
<th>Igualmente</th>
<th>Ni</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Además</td>
<td>Así mismo</td>
<td>Tampoco</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Encima</td>
<td>También</td>
<td>Aparte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Después</td>
<td>Tal como</td>
<td>De igual modo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Incluso</td>
<td>Del mismo modo</td>
<td>De igual manera</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Contrastivos</th>
<th>Pero</th>
<th>Antes bien</th>
<th>A pesar de</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>En cambio</td>
<td>Contrariamente</td>
<td>Non obstante</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sin embargo</td>
<td>Excepto sí</td>
<td>Con todo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sino</td>
<td>A no ser que</td>
<td>Aun así</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En lugar de</td>
<td>De todos modos</td>
<td>Después de todo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En vez de</td>
<td>Sea como sea</td>
<td>Así y todo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Por el contrario/Al contrario</td>
<td>En cualquier caso</td>
<td>Ahora bien</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reformuladores</th>
<th>Es decir</th>
<th>En todo caso</th>
<th>En resumen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Esto es</td>
<td>De todos modos</td>
<td>En conclusión</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O sea</td>
<td>De todas formas</td>
<td>En resumidas cuentas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A saber</td>
<td>De todas maneras</td>
<td>En definitiva</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vamos que</td>
<td>De cualquier modo</td>
<td>A fin de cuentas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mejor dicho</td>
<td>De cualquier forma</td>
<td>Al fin y al cabo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mejor aún</td>
<td>De cualquier manera</td>
<td>Después de todo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Más bien</td>
<td>En fin</td>
<td>Total</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En cualquier caso</td>
<td>En suma</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ordinales</th>
<th>Ante todo</th>
<th>Primero</th>
<th>Para finalizar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antes de nada</td>
<td>Por una parte</td>
<td>Por otra parte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Para empezar</td>
<td>Por un lado</td>
<td>Por otro lado</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Para comenzar</td>
<td>De una parte</td>
<td>De otra parte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En primer lugar</td>
<td>De un lado</td>
<td>De otro lado</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Por su parte</td>
<td>Para terminar</td>
<td>Finalmente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En segundo lugar</td>
<td>En último lugar</td>
<td>Por fin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En segundo término</td>
<td>En último término</td>
<td>Al fin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Segundo</td>
<td>Por último</td>
<td>Al final</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Causativos</th>
<th>A causa de eso</th>
<th>Pues</th>
<th>Dado que</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Por eso</td>
<td>Puesto que</td>
<td></td>
<td>Por el hecho de que</td>
</tr>
<tr>
<td>Porque</td>
<td>Ya que</td>
<td></td>
<td>Gracias a</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Consecutivos</th>
<th>De ahí que</th>
<th>Resulta que</th>
<th>Entonces</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pues</td>
<td>Así que</td>
<td>Por consiguiente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Luego</td>
<td>Así pues</td>
<td>En consecuencia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Por eso</td>
<td>Polo tanto</td>
<td>En efecto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>De modo que</td>
<td>Depende de</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condicionales</th>
<th>Si</th>
<th>Dependiendo de</th>
<th>A no ser que</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Con tal de que</td>
<td>Con tal de que</td>
<td>A menos que</td>
<td>Siempre e cando</td>
</tr>
<tr>
<td>Cuando</td>
<td>Siempre que</td>
<td>Mientras</td>
<td>Con que</td>
</tr>
<tr>
<td>En el caso de que</td>
<td>Mientras</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Finales</th>
<th>Para que</th>
<th>Con el propósito de que</th>
<th>De tal modo que</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Temporales</th>
<th>Cando</th>
<th>Más tarde</th>
<th>De repente</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>De pronto</td>
<td>Mientras tanto</td>
<td>Enseguida</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>En ese momento</td>
<td>Una vez</td>
<td>De cando en vez</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entonces</td>
<td>Un día</td>
<td>A veces</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

374
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Luego</th>
<th>De aquella</th>
<th>Después</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Espaciales</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enfrente</td>
<td>A la derecha</td>
<td></td>
<td>Debajo</td>
</tr>
<tr>
<td>Delante</td>
<td>A la izquierda</td>
<td></td>
<td>Por encima</td>
</tr>
<tr>
<td>Detrás</td>
<td>A lo largo</td>
<td></td>
<td>Por debajo</td>
</tr>
<tr>
<td>Arriba</td>
<td>A lo ancho</td>
<td></td>
<td>Al fondo</td>
</tr>
<tr>
<td>Abajo</td>
<td>Encima</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Anexo IX. Evaluaciones neuropsicológicas

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>101</strong></th>
</tr>
</thead>
</table>

#### DATOS PERSONALES

| Nombre: 101 | Estudios: Básicos |
| Fecha de nacimiento: 19/07/1930 | Profesión: Ama de casa |
| Lugar de nacimiento: Escairol, Lugo | Primera lengua(s): Gallego |
|  | Otras lenguas: Español |

#### DATOS HISTÓRICOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>INFANCIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre de la madre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
</tr>
<tr>
<td>Relaciones (s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MADUREZ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de boda:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

<p>| <strong>Diagnóstico clínico:</strong> Alzheimer |
| <strong>GDS actual:</strong> Severo |
| <strong>Gnosias:</strong> |
| <strong>Praxias:</strong> |
| <strong>Memoria:</strong> |
| 5. Memoria a corto plazo |
| 6. Memoria a largo plazo |
| 6.1. Memoria episódica |
| 6.2. Memoria semántica |
| 6.3. Memoria de procedimiento |
| <strong>Orientación:</strong> |
| 11. Temporal: No |
| 12. Espacial: No |
| <strong>Capacidades sensoriales:</strong> Presbicia y audición normal |
| <strong>Atención:</strong> |
| 9. Sostenida |
| 10. Selectiva: Sí, por momentos. |
| 11. Alternante |
| 12. Dividida |
| <strong>Funciones ejecutivas:</strong> |
| - Inicio de actividades |
| - Flexibilidad mental y utilización del feedback |
| - Capacidad de planificación y organización |
| - Selección de estrategias para resolver problemas |
| - Juicio |
| - Autoreconocimiento |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DATOS PERSONALES</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nombre:</strong> 102</td>
<td><strong>Estudios:</strong> Básicos</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fecha de nacimiento:</strong> 18/05/1940</td>
<td><strong>Profesión:</strong> Matadero de polos, viveiro, traballo en Suíza</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lugar de nacimiento:</strong> Eiras</td>
<td><strong>Primera lengua(s):</strong> Galego</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Otras lenguas:</strong> non</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS:** no se recolleron porque a entrevistada non pronunciaba palabras

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Nombre del padre:</strong></th>
<th><strong>Nombre de la madre:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Hermanos (no. and names):</strong></th>
<th><strong>Lugares de residencia:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Centros de estudio:</strong></th>
<th><strong>Hobbies:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Amigos:</strong></th>
<th><strong>Otros recuerdos:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Primer trabajo:</strong></th>
<th><strong>Relaciones (s):</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Hobbies:</strong></th>
<th><strong>Otros recuerdos:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Fecha de boda:</strong></th>
<th><strong>Hobbies:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Nº de hijos:</strong></th>
<th><strong>Primer coche y mascota:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Datos relacionados con hijos/nietos:</strong></th>
<th><strong>Lugar de vacaciones:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Trabajos:</strong></th>
<th><strong>Otros recuerdos:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

**Diagnóstico clínico:** Demencia Tipo Alzheimer

**GDS actual:** 7 (deterioro cognitive severo)

**Gnosias:** non recoñece obxectos

**Praxias:** está sentada nunha cadeira de rodas e non se move con facilidade, máis manipula obxectos

**Memoria:** Ao non ter capacidades lingüísticas presuponse perdida

7. Memoria a corto plazo
8. Memoria a largo plazo
8.1. Memoria episódica
8.2. Memoria semántica
8.3. Memoria de procedimento

**Orientación:** Ao non ter capacidades lingüísticas presuponse perdida

14. Temporal
15. Espacial
16. Personal

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:** Cando se lle chama polo nome atende, pero non é quen de soster a atención nun mesmo punto durante varios segundos

13. Sostenida
14. Selectiva
15. Alternante
16. Dividida

**Funciones ejecutivas:** perdidas

- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

Ao comienzo da enfermidade mostraba problemas de conducta más agora está tranquila.

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979)

Ten un grado de dependencia 3 cun 86% de minusvalía

### 103

#### DATOS personales

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 103</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento:</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: MADRID</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### DATOS HISTÓRICOS

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

Diagnóstico clínico: EA

GDS actual: 7

Gnosias:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Memoria:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9. Memoria a corto plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Memoria a largo plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>10.1. Memoria episódica</td>
</tr>
<tr>
<td>10.2. Memoria semántica</td>
</tr>
<tr>
<td>10.3. Memoria de procedimiento</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Praxias:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Orientación:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17. Temporal</td>
</tr>
<tr>
<td>18. Espacial</td>
</tr>
<tr>
<td>19. Personal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Capacidades sensoriales: DEFICIT MUY GRAVE EN TODAS LAS FUNCIONES, ESTA PRIVADAS DE LOS CINCO SENTIDOS ADEMÁS.
Atención:
17. Sostenida
18. Selectiva
19. Alternante
20. Dividida

Funciones ejecutivas:
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

---

TRASTORNOS CONDUCTUALES
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

---

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979)

---

DATOS PERSONALES
Nombre: I04
Estudios: básicos
Fecha de nacimiento: 29-8-26
Profesión:
Lugar de nacimiento: PAZOS DE BORBEN
Primera lengua(s):
Otras lenguas:

DATOS HISTÓRICOS
INFANCIA
Nombre del padre: 
Nombre de la madre: 
Hermanos (no. and names):
Lugares de residencia:
Centros de estudio: 
Hobbies:
Amigos: 
Otros recuerdos:

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD
Primer trabajo: 
Relaciones (s):
Hobbies: 
Otros recuerdos:

MADUREZ
Fecha de boda: 
Hobbies:
Nº de hijos: 
Primer coche y mascota:
Datos relacionados con hijos/nietos: 
Lugar de vacaciones:
Trabajos: 
Otros recuerdos:

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO
Diagnóstico clínico: EA
GDS actual: 6
Gnosias: ALTERADAS
Praxias: ALTERADAS

Memoria:
11. Memoria a corto plazo DÉFICIT MUY GRAVE
12. Memoria a largo plazo
12.1. Memoria episódica DÉFICIT GRAVE
12.2. Memoria semántica DÉFICIT MODERADO
12.3. Memoria de procedimiento DÉFICIT MUY GRAVE (ES DEPENDIENTE EN AVDs)

Orientación:
20. Temporal: DESORIENTADO
21. Espacial: DESORIENTADO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
22. Personal ORIENTADO

### Capacidades sensoriales:

#### Atención:
21. Sostenida CASI NULA, SIN CONCENTRACION
22. Selectiva DÉFICIT LEVE
23. Alternante NULA
24. Dividida NULA

#### Funciones ejecutivas:
- Inicio de actividades SIN AFECTACIÓN (DEPENDIENDO DE ESTADO ANÍMICO Y EMOCIONAL)
- Flexibilidad mental y utilización del feedback NULA
- Capacidad de planificación y organización DÉFICIT GRAVE
- Selección de estrategias para resolver problemas NULA
- Juicio DÉFICIT MODERADO
- Autoreconocimiento LEVEMENTE AFECTADO
- Conceptualización Déficit Grave

### TRASTORNOS CONDUCTUALES

Neuropsychiatric Inventory-Questionary (NPI-Q) (Cummings et al. 1994).

### Trastorno de ansiedad

### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Barthel Index (Granger et al. 1979)

AVDs Y AIVDs no preservadas

<table>
<thead>
<tr>
<th>105</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DATOS PERSONALES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre: I05</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 1954</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: Ponteareas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DATOS HISTÓRICOS</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFANCIA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
<td>Nombre de la madre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
<td>Relaciones (s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>MADUREZ</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de boda:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>N° de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>PERFIL NEUROPSICOLÓGICO</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diagnóstico clínico: EA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GDS actual: 6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gnosias: ALTERADAS</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Praxias: BIEN</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

381
Memoria:
13. Memoria a corto plazo DÉFICIT MUY GRAVE
14. Memoria a largo plazo
14.1. Memoria episódica DÉFICIT MUY GRAVE
14.2. Memoria semántica DÉFICIT MUY GRAVE
14.3. Memoria de procedimiento BIEN

Orientación:
23. Temporal: DESORIENTADO
24. Espacial: DESORIENTADO
25. Personal: DESORIENTADO

Capacidades sensoriales:

Atención:
25. Sostenida
26. Selectiva
27. Alternante
28. Dividida

Funciones ejecutivas:
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

TRASTORNOS CONDUCTUALES
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cumming et al. 1994).

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979)

### DATOS PERSONALES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre de la madre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
</tr>
<tr>
<td>Relaciones (s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de boda:</td>
</tr>
<tr>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Diagnóstico clínico:

GDS actual: 5  
Gnosias: PRESERVADAS  
Praxias: DETERIORO GRAVE  
Memoria:
15. Memoria a corto plazo DETERIORO GRAVE  
16. Memoria a largo plazo LEVEMENTE DETERIORADA  
16.1. Memoria episódica  
16.2. Memoria semántica  
16.3. Memoria de procedimiento  
Orientación: ORIENTADA EN PERSONA Y ESPACIO  
26. Temporal  
27. Espacial  
28. Personal  
Capacidades sensoriales:
Atención: SOSTENIDA PRESERVADA Y SELECTIVA TAMBIEN  
29. Sostenida  
30. Selectiva  
31. Alternante  
32. Dividida  
Funciones ejecutivas: NO PRESERVADAS  
- Inicio de actividades  
- Flexibilidad mental y utilización del feedback  
- Capacidad de planificación y organización  
- Selección de estrategias para resolver problemas  
- Juicio  
- Autoreconocimiento  
- Conceptualización

TRASTORNOS CONDUCTUALES
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)
ANSIEDAD POR SEPARACION
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979) NO PRESERVADAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>I07</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DATOS PERSONALES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre: I07</td>
</tr>
<tr>
<td>Estudios:</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 26-4-30</td>
</tr>
<tr>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: XX, LUGO</td>
</tr>
<tr>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DATOS HISTÓRICOS</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>INFANCIA</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre de la madre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td>ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</td>
</tr>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
</tr>
<tr>
<td>Relaciones (s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td>MADUREZ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

383
**Fecha de boda:**

**Nº de hijos:**

**Datos relacionados con hijos/nietos:**

**Trabajos:**

**PERFIL NEUROPSICOLOGICO**

**Diagnóstico clínico:** EA

**GDS actual:** 5 (DEFICIT MODERADO EN TODO EXCEPTO EN ORIENTACION PERSONAL)

**Gnosias:**

**Praxias:**

**Memoria:**
- Memoria a corto plazo
- Memoria a largo plazo
  - Memoria episódica
  - Memoria semántica
  - Memoria de procedimiento

**Orientación:**
- Temporal
- Espacial
- Personal

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:**
- Sostenida
- Selectiva
- Alternante
- Dividida

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre</th>
<th>Estudios</th>
<th>Fecha de nacimiento</th>
<th>Profesión</th>
<th>Lugar de nacimiento</th>
<th>Primera lengua(s)</th>
<th>Otras lenguas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>108</td>
<td>primaria</td>
<td>1942</td>
<td></td>
<td>O Porriño</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre</th>
<th>Nombre de la madre</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hermanos (no. and names)</th>
<th>Lugares de residencia</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Centros de estudio</th>
<th>Hobbies</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Amigos</th>
<th>Otros recuerdos</th>
</tr>
</thead>
</table>

| 384 |
**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

| Diagnóstico clínico: | ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON COMPUESTO VASCULAR ASOCIADO |

**GDS actual:** 5

**Gnosias:** BIEN

**Praxias:** BIEN

**Memoria:**
- 19. Memoria a corto plazo DÉFICIT MUY GRAVE
- 20. Memoria a largo plazo
  - 20.1. Memoria episódica DÉFICIT GRAVE
  - 20.2. Memoria semántica
  - 20.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:**
- 32. Temporal: DESORIENTADO
- 33. Espacial: DESORIENTADO
- 34. Personal ORIENTADO

**Capacidades sensoriales:**
- Atención:
  - 37. Sostenida
  - 38. Selectiva
  - 39. Alternante
  - 40. Dividida

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización Déficit Grave

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994).

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
<th>109</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Estudios:</td>
<td>Básicos</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento:</td>
<td>Padrón</td>
</tr>
<tr>
<td>Profesión:</td>
<td>Dependiente de gasolinera</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento:</td>
<td>22/6/30</td>
</tr>
<tr>
<td>Primera lengua(s):</td>
<td>Galego</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
<td>Fala castelán</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

**Diagnóstico clínico:** Enfermedad de Alzheimer con componente vascular asociado
**GDS actual:** Demencia de grado moderado (GDS5). Aunque obtuvo 24 en el MEC que realizamos nosotros.

**Gnosias:** Muestra ciertos problemas reconociendo objetos.

**Praxias:** Muestra problema de movimiento en mano derecha a raíz de un trombo en ese brazo el pasado mes de enero.

**Memoria:**
- 21. Memoria a corto plazo: no preservada
- 22. Memoria a largo plazo: preservada
  - 22.1. Memoria episódica: preservada
  - 22.2. Memoria semántica: preservada
  - 22.3. Memoria de procedimiento: preservada

**Orientación:**
- 35. Temporal: Perdida
- 36. Espacial: relativamente preservada aunque en ocasiones se pierde por la aldea.
- 37. Personal: relativamente preservada con las personas que ve con frecuencia.

**Capacidades sensoriales:** Necesita gafas pero con ellas ve bien y oye bien.

**Atención:**
- 41. Sostenida: no preservada
- 42. Selectiva: preservada
- 43. Alternante: no hay datos
- 44. Dividida: no hay datos

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

**Presenta:**
- Delirios: leve
- Alucinaciones: moderado
- Agitación: severo
- Apatía: severo
- Irritabilidad: grave
- Deshinhibición: moderado

**No presenta:**
- Depresión
- Ansiedad
- Exaltación/euforia
- Conducta motora anómala
- Problemas de sueño
- Problemas de apetito

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Es completamente dependiente

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS PERSONALES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nombre:</strong> I20</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fecha de nacimiento:</strong> 11/02/1930</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DATOS PERSONALES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nombre:</strong> I11</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fecha de nacimiento:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lugar de nacimiento:</strong> Ponteareas</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Otras lenguas:</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>DATOS HISTÓRICOS</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>INFANCIA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

**Diagnóstico clínico:** EA

**GDS actual:** 5

**Gnosías:** ALTERADAS

**Praxias:** BIEN

**Memoria:**
- 25. Memoria a corto plazo DÉFICIT MODERADO
- 26. Memoria a largo plazo
  - 26.1. Memoria episódica DÉFICIT MODERADO
  - 26.2. Memoria semántica DÉFICIT MODERADO
  - 26.3. Memoria de procedimiento BIEN

**Orientación:**
- 41. Temporal: RELATIVAMENTE PRESERVADO
- 42. Espacial: RELATIVAMENTE PRESERVADO
- 43. Personal: PRESERVADO

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:**
- 49. Sostenida
- 50. Selectiva
- 51. Alternante
- 52. Dividida

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994).

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

**Barthel Index** (Granger et al. 1979)
### DATOS PERSONALES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 112</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 8-1-27</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento:</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### DATOS HISTÓRICOS

#### INFANCIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### MADUREZ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

#### Diagnóstico clínico: 4-5

#### GDS actual:

**Gnosias:** SIN DÉFICIT

**Praxias:** SIN DÉFICIT

**Memoria:**

- 27. Memoria a corto plazo: ALTERADA CON GRAVEDAD
- 28. Memoria a largo plazo RELATIVAMENTE PRESERVADA
  - 28.1. Memoria episódica DÉFICIT MODERADO
  - 28.2. Memoria semántica PRESERVADA
  - 28.3. Memoria de procedimiento DÉFICIT LEVE

#### Orientación:

- 44. Temporal. DESORIENTACIÓN DIARIA
- 45. Espacial ORIENTADA
- 46. Personal ORIENTADA

#### Capacidades sensoriales:

#### Atención:

- 53. Sostenida LEVEMENTE AFECTADA (DURACIÓN DE 20 MIN DE LA CONCENTRACIÓN)
- 54. Selectiva DÉFICIT MODERADO
- 55. Alternante DÉFICIT GRAVE
- 56. Dividida DÉFICIT GRAVE

#### Funciones ejecutivas:

- Inicio de actividades: LEVE DESINTERÉS
- Flexibilidad mental y utilización del feedback DÉFICIT MODERADO (DEPENDIENTE DE LA TAREA)
- Capacidad de planificación y organización DÉFICIT MODERADO
- Selección de estrategias para resolver problemas NULA
- Juicio PRESERVADO
- Autoreconocimiento SIN DÉFICIT
- Conceptualización Relativamente preservada
### TRASTORNOS CONDUCTUALES
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)
Sin problemas comportamentales

### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979) deterioro moderado

---

### DATOS PERSONALES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 113</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: (PONTEVEDRA) 4-10-33</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento:</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### DATOS HISTÓRICOS

#### INFANCIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### MADUREZ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

#### Diagnóstico clínico: 4-5

<table>
<thead>
<tr>
<th>GDS actual:</th>
</tr>
</thead>
</table>

#### Gnosias: PRESERVADAS

#### Praxias: PRESERVADAS

#### Memoria:

| 29. Memoria a corto plazo DÉFICIT MODERADO |
| 30. Memoria a largo plazo RELATIVAMENTE PRESERVADA |
| 30.1. Memoria episódica |
| 30.2. Memoria semántica |
| 30.3. Memoria de procedimiento |

#### Orientación: ORIENTADA SOLO EN PERSONA Y ESPACIO

| 47. Temporal |
| 48. Espacial |
| 49. Personal |

#### Capacidades sensoriales:

#### Atención: RELATIVAMENTE PRESEEVADA UNICAMENTE LA SELECTIVA

| 57. Sostenida |
| 58. Selectiva |
| 59. Alternante |
| 60. Dividida |

#### Funciones ejecutivas:
- Inicio de actividades PRESERVADO
- Flexibilidad mental y utilización del feedback NO PRESERVADO
- Capacidad de planificación y organización LEVEMENTE PRESERVADO
- Selección de estrategias para resolver problemas NO PRESERVADO
- Juicio PRESERVADO
- Autoreconocimiento PRESERVADO
- Conceptualización RELATIVAMENTE PRESERVADO

<table>
<thead>
<tr>
<th>TRASTORNOS CONDUCTUALES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994) SIN PROBLEMAS</td>
</tr>
<tr>
<td>COMPORTAMENTALES</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Barthel Index (Granger et al. 1979) AIVDs DETERIORADAS</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>114</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DATOS PERSONALES</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre: 114</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 9-2-31</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: XXX, OURENSE</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS HISTÓRICOS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INFANCIA</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del padre:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ADOLESCENCIA Y JUVENTUD</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Primer trabajo:</td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MADUREZ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de boda:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PERFIL NEUROPSICOLÓGICO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Diagnóstico clínico: EA</td>
</tr>
<tr>
<td>GDS actual: 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gnosias: PRESERVADAS</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxias:</td>
</tr>
<tr>
<td>Memoria:</td>
</tr>
<tr>
<td>31. Memoria a corto plazo NO PRESERVADA</td>
</tr>
<tr>
<td>32. Memoria a largo plazo PRESERVADA</td>
</tr>
<tr>
<td>32.1. Memoria episódica</td>
</tr>
<tr>
<td>32.2. Memoria semántica</td>
</tr>
<tr>
<td>32.3. Memoria de procedimiento</td>
</tr>
<tr>
<td>Orientación: ORIENTADA CASI SIEMPRE EN LAS 3 ESFERAS</td>
</tr>
<tr>
<td>50. Temporal</td>
</tr>
<tr>
<td>51. Espacial</td>
</tr>
<tr>
<td>52. Personal</td>
</tr>
<tr>
<td>Capacidades sensoriales: TODAS</td>
</tr>
<tr>
<td>Atención: SOLO SOSTENIDA Y SELECTIVA RELATIVAMENTE PRESERVADAS</td>
</tr>
</tbody>
</table>
61. Sostenida
62. Selectiva
63. Alternante
64. Dividida

**Funciones ejecutivas: RELATIVAMENTE PRESERVADA**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994) SIN TRASTORNOS

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**
Barthel Index (Granger et al. 1979) RELATIVAMENTE PRESERVADAS

### DATOS PERSONALES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 115</th>
<th>Estudios: básicos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha nacimiento:</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: Avión</td>
<td>Primera lengua(s): Castellano</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### DATOS HISTÓRICOS

#### INFANCIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### MADUREZ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### PERFIL NEUROPSICOLOGICO

Diagnóstico clínico: EA
GDS actual: 4

**Gnosias:**

**Praxias:**

**Memoria:**
33. Memoria a corto plazo
34. Memoria a largo plazo
34.1. Memoria episódica
34.2. Memoria semántica
34.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:**
53. Temporal:
54. Espacial:
55. Personal

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capacidades sensoriales:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Atención:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>65. Sostenida</td>
</tr>
<tr>
<td>66. Selectiva</td>
</tr>
<tr>
<td>67. Alternante</td>
</tr>
<tr>
<td>68. Dividida</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

---

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994).

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979)

<table>
<thead>
<tr>
<th>116</th>
</tr>
</thead>
</table>

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 116</th>
<th>Estudios: básicos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento:</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: Avión</td>
<td>Primera lengua(s): Castellano</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnóstico clínico: EA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GDS actual: 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gnosias:</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxias:</td>
</tr>
<tr>
<td>Memoria:</td>
</tr>
<tr>
<td>35. Memoria a corto plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>36. Memoria a largo plazo</td>
</tr>
<tr>
<td>36.1. Memoria episódica</td>
</tr>
<tr>
<td>36.2. Memoria semántica</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>36.3. Memoria de procedimiento</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Orientación:**
- 56. Temporal:
- 57. Espacial:
- 58. Personal

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:**
- 69. Sostenida
- 70. Selectiva
- 71. Alterante
- 72. Dividida

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994).

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979)

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 117</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 18-3-40</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: VIGO</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N° de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLOGICO**

Diagnóstico clínico: SINDROME KORSAKOFF Y DEMENCIA MIXTA
- GDS actual: 4
- Gnosias: PRESERVADAS
- Praxias: PRESERVADAS
Memoria:
37. Memoria a corto plazo DEFICIT MUY GRAVE
38. Memoria a largo plazo PRESERVADA
   38.1. Memoria episódica
   38.2. Memoria semántica
   38.3. Memoria de procedimiento

Orientación: ORIENTADO EN PERSONA Y ESPACIO
59. Temporal
60. Espacial
61. Personal

Capacidades sensoriales: PRSERVADAS

Atención: PRESERVADA SOSTENIDA Y SELECTIVA Y ALTERNANTE
73. Sostenida
74. Selectiva
75. Alternante
76. Dividida

Funciones ejecutivas: PRSERVADAS
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

TRASTORNOS CONDUCTUALES
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979)

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha nacimiento:</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: VIGO</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**
**Diagnóstico clínico:**

**GDS actual:** 4

**Gnosias:** PRESERVADAS

**Praxias:** PRESERVADAS

**Memoria:**
- 39. Memoria a corto plazo
- 40. Memoria a largo plazo
  - 40.1. Memoria episódica
  - 40.2. Memoria semántica
  - 40.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:**
- 62. Temporal
- 63. Espacial
- 64. Personal

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:**
- 77. Sostenida
- 78. Selectiva
- 79. Alternante
- 80. Dividida

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio RELATIVAMENTE PRESERVADO
- Autoreconocimiento
- Conceptualización PRESERVADA ÚNICAMENTE

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

**Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994) APATIA**

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

**Barthel Index (Granger et al. 1979) AVDs PRESERVADAS**

<table>
<thead>
<tr>
<th>I21</th>
</tr>
</thead>
</table>

**DATOS PERSONALES**

| Nombre: 121 | Estudios: |
| Fecha de nacimiento: 21-9-37 | Profesión: |
| Lugar de nacimiento: XXX, MÁLAGA | Primera lengua(s): |
| Otras lenguas: |

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

Nombre del padre:  
Nombre de la madre:  
Hermanos (no. and names):  
Lugares de residencia:  
Centros de estudio:  
Hobbies:  
Amigos:  
Otros recuerdos:

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

Primer trabajo:  
Relaciones (s):  
Hobbies:  
Otros recuerdos:

**MADUREZ**

Fecha de boda:  
Hobbies:
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nº de hijos:</th>
<th>Primer coche y mascota:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

- **Diagnóstico clínico:** EA
- **GDS actual:** 4
- **Gnosias:**
  - **Praxias:** PRESERVADAS
- **Memoria:**
  1. Memoria a corto plazo DEFICIT MODERADO
  2. Memoria a largo plazo PRESERVADA
  3. Memoria episódica
  4. Memoria semántica
  5. Memoria de procedimiento
- **Orientación:** PRESERVADA EN LAS 3 ESFERAS
  - Temporal
  - Espacial
  - Personal
- **Capacidades sensoriales:**
  - **Atención:** UNICAMENTE SELECTIVA PRESERVADA
    1. Sostenida
    2. Selectiva
    3. Alternante
    4. Dividida
- **Funciones ejecutivas:** PRESERVADAS
  - Inicio de actividades
  - Flexibilidad mental y utilización del feedback
  - Capacidad de planificación y organización
  - Selección de estrategias para resolver problemas
  - Juicio
  - Autoreconocimiento
  - Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

- **Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)**

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

- **Barthel Index (Granger et al. 1979)**

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 119</th>
<th>Estudios: Contabilidad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 1935</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: VIGO</td>
<td>Primera lengua(s): Castellano</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

Diagnóstico clínico: EA

GDS actual: 4

**Gnosias:**

**Praxias:**

**Memoria:**
- 43. Memoria a corto plazo
- 44. Memoria a largo plazo
  - 44.1. Memoria episódica
  - 44.2. Memoria semántica
  - 44.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:**
- 68. Temporal
- 69. Espacial
- 70. Personal

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:**
- 85. Sostenida
- 86. Selectiva
- 87. Alternante
- 88. Dividida

**Funciones ejecutivas:**
- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio RELATIVAMENTE PRESERVADO
- Autoreconocimiento
- Conceptualización PRESERVADA UNIQUEMENTE

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994) APATIA

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979) AVDs PRESERVADAS

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 120</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 2-1-42</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: VIGO</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<p>| Nombre del padre: | Nombre de la madre: |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Hermanos (no. and names):</th>
<th>Lugares de residencia:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADELESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

**Diagnóstico clínico:**

- GDS actual: 3
- Gnosias: PRESERVADAS
- Praxias: PRESERVADAS

**Memoria:**

45. Memoria a corto plazo DÉFICIT MODERADO
46. Memoria a largo plazo PRESERVADA
   46.1. Memoria episódica
   46.2. Memoria semántica
   46.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:** PRESERVADA PERSONAL Y ESPACIAL

- Temporal
- Espacial
- Personal

**Capacidades sensoriales:** PRESERVADAS

**Atención:** PRESERVADA SELECTIVA, SOSTENIDA Y ALTERNANTE RELATIVAMENTE PRESERVADA

- Sostenida
- Selectiva
- Alternante
- Dividida

**Funciones ejecutivas:**

- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio RELATIVAMENTE PRESERVADO
- Autoreconocimiento
- Conceptualización PRESERVADA UNICAMENTE

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994) APATIA

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979) AVDs PRESERVADAS

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: 121</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 21-9-37</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: XXX, MALAGA</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

Diagnóstico clínico: EA

GDS actual: 3

Gnosias: PRESERVADAS

Praxias: PRESERVADAS

Memoria:

47. Memoria a corto plazo DEFICIT MODERADO
48. Memoria a largo plazo PRESERVADA
48.1. Memoria episódica
48.2. Memoria semántica
48.3. Memoria de procedimiento

Orientación: PRESERVADA EN LAS 3 ESFERAS

74. Temporal
75. Espacial
76. Personal

Capacidades sensoriales:

Atención: UNICAMENTE SELECTIVA PRSERVADA

93. Sostenida
94. Selectiva
95. Alternante
96. Dividida

Funciones ejecutivas: PRESERVADAS

- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Barthel Index (Granger et al. 1979)
**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre:</th>
<th>I22</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Estudios:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento:</td>
<td>26-11-36</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento:</td>
<td>XXX, SANTANDER</td>
</tr>
<tr>
<td>Primera lengua(s):</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otras lenguas:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

| Nombre del padre: | |
| Nombre de la madre: | |
| Hermanos (no. and names): | |
| Lugares de residencia: | |
| Centros de estudio: | |
| Hobbies: | |
| Amigos: | |
| Otros recuerdos: | |

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

| Primer trabajo: | |
| Relaciones (s): | |
| Hobbies: | |
| Otros recuerdos: | |

**MADUREZ**

| Fecha de boda: | |
| N° de hijos: | |
| Datos relacionados con hijos/nietos: | |
| Trabajos: | |
| Lugar de vacaciones: | |
| Otros recuerdos: | |

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

**Diagnóstico clínico:** DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

**GDS actual:** 3

**Gnosias:** DEFICIT LEVE

**Praxias:** DEFICIT LEVE

**Memoria:**

49. Memoria a corto plazo DEFICIT MODERADO- GRAVE

50. Memoria a largo plazo DEFICIT LEVE

50.1. Memoria episódica

50.2. Memoria semántica

50.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:** ORIENTADA EN PERSONA

77. Temporal

78. Espacial

79. Personal

**Capacidades sensoriales:** PRESERVADAS

**Atención:** DEFICIT MODERADO EN TODOS LOS TIPOS

97. Sostenida

98. Selectiva

99. Alternante

100. Dividida

**Funciones ejecutivas:** NO PRESERVADAS

- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**
Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994) DEPENDIENTE EN TODAS LAS AVDS Y AIVDS

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
Barthel Index (Granger et al. 1979)

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>I23</th>
</tr>
</thead>
</table>

**DATOS PERSONALES**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre: I23</th>
<th>Estudios:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fecha de nacimiento: 10-11-44</td>
<td>Profesión:</td>
</tr>
<tr>
<td>Lugar de nacimiento: XXX, A CORUÑA</td>
<td>Primera lengua(s):</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Otras lenguas:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DATOS HISTÓRICOS**

**INFANCIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del padre:</th>
<th>Nombre de la madre:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hermanos (no. and names):</td>
<td>Lugares de residencia:</td>
</tr>
<tr>
<td>Centros de estudio:</td>
<td>Hobbies:</td>
</tr>
<tr>
<td>Amigos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Primer trabajo:</th>
<th>Relaciones (s):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hobbies:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MADUREZ**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fecha de boda:</th>
<th>Hobbies:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº de hijos:</td>
<td>Primer coche y mascota:</td>
</tr>
<tr>
<td>Datos relacionados con hijos/nietos:</td>
<td>Lugar de vacaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajos:</td>
<td>Otros recuerdos:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

**Diagnóstico clínico:**

GDS actual: 3

**Gnosias:** PRESERVADAS

**Praxias:** PRESERVADAS

**Memoria:**

51. Memoria a corto plazo NO PRESERVADA
52. Memoria a largo plazo DEFICIT LEVE
   52.1. Memoria episódica
   52.2. Memoria semántica
   52.3. Memoria de procedimiento

**Orientación:** ORIENTADA EN PERSONA Y ESPACIO

80. Temporal
81. Espacial
82. Personal

**Capacidades sensoriales:**

**Atención:** PRESERVADAS CON LEVE DEFICIT

101. Sostenida
102. Selectiva
103. Alternante
104. Dividida

**Funciones ejecutivas:** PRESERVADAS LEVEMENTE

- Inicio de actividades
- Flexibilidad mental y utilización del feedback
- Capacidad de planificación y organización
- Selección de estrategias para resolver problemas
- Juicio
- Autoreconocimiento
- Conceptualización

<table>
<thead>
<tr>
<th>TRASTORNOS CONDUCTUALES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q) (Cummings et al. 1994)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Barthel Index (Granger et al. 1979)</td>
</tr>
</tbody>
</table>