

INTERACCIÓN Y PREDICTIBILIDAD: LOS INTERCAMBIOS CONVERSACIONALES CON HABLANTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER¹

JOSÉ LUIS PÉREZ MANTERO
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
joseluis.perez@uv.es

Resumen: El déficit comunicativo que afecta a las personas con demencia tipo alzhéimer (DTA) ha sido poco estudiado desde una perspectiva interaccional. Normalmente, se han analizado las habilidades lingüísticas de estos hablantes sin tener en cuenta las restricciones comunicativas impuestas por el interlocutor. En este trabajo estudiamos nueve conversaciones en las que participa una persona con DTA a partir del análisis de los tipos de pregunta y los tipos de respuesta que emite cada hablante. Los resultados muestran que el porcentaje de respuestas inapropiadas por parte de la persona con DTA aumenta con la progresión de la enfermedad y es mayor tras una

pregunta de tipo abierto que tras una pregunta de tipo polar.

Palabras clave: Interacción comunicativa; predictibilidad; conversación; demencia; lingüística clínica.

Title: Interaction and predictability: conversations with people with Dementia of Alzheimer's Type.

Abstract: People with Dementia of Alzheimer's Type (DAT) suffer a communicative deficit that has been little studied from an interactional perspective. These speakers' linguistic abilities have usually been analyzed regardless the communicative restrictions imposed by the interlocutor. In this paper we study nine

¹ Esta publicación se realiza gracias a una ayuda de carácter predoctoral del Programa "Atracció de Talent" de VLC-CAMPUS.

conversations with a demented person from the analysis of the types of questions and answers for each participant. Results show that person with DTA's percentage of inappropriate answers increases as dementia progresses and

that it is bigger after an open-ended question than after a yes-no question.

Key words: Communicative interaction; predictability; conversation; dementia; clinical linguistics.

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de los estudios de Lingüística clínica, la investigación del déficit lingüístico ha atendido a patologías tan diversas como la afasia, el síndrome de Asperger, el síndrome de Williams o la demencia de tipo alzhéimer (DTA). A pesar del origen diferente y de los problemas asociados a cada una de estas situaciones clínicas, todas ellas se caracterizan por provocar alteraciones en las habilidades lingüísticas de las personas que las sufren y, por lo tanto, por llevar aparejado un deterioro en su capacidad comunicativa.

Normal era que neurólogos o psicólogos se centrasen en los síntomas y, en general, en el déficit lingüístico. No resultaba tan natural, sin embargo, que los lingüistas circunscribiesen su trabajo únicamente al análisis de las capacidades gramaticales (casi siempre al de aquellas que se encontraban alteradas) de las personas con alguna patología del lenguaje. Porque la comunicación, sea lingüística o no, siempre implica la presencia y la participación de varios interlocutores, incluso en los casos en que hablamos con nosotros mismos. Es un proceso continuo en el que los hablantes, con cada uno de sus turnos, van moldeando la conversación a través de las restricciones que imponen los actos de habla. Esta idea, aventurada por Sacks *et al.* (1974) dentro de los rasgos que configuran el sistema de la toma de turno de una conversación, es desarrollada por Gallardo (1996: 43), quien afirma que:

“[...] cada conversación puede tener limitaciones semánticas y pragmáticas que dependen, por un lado, de las restricciones de encadenamiento que genera cada intervención (la predictibilidad), y por otro, de la historia conversacional de los hablantes (necesidad de evitar ciertos temas) o del contexto marcado”.

No obstante, como acabamos de decir, la concepción que ha guiado la gran mayoría de los estudios sobre el déficit lingüístico ha provocado que se deje

de lado la comunicación interpersonal para ocuparse especialmente de las características del lenguaje de la persona con patología, algo a todas luces necesario pero insuficiente. Nuestra investigación lingüística debe contemplar la certeza de que la capacidad comunicativa no se refleja en la actuación frente a un test o en las respuestas a una serie de cuestiones planteadas en una consulta de logopedia, sino que es la conversación cotidiana el medio por el que mejor podemos descubrir las verdaderas habilidades lingüísticas de una persona. Desarrollaremos este punto en apartados posteriores.

Desde estos planteamientos, este trabajo tiene como objetivo conocer cómo afecta el déficit lingüístico provocado por la demencia de tipo alzhéimer a las interacciones que estos hablantes mantienen con personas de su entorno. Nuestra finalidad será doble: por un lado, descubrir el deterioro de ciertas habilidades a la par que el mantenimiento de otras a lo largo de la enfermedad y, por otro lado, analizar la actitud y los mecanismos utilizados por los hablantes sin déficit para mantener y hacer progresar la conversación. El objetivo último que nos planteamos es que las conclusiones de esta investigación puedan servir de apoyo a la creación de protocolos de conversación que mejoren la calidad de la interacción entre las personas con alzhéimer y sus familiares.

Pero, antes de entrar en profundidad en el análisis, se hace necesaria una descripción básica de la demencia de tipo alzhéimer y de sus repercusiones en las habilidades lingüísticas, en particular, y en las funciones cognitivas, en general, de las personas que la sufren. A esta labor dedicaremos el siguiente apartado.

2. LA DEMENCIA DE TIPO ALZHÉIMER

La demencia de tipo alzhéimer es una enfermedad neurodegenerativa que provoca el deterioro progresivo de funciones cognitivas superiores como la memoria, el cálculo, la praxia ideomotriz, el pensamiento abstracto, la capacidad de razonamiento o el lenguaje. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM 5) de la American Psychiatric Association (APA, 2013: 591), la demencia se incluye dentro de la categoría de los desórdenes neurocognitivos, los cuales pueden ser leves (p.ej., el deterioro cognitivo leve) y graves (la enfermedad de Alzheimer, propiamente dicha).

Normalmente, el término *demencia*, de carácter genérico, sirve para designar

a la clase de demencia más común y conocida, la de tipo alzhéimer. Sin embargo, existen otras formas de demencia, como la demencia frontotemporal, la demencia vascular o la demencia con cuerpos de Lewy, que también son responsables de un deterioro cognitivo y, en ocasiones, lingüístico de las personas que las sufren. No obstante, y ya que no hacemos referencia a otros tipos, en este trabajo utilizaremos el término *demencia* como término genérico para aludir a la enfermedad de Alzheimer².

Actualmente, se estima que el 70% de las demencias diagnosticadas son de tipo alzhéimer. La enfermedad afecta de forma directa a 35 millones de personas en todo el mundo, aproximadamente. No obstante, si contabilizamos a los familiares y a todo el personal sanitario que interactúa con las personas con demencia, esta cifra aumenta de forma exponencial. Según datos recogidos por la Fundación Alzheimer España, la prevalencia de la enfermedad, es decir, la proporción de personas que sufren de alzhéimer con respecto al total de población, es de un 4,2% para las personas entre 65 y 74 años, de un 12,5% para los individuos entre 75 y 84 años y de un 27,7% para aquellos mayores de 85 años. Así, no solo por la gravedad de la enfermedad sino también por la cantidad de personas a las que concierne, la investigación sobre el alzhéimer resulta importante en cualquier campo en que esta se dé.

Por los datos que acabamos de exponer, podría pensarse que el envejecimiento es la causa principal de la aparición de la enfermedad e, incluso, que muchas de las características de la DTA son propias de la vejez. No obstante, la edad no es la causa, sino el principal factor de riesgo de esta patología. La etiología de la demencia, en cambio, no se conoce a ciencia cierta. Lo que sí parece claro es que confluyen diversas causas en la aparición de la enfermedad, por lo que se puede considerar la demencia como un “síndrome clínico plurietiológico” (Alonso *et al.*, 2004: 6). Algunas hipótesis contempladas apuntan a una serie de microtraumatismos repetitivos o a la exposición a sustancias tóxicas como posibles

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

motivos de que aparezca una demencia. Sin embargo, cada vez se asume con más seguridad que los depósitos anormales de proteínas como la β -amiloide en el cerebro son los mayores responsables del desarrollo de una DTA (Valls-Pedret *et al.*, 2010).

Dejando a un lado las disquisiciones sobre las posibles causas de la enfermedad, nos centraremos en las alteraciones lingüísticas que van apareciendo a lo largo de esta. En primer lugar, es importante resaltar que el déficit comunicativo en la demencia viene provocado por un deterioro cognitivo generalizado que afecta a funciones cerebrales como la memoria y a otras funciones ejecutivas dentro de las cuales podemos destacar la capacidad de planificación y la de razonamiento. Esta es la razón por la cual el perfil lingüístico de la demencia de tipo alzhéimer no se parece al de otras patologías, como la afasia. En ella no es visible inicialmente el déficit en el componente fonético-fonológico ni en el nivel morfosintáctico, como ocurre principalmente en las patologías mencionadas, sino que las alteraciones se presentan especialmente en el nivel semántico y en el pragmático (Bucks *et al.*, 2000; Berrewaerts *et al.*, 2003), debido a que las habilidades de tipo semántico y pragmático necesitan de los procesos cerebrales controlados por algunas de las funciones cognitivas deterioradas para poder desarrollarse. En definitiva, el deterioro cognitivo se va haciendo mayor a medida que la enfermedad avanza, por lo que la capacidad comunicativa sufre una disminución de forma progresiva. Atendiendo a esta evolución de la demencia, los neurólogos distinguen tres etapas según el grado de deterioro cognitivo o GDS (Reisberg *et al.*, 1982), para las cuales se asume normalmente correspondencia lingüística, sin perder de vista el hecho de que tanto la aparición como el grado de desarrollo de las alteraciones lingüísticas pueden variar significativamente entre un individuo y otro³.

De este modo, siguiendo la clasificación original de Bayles (1984) y de Obler y Albert (1984), presentamos las principales características que la bibliografía

3 Esta variabilidad es la que recomienda que la descripción se base en la utilización de datos ecológicos y procedentes de muestras amplias de informantes; paralelamente, quizá sea uno de los mayores inconvenientes a la hora de realizar estudios de grupo o análisis comparativos como el que planteamos en el presente estudio. Como afirmaron Shuttleworth y Huber (1988: 232): “attempting to average patients scores may tend to confuse rather than to clarify”. El empleo de una metodología de tipo cualitativo además de la típica investigación cuantitativa nos ayudará a no quedarnos con una visión superficial del hecho estudiado.

atribuye normalmente a cada fase de la enfermedad en cuanto al deterioro comunicativo:

1. En la *etapa inicial* (GDS 4) se observan alteraciones de algunas funciones cognitivas, en especial de la memoria episódica, que aparecen incluso antes de que se detecte ningún tipo de déficit lingüístico. Los primeros problemas en la comunicación se sitúan en la denominación y el acceso a determinada palabra, es decir, nos encontramos con crecientes casos de anomia provocados por el deterioro de la memoria semántica. El lenguaje se vuelve impreciso y, a consecuencia de ello, puede aparecer una ligera verbosidad o logorrea, ya que son conscientes de su dificultad expresiva; en cambio, la comprensión se encuentra bastante preservada en esta fase. En cuanto a las habilidades pragmáticas, uno de los aspectos reseñables del efecto de la demencia es una disminución de las conductas conversacionales iniciativas; el sujeto demenciado se instala en una posición predominante de respuesta.
2. En la *etapa moderada* (GDS 5) se agravan todos los déficits comunicativos presentes en la fase anterior. Así, las alteraciones en el componente semántico y, específicamente, la dificultad para recuperar la palabra adecuada al contexto provocan que el discurso de la persona con DTA esté salpicado de términos genéricos, de parafasias semánticas o, incluso, de neologismos. Esta anomia provoca también la presencia de un buen número de circunloquios, por lo que el discurso se vuelve vacío de significado e incoherente y poco cohesionado. Además, a esta falta de cohesión contribuye la presencia de proformas cuyo referente es ambiguo o desconocido.
3. En la *etapa avanzada* (GDS 6) la persona con DTA suele instalarse en una situación de apatía que resulta en un notable decrecimiento del lenguaje espontáneo. Aparecen ecolalias (repetición involuntaria del discurso ajeno) y glosomanías (vuelta a los temas de conversación preferidos de forma recurrente). La anomia está generalizada y se hace muy difícil para los interlocutores comprender a qué se está refiriendo la persona con alzhéimer. La comprensión, que hasta este momento se había mantenido relativamente preservada, se ve alterada hasta el punto en el que el individuo con demencia no atiende a mensajes simples. Al final, el hablante apenas muestra iniciativa comunicativa ni contesta la mayoría

de las veces a las preguntas que se le formulan, por lo que podemos decir que existe un deterioro comunicativo muy acusado en este punto.

3. METODOLOGÍA Y OBJETIVOS

Hasta aquí hemos presentado de forma general el perfil lingüístico asociado en la bibliografía con el deterioro cognitivo que se produce en la demencia de tipo alzhéimer, aunque no es ocioso repetir que debemos tener siempre en cuenta la gran variabilidad individual.

Sin duda, la tradición ha privilegiado las investigaciones basadas en análisis cuantitativos de datos obtenidos a partir de test administrados a los sujetos en sesiones que tuvieron lugar en la consulta del médico. Recordemos, por ejemplo, estudios sobre aspectos concretos, como la comprensión de metáforas (Amanzio *et al.*, 2008), las dificultades con los pronombres (Almor *et al.*, 1999) o el uso de la deixis (March *et al.*, 2006), a la par que otras investigaciones con vocación de ser generales (Bayles *et al.*, 1992; Blair *et al.*, 2007; Rousseaux *et al.*, 2010).

Por otro lado, algunos investigadores han considerado que en situaciones tan estructuradas como las que se producen cuando un individuo, en este caso personas mayores con alzhéimer, se enfrenta a un test que mide sus capacidades lingüísticas y comunicativas, el resultado suele mostrar unas habilidades bastante menores de las que esa persona goza en la interacción lingüística normal. Estos investigadores han utilizado entrevistas semi-estructuradas con el objetivo de acercarse a lo que sería una situación más propicia para analizar la capacidad comunicativa real de los hablantes con DTA (Laine *et al.*, 1998; Dijkstra *et al.*, 2004).

Sin embargo, existe una serie de factores que nos impide considerar este tipo de comunicación como una conversación que ocurre en un contexto natural. El primero de ellos es la relación asimétrica entre los interlocutores, normalmente entre el médico y el paciente. El entrevistador es el encargado de provocar las respuestas del entrevistado, por lo que, mientras el primero lleva a cabo turnos predictivos e inicia los intercambios, el segundo se limita a emitir turnos reactivos informativos (Gallardo, 1998: 64-65). Otro factor que incide en nuestra consideración sobre las entrevistas terapéuticas es el nivel de formalidad bajo el cual se desarrollan los intercambios comunicativos. El sujeto entrevistado se da cuenta de este hecho y trata de situarse en un registro lingüístico elevado. Sin embargo, como afirma

Campell-Taylor (1984; apud Hamilton, 1994: 4), si la decisión sobre el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer depende en gran medida de lo que dice el paciente y de cómo lo dice, en un examen clínico necesitaríamos acceder a las habilidades comunicativas del paciente en una situación relativamente informal.

Finalmente, debido a esta necesidad de recabar los datos en un contexto no marcado, otros lingüistas han seguido la senda del análisis conversacional (Jefferson, 1992). Las interacciones lingüísticas en las que participa el hablante con demencia junto con personas de su entorno se configuran a partir de conversaciones cotidianas en las que ni los temas ni el orden de intervención están predeterminados. Y, aunque han sido pocos en relación con el resto, actualmente contamos con un creciente número de trabajos basados en datos extraídos de corpus de conversaciones. No obstante, también muchos de estos estudios (Ellis, 1996; García y Joannette, 1997; Rhys y Schmidt-Renfree, 2000) tienden a tomar el lenguaje de los hablantes con demencia de forma solitaria, es decir, desgajado del contexto lingüístico en el que se ha formulado y sin considerar apenas la importancia de los turnos de los interlocutores sin demencia.

Por el contrario, otros trabajos han extendido el foco de su análisis a toda la interacción conversacional. Así, Ripich *et al.* (1991), en un estudio en el que comparaban la producción lingüística de ancianos y de sujetos con alzhéimer, descubrieron que el investigador utilizaba enunciados y turnos más cortos con estos últimos al tiempo que los actos directivos implicaban de forma preferente la realización de una acción en lugar de una respuesta verbal. Ramanathan (1994) señaló que la capacidad comunicativa de un hablante con demencia se encontraba más alterada en la interacción con su esposa que en la que tuvo con el investigador, lo que da idea del papel del interlocutor en potenciar o minorar las habilidades del individuo con déficit lingüístico. Otros autores, como Perkins *et al.* (1998) y Müller y Guendouzi (2005) han tomado esta misma perspectiva interaccional en sus estudios y han analizado aspectos como la toma de turno, la gestión temática o las rectificaciones teniendo en cuenta a todos los participantes en la conversación.

3.1. Los datos

Para realizar este estudio partimos de un corpus propio en fase de elaboración que recoge conversaciones en las que participa una persona con DTA junto a

otros hablantes sin déficit comunicativo, los cuales se conforman como dos tipos diferentes de participante: el investigador (E) y el interlocutor clave (IC). Debemos resaltar la figura del interlocutor clave (Whitworth *et al.*, 1997), que es la persona más cercana al hablante con demencia, aquel familiar que interactúa con más frecuencia con la persona demenciada y que, por tanto, tiene más información tanto de su biografía como de sus habilidades lingüísticas.

Este trabajo se inserta en una corriente de estudio del lenguaje que emplea un modelo de corte pragmático-etnográfico a partir de las investigaciones desarrolladas en el marco del proyecto PerLA, Percepción, Lenguaje y Afasia (Gallardo, 2002). Por esta razón, nos basamos en datos reales⁴, de procedencia ecológica y de naturaleza conversacional. De esta forma, buscamos que los datos sean muy cercanos a la interacción cotidiana normal, por lo que las conversaciones grabadas y posteriormente transcritas se han debido producir en un ambiente familiar para el informante. En la mayoría de los casos, las conversaciones han tenido lugar en el domicilio particular de la persona con demencia; en otras ocasiones, la grabación se llevó a cabo en una sala del centro de día donde pasan la mayor parte del tiempo.

Siguiendo la senda de los últimos estudios que mencionábamos en el apartado anterior, el trabajo que aquí presentamos se basa fundamentalmente en la investigación de Hamilton (1994) sobre la interacción comunicativa en la que participa una persona con alzhéimer. A través de las preguntas y las respuestas que formulan uno y otro participante⁵, la autora penetra en el análisis del discurso de forma global.

El objetivo que nos planteamos, descubrir cómo afecta el déficit lingüístico a las interacciones conversacionales entre hablantes con DTA y personas de su entorno, puede reducirse a investigar el tipo de secuencia más común en la conversación cotidiana, el par adyacente. Para ello, analizaremos los tipos de preguntas que plantean tanto el investigador como el IC a los hablantes con DTA, y las

4 El Departamento de Teoría de los lenguajes y Ciencias de la comunicación de la Universitat de València tiene un convenio de colaboración con la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valencia (AFAV) y con el Servicio de Neurología del Hospital La Fe de Valencia, a quienes agradecemos profundamente la oportunidad de ponernos en contacto con personas con DTA y con sus familiares.

5 En las conversaciones, que tienen lugar en un plazo de cuatro años y medio, participan la propia investigadora y Elsie, una hablante con demencia de tipo alzhéimer.

respuestas de estos en nueve conversaciones de 20 minutos. Estas nueve grabaciones se dividen equitativamente entre las tres etapas de la demencia. Contamos, pues, con tres conversaciones en las que participa una persona con demencia en su estadio inicial, tres en las que el hablante se encuentra en la fase moderada de la enfermedad, y otras tres en las que nuestro informante ha alcanzado una etapa avanzada de la demencia.

3.2. Interacción y predictibilidad: los pares pregunta/respuesta

¿Por qué estudiar pares de preguntas y respuestas? En primer lugar, tal y como indica Hamilton (1994: 79-81), los problemas en la conversación con personas con alzhéimer son más distinguibles en el nivel del discurso; los enunciados que, aislados, parecen normales se convierten en raros e incoherentes en el contexto discursivo. Además, la dificultad de las personas con DTA para tomar el turno hace que un análisis del discurso dialógico sea mucho más interesante y relevante que su discurso monológico. En segundo lugar, el hecho de preguntar y de responder una pregunta indica un deseo y una habilidad para tomar el rol de otra persona incluida en la conversación o, al menos, de reconocer que hay otra persona presente. De hecho, en otras situaciones clínicas, como el Síndrome de Williams, se ha observado una preferencia por el uso de actos de habla constitutivos en detrimento de los actos de habla de enlace, que marcan la relación con el turno anterior y/o el posterior (Gallardo, 2007: 124-125). Esta falta de predictibilidad, es decir, la ausencia de turnos predictivos y predichos –preguntas y respuestas, básicamente–, puede ser, asimismo, relacionada con un posible déficit de teoría de la mente o capacidad intersubjetiva, en la medida en que la predictibilidad supone otorgar al interlocutor capacidad interactiva.

La persona a la que se dirige una pregunta también es forzada a demostrar si entendió o no lo que se le ha dicho, es decir, actúa como una prueba de comprensión, ya que todo turno funciona como reflejo del análisis que hace el hablante del turno anterior (Stubbs, 1983). Por último, atendiendo a la división del trabajo en la conversación, dependiendo de la percepción del grado de adecuación de las respuestas del interlocutor a nuestras preguntas, podemos alterar su labor discursiva mediante la utilización de más o menos preguntas o alterando el tipo de preguntas para requerir menos trabajo por su parte. No obstante, es

posible que la valoración de las habilidades lingüísticas del hablante con DTA no sea correcta y se enmascaren con nuestras interlocuciones las capacidades que conservan. En estos casos, lo que se concibe como un acercamiento a las posibilidades comunicativas de la persona con demencia se convierte en una sobreadaptación (Ryan *et al.*, 1995), que puede ocasionar la visión de la persona como un ser dependiente y, en consecuencia, alguien con quien no se puede mantener una interacción.

Consideramos cuatro tipos de preguntas para el estudio. Las (1) preguntas *polares*, también llamadas totales, son aquellas que se pueden responder de forma afirmativa o negativa, sí/no (p.ej. ‘¿Quieres comer un plato de macarrones?’). Las (2) preguntas *de confirmación* o confirmatorias, son aquellas que acompañan un enunciado con una coletilla del tipo ‘¿verdad?’, ‘¿no?’ (p.ej. ‘Mañana te vienes al campo, ¿no?’). Las (3) preguntas *de repetición* son las que indican que no se ha entendido algo de la intervención precedente (p.ej. ‘¿Eh?’). Por último, las (4) preguntas *abiertas* son todas aquellas que vienen introducidas por una partícula interrogativa (p.ej. ‘¿Dónde has dejado las gafas?’).

Siguiendo la clasificación de Hamilton (1994: 111), dividimos los tipos de respuesta a partir de varios criterios. En primer lugar, distinguimos entre respuestas *adecuadas e inadecuadas*. Son respuestas adecuadas todas las que proporcionan la información requerida a través de la pregunta. En segundo lugar, según la causa de inadecuación, las respuestas pueden ser consideradas de la siguiente forma: (1) respuestas *vagas*, si no se proporciona información específica (contienen parafasias semánticas y una gran cantidad de términos genéricos); (2) respuestas *agramaticales*, si no concuerdan gramaticalmente con la pregunta (por ejemplo, en la selección de pronombres o del tiempo verbal); (3) respuestas incorrectas según el *tipo de pregunta*, es decir, responder sí o no a una pregunta abierta, o viceversa; (4) *no respondidas*, si el interlocutor continúa con un tema anterior o introduce un nuevo tema sin contestar a la pregunta o no reacciona de forma verbal o no verbal.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Realizamos un análisis lingüístico de tipo cuantitativo en el que reflejamos las variables reseñadas anteriormente, es decir, las clases de preguntas y de respuestas producidas por cada uno de los participantes en las conversaciones. A pesar de la

variabilidad existente entre las capacidades comunicativas de cada persona con demencia y de la distinta actitud lingüística de los interlocutores en cada conversación, agrupamos los valores medios de las interacciones según el nivel de desarrollo de la enfermedad de cada participante. De esta forma, como reflejábamos en el punto 3.1, las tablas pertenecientes a cada etapa de la demencia recogen de forma conjunta los datos extraídos de cada una de las tres conversaciones incluidas en ella. No obstante, reflejaremos aquellas particularidades que merezcan especial atención⁶.

NIVEL INICIAL

PREGUNTAS (en porcentaje)

| | I | E | IC |
|-----------------|-------|-------|-------|
| Polares | 25,68 | 44,5 | 27,28 |
| De confirmación | 25,32 | 18,75 | 10,8 |
| De repetición | 13,49 | 0 | 0,67 |
| Abiertas | 35,51 | 36,75 | 61,25 |

RESPUESTAS

| | I | E | IC |
|------------------|--------|-------|-------|
| Adecuadas | 80,5* | 93,67 | 86,31 |
| Vagas | 6,61 | 0 | 0 |
| Agramaticales | 0,78 | 0 | 0 |
| Tipo de pregunta | 0 | 0 | 0 |
| No respuestas | 12,11* | 6,33 | 13,69 |

NIVEL INTERMEDIO

PREGUNTAS

| | I | E | IC |
|-----------------|-------|-------|--------|
| Polares | 23,26 | 50,42 | 20,28 |
| De confirmación | 19,16 | 14,63 | 32,72* |
| De repetición | 32,45 | 0,32 | 1,13 |
| Abiertas | 25,13 | 34,57 | 45,85* |

6 I: Informante con demencia; E: Investigador; IC: Interlocutor clave.

RESPUESTAS

| | I | E | IC |
|------------------|-------|-------|-------|
| Adecuadas | 65,25 | 89,17 | 79,44 |
| Vagas | 12,44 | 0 | 3,33 |
| Agramaticales | 4,93 | 0 | 0 |
| Tipo de pregunta | 1,82 | 0 | 0 |
| No respuestas | 15,56 | 10,83 | 17,23 |

NIVEL AVANZADO

PREGUNTAS

| | I | E | IC |
|-----------------|-------|-------|-------|
| Polares | 29,61 | 49,02 | 26,51 |
| De confirmación | 23,1 | 11,35 | 11,73 |
| De repetición | 18,99 | 2,3 | 3,53 |
| Abiertas | 28,3 | 37,33 | 58,23 |

RESPUESTAS

| | I | E | IC |
|------------------|-------|-------|-------|
| Adecuadas | 52,02 | 70,83 | 84,68 |
| Vagas | 14,46 | 4,17 | 0 |
| Agramaticales | 8,29 | 0 | 0 |
| Tipo de pregunta | 1,09 | 4,17 | 0 |
| No respuestas | 24,15 | 19,77 | 15,32 |

(Fig. 1: Preguntas y respuestas)

Los resultados presentados a partir del análisis de las preguntas y las respuestas contenidas en las nueve interacciones estudiadas nos ofrecen una panorámica de las relaciones entre los interlocutores que participan en una conversación con un hablante con demencia. En cuanto a los tipos de pregunta, ya en el nivel inicial detectamos una tendencia general presente en las otras etapas por la cual el investigador realiza un menor número de preguntas abiertas que de preguntas

polares + confirmatorias⁷. El porcentaje de preguntas abiertas formuladas por E es prácticamente el mismo, alrededor del 36%, mientras que las preguntas polares + confirmatorias superan levemente el 60% del total. Esta situación se da de forma inversa en las preguntas formuladas por el interlocutor clave, donde las cuestiones abiertas llegan al 60%. Cabe mencionar que los resultados excepcionales del nivel intermedio en torno a esta cuestión se deben al desfase provocado por que todas las preguntas del IC de una de las tres conversaciones fueron de tipo polar o de confirmación. Es posible que se deba al hecho de que el IC, hijo de la mujer con DTA, se situó en el rol de narrador de aspectos biográficos de su madre y simplemente le pedía su confirmación⁸. Esta diferencia entre la actuación del investigador y la del interlocutor clave puede deberse a las características del estudio, ya que se pretende que la conversación gire en torno a la interacción entre el hablante con demencia y su interlocutor clave, que va a introducir temas y va a tratar que la persona con alzhéimer hable lo máximo posible. No obstante, no podemos descartar que E y el IC tomen actitudes diferentes en cuanto a la percepción o a los prejuicios que tengan sobre la capacidad comunicativa de I.

Si comparamos estos resultados con los de Hamilton (1994: 92), concluimos que la actuación del investigador se caracteriza por una amplia mayoría de preguntas polares + confirmatorias, que alcanzan en su estudio un 78% en las conversaciones pertenecientes al nivel intermedio y un 62% en el nivel avanzado⁹. No obstante, al no existir la figura del interlocutor clave en la investigación de Hamilton, no podemos comparar nuestros resultados con los suyos. En cambio, otros estudios nos dan esta oportunidad. Así, Ripich *et al.* (2000), en su afán por mejorar la comunicación entre las personas con DTA y sus cuidadores, advierten que, antes de

7 Agrupamos los valores referidos a las preguntas polares y a las preguntas de confirmación porque los requerimientos que imponen al interlocutor en su respuesta son mucho menores que los que se dan con una pregunta abierta. Así, una pregunta polar o confirmatoria podría ser respondida adecuadamente con un *sí* o un *no*, mientras que una pregunta abierta provoca que el interlocutor deba elaborar una respuesta más compleja.

8 En esta conversación el interlocutor clave emplea un 80% de preguntas confirmatorias, un valor muy por encima de lo común.

9 Hamilton no estudia las capacidades comunicativas de su informante en el nivel inicial de la DTA (GDS 4) y sí lo hace, en cambio, en el nivel final (GDS 7), donde el sujeto con alzhéimer presenta una situación cercana al mutismo. En esta última etapa, la investigadora utiliza un 84% de preguntas polares + confirmatorias y solo un 8% de preguntas abiertas.

ser entrenados en una serie de estrategias comunicativas, estos empleaban una mayor proporción de preguntas abiertas. Sin embargo, tras este período de entrenamiento, los interlocutores sin demencia formulaban más preguntas de tipo polar, algo presumiblemente más sencillo para las personas con DTA. Por otro lado, Small y Perry (2005), en un estudio que recoge conversaciones entre 18 hablantes con alzhéimer en niveles inicial e intermedio y sus esposos, detectan una práctica idéntica entre el porcentaje de preguntas abiertas y de preguntas polares y, además, que esta proporción no varía con respecto a la etapa de la demencia. En resumen, a pesar de no poder afirmar con absoluta certeza la causa esta disparidad entre la actuación de los cuidadores y la de los investigadores, parece probado que el investigador es consciente de que usando preguntas polares podrá obtener más respuestas adecuadas, algo que no es evidente en el IC sin un entrenamiento sobre estrategias para mejorar la comunicación con sus familiares (cf. Ripich *et al.*, 2000).

En segundo lugar, volviendo a nuestro estudio, se observa un número considerable de preguntas de repetición por parte de los hablantes con demencia. En concreto, en dos informantes con un nivel intermedio de la demencia el porcentaje de preguntas de repetición asciende al 37%. Estos datos pueden explicarse a partir de la confluencia entre diversos aspectos: una incipiente dificultad auditiva, los problemas en la comprensión del contenido expresado por otro interlocutor y la búsqueda de tiempo para contestar una pregunta.

Por otro lado, observamos que las respuestas de los interlocutores sin demencia a las preguntas de los hablantes con alzhéimer son fundamentalmente adecuadas, pero que, al mismo tiempo, van aumentando las no respuestas, especialmente en el caso del investigador. La explicación puede descansar en que las preguntas recurrentes sobre un mismo tema o la incompreensión de la pregunta llevarían a un mayor número de no respuestas.

Si nos centramos en la evolución del porcentaje de respuestas adecuadas y no adecuadas por parte de las personas con demencia, nos encontramos con una disminución sostenida de las primeras. A pesar de que uno de los informantes en la etapa inicial solo presenta un 55,81% de respuestas adecuadas¹⁰, la media

¹⁰ Este porcentaje se debe al gran número de no respuestas (34,88%), muy posiblemente a causa de que la conversación se parece a un monólogo y el informante no quiere ser interrumpido en la narración de algunos aspectos de su vida.

entre las tres conversaciones asciende al 80,5%, ya que otra hablante solo responde de forma inadecuada a una pregunta. De hecho, la diferencia entre el 97,44% de respuestas apropiadas de esta hablante y el 43,52% de una informante del nivel avanzado es bastante significativa. En esta última etapa, la mitad de las respuestas es inapropiada.

En cuanto al tipo de respuesta inadecuada que predomina en cada nivel de la enfermedad, a pesar de los resultados que nos muestra el gráfico correspondiente al nivel inicial, muy condicionado por ese 34,88% de no respuestas de un hablante, observamos que la inadecuación va inclinándose desde un mayor número de respuestas vagas a una mayor cantidad de no respuestas. Estos datos reflejan de manera clara el deterioro comunicativo que sigue a la progresión de la enfermedad. En un primer momento, una mayor cantidad de respuestas vagas significa que el hablante, aunque vea mermadas sus habilidades lingüísticas por la anomia y construya su discurso a partir de circunloquios y términos genéricos, mantiene el tema de conversación y tiene en cuenta las necesidades de su interlocutor. En cambio, a partir de la etapa intermedia y, sobre todo, en la etapa avanzada de la demencia, aumenta exponencialmente el número de no respuestas debido a las crecientes dificultades para la gestión temática. Así, es frecuente que las respuestas no guarden relación con el contenido de la pregunta y que el discurso se vuelva incoherente por culpa de numerosas perseveraciones y cambios bruscos de tema.

En el caso del estudio de Hamilton (1994: 115), el porcentaje de respuestas adecuadas es algo inferior al de nuestro trabajo (55% en el nivel intermedio y 39% en el nivel avanzado). Del mismo modo, se produce una tendencia por la cual va decreciendo la proporción de respuestas vagas a costa de una mayor cantidad de no respuestas. No obstante, estas solo suponen el 2% en el nivel intermedio y el 14% en el nivel avanzado, ya que las inadecuaciones de tipo agramatical o por el tipo de pregunta son muy numerosas.

No obstante, estos resultados no tienen en cuenta la variable “tipo de pregunta”, la cual nos puede dar la clave para detectar la causa de una mayor o menor (in)adecuación de las respuestas a lo largo de los distintos niveles de la demencia. Tappen *et al.* (1997) no encuentran una vinculación clara entre estas dos variables, ya que el porcentaje de respuestas apropiadas en su estudio no varía dependiendo del tipo de pregunta realizado. Sin embargo, esta es la excepción

entre el resto de trabajos que ha explorado esta cuestión. Así, tanto Ripich et al. (2000) como Small y Perry (2005) advierten la existencia de un mayor número de respuestas inadecuadas a preguntas abiertas. En este último estudio un 30% de cuestiones polares fueron respondidas de forma inadecuada por el 61% que lo fueron a preguntas abiertas¹¹.

Más detallada es la investigación de Hamilton (1994: 119-120). En ella observamos que el 80% de las respuestas adecuadas de su informante se deben a preguntas de tipo polar. Responder a una pregunta abierta le resulta mucho más complicado y esta dificultad se va haciendo más patente a lo largo de la enfermedad, como demuestran los principales tipos de respuestas inapropiadas que se suceden. En el nivel inicial, la mayoría de los errores a preguntas abiertas tienen su origen en los problemas de acceso léxico; por lo tanto, son respuestas de tipo vago. Posteriormente, se aprecia un aumento de respuestas inadecuadas por responder *sí* o *no* a una pregunta abierta, algo previsible, ya que responder de esta manera es mucho más fácil que hacerlo de una forma elaborada. Finalmente, en la etapa avanzada de la DTA, aumentan exponencialmente las no respuestas con independencia del tipo de pregunta realizado.

En nuestro estudio también hemos tratado de averiguar el peso específico del tipo de pregunta en la inadecuación de la respuesta y su evolución a lo largo de las distintas etapas de la enfermedad. Además, como ya hizo Hamilton, aportamos el tipo de respuesta inadecuada más frecuente en cada caso. Así, en primer lugar, observamos dos aspectos: (1) que el porcentaje de respuestas no adecuadas sobre el total es siempre mayor tras una pregunta abierta y (2) que este porcentaje aumenta de forma proporcional desde el nivel inicial al nivel avanzado de la DTA. De este modo, en la etapa inicial, el 6,85% de las preguntas polares + confirmatorias y el 16,15% de las preguntas abiertas son respondidas de manera inapropiada. En la etapa intermedia o moderada, los hablantes con DTA de

11 No obstante, Small y Perry (2005) no achacan al tipo de pregunta ser la causa principal de un mejor o peor comportamiento comunicativo por parte de la persona demenciada. Para estos autores, la verdadera razón se encontraría en el tipo de memoria requerida por la pregunta. Así, por ejemplo, el 64% de las preguntas abiertas que pedían acceder a la memoria semántica –menos afectada en la DTA– obtuvo una respuesta adecuada, mientras que el 71% de las preguntas abiertas que requerían acceder a la memoria episódica –mucho más comprometida– fue respondido de manera inadecuada (Small y Perry, 2005: 132).

nuestro estudio respondieron de forma inadecuada al 17,79% de preguntas polares + confirmatorias y al 29,39% de preguntas abiertas. Por último, en la etapa avanzada descubrimos lo hacen al 22,35% de cuestiones polares + confirmatorias y al 37,98% de cuestiones abiertas. En segundo lugar, descubrimos que, tras una pregunta polar, el tipo de respuesta inadecuada más común en todos los niveles es la no respuesta. Este resultado se entiende con claridad si pensamos en que la respuesta apropiada a una pregunta polar o confirmatoria sería *sí* o *no*, por lo que existen pocas posibilidades de que a este tipo de cuestión siga una respuesta de tipo vago o agramatical. Por otro lado, las respuestas inadecuadas más frecuentes tras una pregunta abierta son de tipo vago hasta la etapa intermedia de la demencia y la no respuesta en la fase avanzada, cuando los fallos de comprensión son muy numerosos y los hablantes con DTA experimentan verdaderas dificultades para seguir el tema de la conversación.

5. CONCLUSIONES

El estudio de las capacidades comunicativas de una persona con demencia no puede realizarse sin tener en cuenta los condicionantes que se dan en la conversación cotidiana, desde la familiaridad con el resto de los interlocutores a las actitudes –tanto lingüísticas como personales– que estos muestren a través de sus intervenciones. Siguiendo el camino emprendido por otros investigadores, decidimos analizar la secuencia conversacional prototípica, la sucesión entre una pregunta y una respuesta, con el fin de detectar, por un lado, qué tipo de pregunta resultaba más comprometida para las habilidades decrecientes del hablante con DTA y, por otro lado, si los interlocutores sin demencia se adaptaban a esta realidad a través de sus preguntas.

En primer lugar, en cuanto al tipo de cuestiones formuladas, no se observaron diferencias significativas a través de las distintas etapas de la enfermedad, lo que puede dar cuenta de una no adaptación a las verdaderas capacidades del sujeto con alzhéimer, presumiblemente menores con el paso de la demencia. El mayor porcentaje de preguntas polares en el caso de los investigadores y de preguntas abiertas en el caso de los familiares puede ser resultado tanto de una concepción distinta de la dificultad que entraña cierto tipo de pregunta para la persona con demencia como del tipo de interacción conversacional estudiado; no olvidemos

que antes de comenzar la conversación se ha pedido al IC que sea el encargado de interactuar de forma preferente con su familiar con demencia. Es posible que el interlocutor clave se vea en la obligación de formular más preguntas abiertas con el objetivo de que la persona con DTA dé más información y hable durante más tiempo.

En segundo lugar, se observa un decrecimiento gradual de las respuestas apropiadas a lo largo de la enfermedad. Con respecto al tipo de inadecuación en la respuesta, se concluye que al comienzo de la demencia existe un mayor número de respuestas vagas que se convierte en una cantidad más elevada de no repuestas en un nivel más avanzado. El hablante con DTA se va desconectando de la conversación y no gestiona el tema conversacional de manera adecuada.

Finalmente, hemos demostrado que el porcentaje de respuestas inadecuadas es mayor tras una pregunta abierta que tras una pregunta polar + confirmatoria y que la diferencia entre el número de respuestas inapropiadas tras un tipo u otro de pregunta no varía a lo largo de las tres etapas de la demencia. Por esta razón, con la idea de dotar a los interlocutores clave de mecanismos para mantener una buena comunicación el máximo tiempo posible, estamos confeccionando una guía comunicativa en la que, por un lado, apoyamos el empleo de un mayor número de preguntas abiertas en las primeras etapas de la enfermedad y, por otro lado, fomentamos que, cuando responder de forma adecuada a este tipo de pregunta sea muy difícil para la persona con demencia, se utilice un mayor porcentaje de preguntas polares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMOR, Amit; Daniel KEMPLER; Maryellen MACDONALD; Elaine ANDERSEN y Lorraine TYLER (1999): "Why Do Alzheimer Patients Have Difficulty with Pronouns? Working Memory, Semantics, and Reference in Comprehension and Production in Alzheimer's Disease", en *Brain and Language*. 67, 202-227.
- ALONSO, Dolores; Raquel CHAMARRO y José Miguel SANTONJA (2004): "Trastornos del lenguaje y demencia. Experiencia de nuestra Unidad de Demencias", en Beatriz Gallardo Paúls y Monserrat Veyrat (eds.), *Lingüística y patología*. Valencia: Universitat de València, 5-30.

- AMANZIO, Martina; Giuliano GEMINIANI; Daniela LEOTTA y Stefano CAPPA (2008): "Metaphor comprehension in Alzheimer's disease: Novelty matters", en *Brain and Language*. 107, 1-10.
- APA (2013): *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- BAYLES, Kathryn (1984): "Language and dementia", en Audrey Holland (coord.): *Language disorders in Adults: Recent Advances*. San Diego: College-Hill Press, 209-244.
- BAYLES, Kathryn; Cheryl TOMOEDA y Michael TROSSET (1992): "Relation of Linguistic Communication Abilities of Alzheimer's Patients to Stage of Disease", en *Brain and Language*. 42, 454-472.
- BERREWAERTS, Joëlle ; Michel HUPET y Pierre FEYEREISEN (2003): "Langage et démence: examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer", en *Revue de Neuropsychologie*. 13, 165-207.
- BLAIR, Mervin; Cecile MARCZINSKI; Nicole DAVIS-FAROQUE y Andrew KERTESZ (2007): "A longitudinal study of language decline in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia", en *Journal of the International Neuropsychological Society*. 13, 237-245.
- BUCKS, Romola, Sameer SINGH; Joanne CUERDEN y Gordon WILCOCK (2000): "Analysis of spontaneous, conversational speech in dementia of Alzheimer type: Evaluation of an objective technique for analyzing lexical performance", en *Aphasiology*. 14, 71-91.
- CAMPBELL-TAYLOR, Irene (1984): *Dimensions of Clinical Judgment in the Diagnosis of Alzheimer's Disease*. Tesis doctoral inédita. Buffalo: State University of New York.
- DIJKSTRA, Katinka; Michelle BOURGEOIS; Rebecca ALLEN y Louis BURGIO (2004): "Conversational coherence: discourse analysis of older adults with and without dementia", en *Journal of Neurolinguistics*. 17, 263-283.
- ELLIS, Donald (1996): "Coherence Patterns in Alzheimer's Discourse", en *Communication Research*. 23, 472-495.
- MARCH, Evrim; Roger WALES y Pip PATTISON (2006): "The uses of noun and deixis in discourse production in Alzheimer's disease", en *Journal of Neurolinguistics*. 19, 311-340.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1996): *Análisis conversacional y pragmática del receptor*. Valencia: Episteme.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (1998): *Comentario de textos conversacionales I. De la teoría al comentario*. Madrid: Arco Libros.

- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2002): "Fronteras disciplinarias: pragmática y patología del lenguaje", en Carlos Hernández Sacristán y Enrique Serra Alegre (coords.): *Estudios de lingüística clínica*. Valencia: Nau Llibres, 129-174.
- GALLARDO PAÚLS, Beatriz (2007): *Pragmática para logopedas*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- GARCÍA, Linda e Yves JOANETTE (1997): "Analysis of Conversational Topic Shifts: A Multiple Case Study", en *Brain and Language*. 58, 92-104.
- HAMILTON, Heidi (1994): *Conversations with an Alzheimer's Patient*. Cambridge: Cambridge University Press.
- JEFFERSON, Gail (ed.) (1992): *Harvey Sacks's Lectures on Conversation*. Oxford: Blackwell.
- LAINÉ, Matti; Minna LAAKSO; Elina VUORINEN y Juha RINNE (1998): "Coherence and informativeness of discourse in two dementia types", en *Journal of Neurolinguistics*. 11, 79-87.
- MARCH, Evrim; Roger WALES y Pip PATTISON (2006): "The uses of noun and deixis in discourse production in Alzheimer's disease", en *Journal of Neurolinguistics*. 19, 311-340.
- MÜLLER, Nicole y Jacqueline GUENDOUZI (2005): "Order and disorder in conversation: Encounters with dementia of the Alzheimer's type", en *Clinical Linguistics & Phonetics*. 19, 393-404.
- OBLER, Loraine y Martin ALBERT (1984): "Language in aging", en Martin Albert (coord.): *Clinical Neurology of Aging*. New York: Oxford University Press, 245-253.
- PERKINS, Lisa; Anne WHITWORTH y Ruth LESSER (1998): "Conversing in dementia: A conversation analytic approach", en *Journal of Neurolinguistics*. 11, 33-53.
- RAMANATHAN, Vai (1994): "Interactional differences in Alzheimer's discourse: An examination of AD speech across two audiences", en *Language in Society*. 23, 31-58.
- REISBERG, Barry; Steven FERRIS y Mony DE LEON (1982): "The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia", en *American Journal of Psychiatry*. 139, 1136-1139.
- RIPICH, Danielle; Brian CARPENTER y Elaine ZIOL (2000): "Conversational cohesion patterns in men and women with Alzheimer's disease: a longitudinal study", en *International Journal of Language and Communication Disease*. 35, 49-64.
- RIPICH, Danielle; Diane VERTES; Peter WHITEHOUSE; Sarah FULTON

- y Barbara EKELMAN (1991): "Turn-Taking and Speech Act Patterns in the Discourse of Senile Dementia of the Alzheimer's Type Patients", en *Brain and Language*. 40, 330-343.
- RHYS, Catrin y Nicola SCHMIDT-RENFREE (2000): "Facework, social politeness and the Alzheimer's patient", en *Clinical Linguistics & Phonetics*. 14, 533-543.
- ROUSSEAU, Marc; Amandine SÈVE; Marion VALLET; Florence PASQUIER y Marie Anne MACKOVIACK-CORDOLIANI (2010): "An analysis of communication in conversation in patients with dementia", en *Neuropsychologia*. 48, 3884-3890.
- RYAN, Ellen; Sheree MEREDITH; Michael MACLEAN y J.B. ORANGE (1995): "Changing the Way We Talk with Elders: Promoting Health Using the Communication Enhancement Model", en *The Interactional Journal of Aging and Human Development*. 41, 89-107.
- SACKS, Harvey; Emanuel SCHEGLOFF y Gail JEFFERSON (1974): "A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation", en *Language*. 50 (4), 696-735.
- SMALL, Jeff y JoAnn PERRY (2005): "Do You Remember? How Caregivers Question Their Spouses Who Have Alzheimer's Disease and the Impact on Communication", en *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. 48, 125-136.
- STUBBS, Michael (1983): *Discourse Analysis: The Sociolinguistic Analysis of Natural Language*. Chicago: University of Chicago Press.
- SHUTTLEWORTH, Edwin y Steven HUBER (1988): "The Naming Disorder of Dementia of Alzheimer Type", en *Brain and Language*. 34, 222-234.
- TAPPEN, Ruth; Christine WILLIAMS-BURGESS, Jackie EDELSTEIN, Theris TOUHY y Sarah FISHMAN (1997): "Communicating With Individuals With Alzheimer's Disease: Examination of Recommended Strategies", en *Archives of Psychiatric Nursing*. 11, 249-256.
- VALLS-PEDRET, Cinta; José Luis Molinuevo y Lorena Rami (2010): "Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica", en *Revista de Neurología*. 51, 471-480.
- WHITWORTH, Anne; Lisa PERKINS y Ruth LESSER (1997): *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*. London: Whurr Publications.

Fecha de recepción: 9 de mayo de 2014
Fecha de aceptación: 20 de junio de 2014