

Representaciones y creencias en torno a la evaluación lingüística del adulto mayor con trastorno cognitivo leve

Beatriz Valles

*Universidad Pedagógica Experimental Libertador
Instituto Pedagógico de Caracas*

Resumen

Debido a los cambios demográficos que experimenta la población mundial cada día es más frecuente que los equipos de atención en el área de la logopedia deban atender adultos mayores con trastorno cognitivo leve (TCL), es decir, personas que presentan problemas en su memoria y otras funciones mentales, sin que los mismos interfieran con el desarrollo de sus actividades cotidianas (Speling *et. al.*, 2011). Esta situación obliga a desarrollar acciones desde una nueva perspectiva epistemológica, ontológica y metodológica, especialmente en países en vías de desarrollo donde las personas mayores de 65 años se pueden enfrentar al aislamiento y la falta de servicios de salud pública, producto de una serie de representaciones negativas en torno al envejecimiento que atentan sobre su calidad de vida y determinan que los programas de formación profesional del logopeda deban abordar temas relacionados con el envejecimiento como proceso complejo y multifactorial. El objetivo de este trabajo es analizar las representaciones sociales que deban ser consideradas a la hora de elaborar una propuesta de evaluación lingüística dirigida al adulto mayor con TCL desde una perspectiva discursiva que permita el estudio del componente pragmático. Se plantea como alternativa el uso del análisis de la conversación entre pacientes e interlocutores claves como herramienta diagnóstica y la incorporación a los programas de formación profesional en Logopedia de contenidos sobre Psiquiatría, Lingüística Clínica, Geriatria y Gerontología a fin de alcanzar una práctica ajustada a los complejos marcos sociales donde se desarrolla actualmente la práctica logopédica en países en desarrollo.

Palabras clave: Adultez mayor; Evaluación lingüística; Representaciones sociales; Trastorno cognitivo leve.

Abstract

Given the demographic changes experienced by global population, the attention teams in the area of logopedics are working more and more now with elder patients with a mild cognitive impairment (MCI), that is, people presenting problems of memory and other mental functions, but without them interfering in their daily activities (Speling *et. al.*, 2011). This situation obliges us to develop actions from a new epistemological, ontological and methodological perspective, especially in the developing countries, where people over 65 may face isolation and a lack of public health services, as a result of a series of negative representations around the aging process, which jeopardize their quality of life and determine that the speech and language professional training programs have to tackle topics on aging as a complex and multifactor process. The purpose of this paper is to analyze the social representations to be considered when making a linguistic assessment proposal addressed to the elderly with MCI, from a discursive perspective that can allow the study of the pragmatic components. The use of conversational analysis between patients and key interlocutors as a diagnosis tool and the addition of contents on Psychiatric, Clinical Linguistics, Geriatrics and Gerontology to the speech and language professional training programs have been proposed as an alternative aimed at achieving a performance adjusted to the complex

social frameworks, where the speech and language practice is being currently developed in the developing countries.

Key words: Elderly; Linguistic assessment; Mild cognitive impairment; Social representations.

Introducción

La evaluación del lenguaje como práctica central de los profesionales de la Fonoaudiología o Logopedia se ha visto influenciada en las dos últimas décadas por diferentes eventos. Por una parte, el hecho de que la población de adultos mayores presente en la actualidad una esperanza de vida que rebasa los 80 años, nos ha obligado a entender el envejecimiento como parte importante de la dinámica de los equipos dedicados a la atención de los trastornos de la comunicación que este colectivo puede presentar, pues cada día es más urgente estudiar el rendimiento en esta área como un potencial indicador temprano del deterioro cognitivo o de la demencia (Jaramillo, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años y para los próximos 20 años se espera que esta cifra aumente en un 70%. Este proceso de envejecimiento debe instar a los gobiernos a desarrollar acciones coordinadas entre los sectores sociales y de la salud, para así favorecer un envejecimiento sano, sin discapacidades y con mejor calidad de vida para todos (OMS, 2004)

Varios autores (Petersen, 2004; MacKay, 2007; Jaramillo, 2010) alertan que los cambios en la comunicación son los primeros indicios del trastorno cognitivo leve (TCL) y que además, estos signos no son tomados en cuenta por los familiares o por los proveedores de salud, hecho que determina que muchas veces el adulto mayor no sea diagnosticado tempranamente y en consecuencia, no reciba una atención oportuna. La persona afectada por el TCL presenta problemas en su memoria y otras funciones mentales, sin embargo los mismos no interfieren con el desarrollo de sus actividades cotidianas, por lo tanto su funcionamiento no entra dentro del rango de la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia (Speling *et. al.* 2011). Las alteraciones de la función cognitiva pueden estar asociadas a diversos factores, y es importante destacar que no todas las personas que reciben este diagnóstico desarrollarán una demencia, además muchas de ellas mejoran su desempeño cognitivo con una adecuada atención (Speling *et. al.* 2011)

La intervención de la población afectada por el TCL nos enfrenta con la necesidad de atender a nuestros adultos mayores a partir de una ética gerontológica adecuada al momento presente (García Férrez, 2003), la cual demanda de parte de los equipos de interventores una nueva geometría de atención que obliga a profundizar en los aspectos sociales y en las características de los contextos de vida de los usuarios de los servicios a fin de tener como objetivo la prevención y garantizar una mejor calidad de vida a través de la educación.

En otras palabras, la geriatría y la gerontología han pasado a ser disciplinas necesarias en la formación de los logopedas, sumándose sus saberes a los de la neurología, la neuropsicología, la lingüística (especialmente la clínica) y la psiquiatría. Sin embargo, el problema no se circunscribe en saber más sobre el envejecimiento y sus características, sino que además debemos formar al profesional para que ofrezca un servicio desprovisto de una serie de creencias negativas en torno a este proceso, para poder así alcanzar el diseño de adecuadas políticas de salud colectiva acordes con un modelo en el cual se prevea la evaluación e intervención del lenguaje en el adulto mayor como parte de las acciones en prevención y detección temprana de cualquier alteración en los dominios cognitivos, a saber: memoria, atención, concentración, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas y lenguaje.

Desde lo asistencial, el diseño de un modelo de evaluación lingüística dirigida a este colectivo tiene alta pertinencia y una clara relevancia, pues intenta atender un problema real, sustentado en las características del proceso de envejecimiento por el cual atraviesa actualmente la población a nivel mundial. A este respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS), advierte que estos cambios demográficos justifican una inversión sostenida en programas que permitan la prevención y atención oportuna de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento (OPS, 2004).

Sin embargo, es necesario desarrollar estas acciones desde una nueva perspectiva epistemológica, ontológica y metodológica, especialmente en países en vías de desarrollo donde la población de mayores de 65 años puede enfrentar el aislamiento y la falta de servicios de salud pública, lo que evidentemente atenta contra su calidad de vida y bienestar general. Esta situación determina que los programas de formación profesional del fonoaudiólogo deban incluir temas relacionados con el envejecimiento como una etapa más del desarrollo humano, y que se estudie este proceso desde una perspectiva que considere lo cultural y social como elementos fundamentales a ser valorados.

A partir de lo ya expuesto, el objetivo de este trabajo es analizar una serie de aspectos culturales que deben considerarse a la hora de elaborar una propuesta de evaluación lingüística dirigida al adulto mayor con TCL y ofrecer una alternativa que incorpore una visión integral de este proceso, para alcanzar una práctica ajustada a los complejos marcos sociales donde se desarrolla la práctica logopédica en países en vías de baja renta, como es el caso de Venezuela. No pretendemos evaluar la práctica actual de los equipos interventores en el área del lenguaje, sino más bien analizar cómo las representaciones en torno al envejecimiento pueden determinar abordajes limitados y discriminatorios del colectivo de adultos mayores, y a partir de nuestras reflexiones, proponer el análisis de la conversación como recurso metodológico que nos permita desarrollar acciones centradas en valorar la función comunicativa del adulto mayor con TCL en una perspectiva discursiva como aspecto central para definir y explicar la presencia de las alteraciones en su eficiencia lingüística.

La vejez: construcción social o situación existencial de crisis

Existen numerosos libros de textos, manuales, folletos e información general sobre el envejecimiento donde este proceso es asumido desde diferentes perspectivas, y en los que parece sugerirse que el público en general puede buscar literatura que le permita conocer y prepararse para enfrentarlo exitosamente. Lamentablemente, esta no es la realidad, pues a pesar de un mayor conocimiento sobre el tema, la percepción del envejecimiento está influenciada por una fuerza que puede ser definida como “sociocultural”, relacionada con las creencias y valores que en torno al mismo poseen los grupos. De allí, que la atención del adulto mayor va a depender de concepciones fuertemente arraigadas en la sociedad y con las cuales los equipos interventores deben lidiar.

La adultez mayor como etapa del desarrollo humano, es considerada en términos de hecho biológico, sustentada en la edad cronológica, básicamente por convenciones estadísticas que definen el inicio de la misma a partir de los 60 años (Sánchez, 2005). Para aclarar este aspecto quisiéramos definir el concepto de adulto mayor. Árraga y Sánchez (2007) afirman que toda persona con 60 años o más debe ser incluida en esta categoría. A partir de este criterio, Atchley (1991) clasifica a los adultos mayores en tres grupos:

- 1.- Viejos jóvenes, quienes se encuentran entre 60 y 74

2.- Viejos medios, entre 74 y 84 años y

3.- Viejos viejos, los que tienen más de 85 años.

Desde esta visión, este periodo de la vida está marcado por la jubilación y se percibe como un tiempo para vivir experiencias distintas. En los países desarrollados este colectivo goza de una serie de beneficios y tiene a su alcance programas que lo educan para vivirla con la mayor plenitud. Sin embargo y a pesar de los esfuerzos, esta etapa de vida se presenta como un tiempo en el cual la pérdida de funciones, la muerte de amigos o de la pareja y las enfermedades que pueden derivarse del propio proceso de envejecer, atentan contra la alegría de vivir. Todos estos aspectos negativos se pueden percibir aun peor si las necesidades básicas del anciano no pueden ser cubiertas, como es el caso en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

La OMS define *Salud* como la situación de perfecto bienestar físico, mental y social. Estado de suficiencia y aptitud o reservorio de recursos personales que se pueden utilizar cuando se necesitan. Y la *Calidad de vida* como: la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes (OMS, 2004). Estos conceptos son centrales en la planificación sanitaria y educativa de cualquier nación, pues se hace imperativo definir acciones, programas y esfuerzos que nos permitan con base en la educación, alcanzar salud, bienestar, calidad de vida y progreso en la gente.

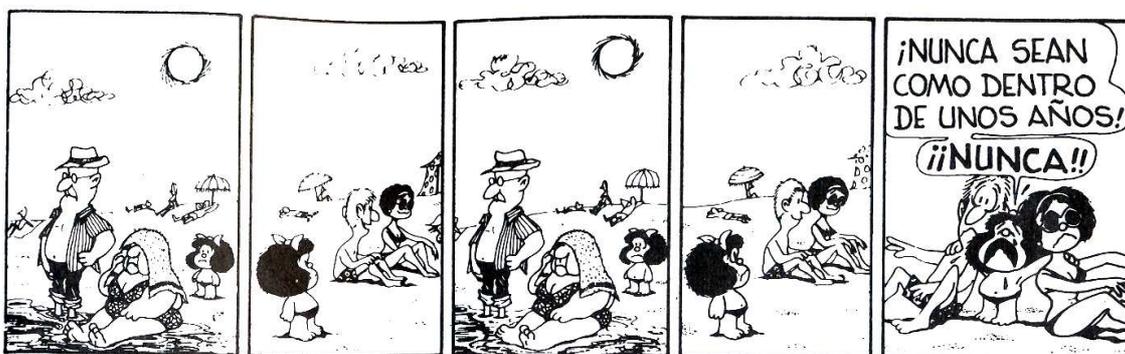
Cuando se trata el tema de las enfermedades y discapacidades relacionadas con el envejecimiento no debe dejarse de lado lo que las mismas representan en cada cultura. Pues, al tratar de ampliar la atención de los trastornos de la comunicación y poder prestar un servicio integral que incluya rehabilitación del lenguaje y física, asesoría nutricional y un abordaje de lo familiar y social, los equipos pueden evidenciar diferencias y oposiciones en torno a si esto es necesario o conveniente.

Esta situación que no es más que la expresión de las divergencias en la propia concepción de la discapacidad y en la manera de concebir el proceso de envejecimiento, el cual en nuestra cultura latinoamericana es sinónimo de deterioro, declive o trastorno, por ello el adulto mayor es dejado de lado y muchas veces las primeras señales indicativas de deterioro cognitivo o de la comunicación no son detectadas pues se considera normal que en esta población la función comunicativa merme o se deteriore (Tubero, 1999), o porque el adulto viva en un entorno restringido con escasas oportunidades para interactuar socialmente y conversar sobre temas de su interés.

La OMS elaboró la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF; OMS, 2001). Este documento tiene como objetivo brindar una terminología unificada y estandarizada, así como un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con ésta, desde una perspectiva biopsicosocial. Estos dominios (el de la salud y los estados relacionados con ésta) permiten analizar cómo la discapacidad afecta no sólo lo estructural u orgánico de la persona, sino también el contexto de vida y por ende, la calidad de las relaciones, el desempeño laboral o educativo del individuo. Además, abogan por aceptar que la discapacidad no elimina el concepto de persona, por lo que al tratar lo relacionado con el sujeto que la presente siempre se debe tener presente que él es sujeto moral y de derecho.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento es un proceso vital que está relacionado no sólo con tiempo de vida, por lo que para su valoración es necesario tener en cuenta cómo se ha vivido, cuál ha sido la calidad que ha marcado este tiempo y por supuesto, las variables culturales que definen cómo viven y actúan los individuos en esa edad. La cultura marca de manera indeleble todas nuestras acciones, y a pesar de las leyes o fuerzas jurídicas que intentan orientar la acción de un grupo, definiendo lo legal y lo ilegal, las acciones del mismo se separan de estos preceptos y en consecuencia una determinada ley puede no alcanzar legitimidad.

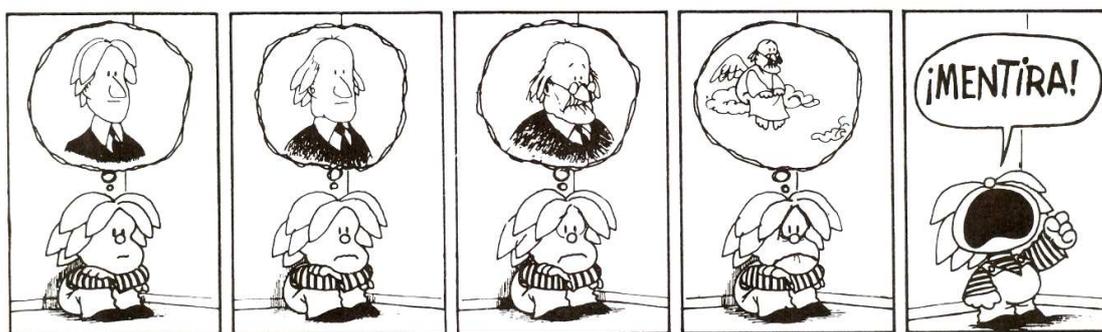
Un hecho que deja en evidencia este problema de las concepciones en torno al envejecimiento es lo relacionado con lo que ser viejo representa para un colectivo. Esas representaciones se manifiestan en los chistes, consignas y en la producción literaria. Para muestra me gustaría analizar las siguientes escenas de Mafalda (Quino, 2005), donde la expresión facial y oral de los personajes no deja duda: ¡Ser viejo es terrible, es una tragedia!



Otro aspecto del envejecimiento es el relacionado con la enfermedad. Así la vejez puede asumirse como sinónimo de poca salud, de decrepitud, de ausencia de disfrute, por lo que queda sólo sobrevivir. Esta creencia, fuertemente arraigada en diversas culturas, permite que esta etapa represente un momento donde valores contrapuestos se enfrenten, pues si bien se reconoce al anciano como “sabio”, también se le ve como una persona inútil, por lo que no se hace merecedor de una inversión en recursos económicos, lo que desemboca en no tomársele en cuenta en lo relacionado con la planificación en salud, uso del tiempo de ocio o diseño arquitectónico de los espacios públicos.



La vejez además, puede valorarse como una etapa final que nos lleva inevitablemente a la muerte, de esta forma el llegar a vivirla representa la tristeza de la pérdida de la juventud, de la salud, de los amigos, en fin....la última etapa del camino de nuestra existencia. Por esto Barros (1998) afirma que la vejez asusta. Para muestra lo siguiente:



También podemos encontrar mensajes negativos en torno a este proceso en refranes como:

Loro viejo no aprende a hablar

Aunque también se evidencian concepciones positivas en otros, tales como:

Más sabe el diablo por viejo que por diablo.

En el primer refrán la idea que se transmite está relacionada con el déficit, mientras que en el segundo se reconoce la posibilidad de contar en esta etapa de vida con experiencia y como dijimos anteriormente, hasta con sabiduría. En estos textos emergen las representaciones que como colectivo tenemos sobre el proceso de hacernos mayores. Este aspecto es algo tan complejo que la gerontología como disciplina ha tenido que luchar desde su nacimiento con estas fuerzas. Esta disciplina se ocupa de la vejez y del proceso de envejecimiento, su objeto de estudio es definido por Gómez y Curcio (2002) como “Su campo está ligado al hombre, a sus creencias acerca de la salud y de las doctrinas religiosas, así como a fuerzas económicas y sociales presentes en ese momento. Esto es lo que hace de la gerontología un concepto integral y holístico, donde se requiere la conjunción de muchos saberes para llegar a comprender lo que es envejecer” (op. cit., p.2).

Skliar (2005) define las representaciones como estos conceptos, afirmaciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana y que están vinculadas a formas específicas de adquirir y comunicar el conocimiento (op. cit., p.55). Este autor además advierte que la representación carga consigo una serie de dificultades analíticas relacionadas con lo fenomenológico, con las relaciones intersubjetivas y con nuestra propia percepción del otro. Ludi (2005) afirma que los conceptos y representaciones que tenemos sobre vejez y proceso de envejecimiento, los diferentes modos de nombrar la vejez, las perspectivas teóricas vigentes en la gerontología y la construcción como campo problemático de la intervención en el Trabajo Social, “junto con los prejuicios, son las bases de la construcción colectiva del imaginario social arraigado en vastos sectores de la población incluyendo los propios viejos” (op. cit., p. 25).

Esta misma autora expone que a una concepción sobre la vejez cargada de prejuicios de la sociedad, “se le suma la de profesionales que trabajan con viejos, aportando a la reproducción de este imaginario social una carga sumamente negativa” (op. cit., p. 27). El logopeda no queda inmune a estas fuerzas, su percepción del funcionamiento lingüístico del adulto mayor puede verse limitada por las representaciones sociales, lo que determina una falsa concepción de las posibilidades comunicativas, de la finalidad del diagnóstico y de la utilidad de la propia atención logopédica en este colectivo.

Podemos concluir que envejecer como definición, congrega más aspectos negativos que positivos, y se conceptualiza como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración

natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance de los años (Laforest, 1991). Esta visión puede ayudarnos a explicar cómo a pesar de lo que expresan las leyes y lo que defienden tantos políticos, en los países en vías de desarrollo ser viejo es casi una insensatez, algo que se lleva mal, parece que nadie quiere serlo... Y en consecuencia, el colectivo de adultos mayores permanece olvidado y casi invisible.

Este problema abarca también la acción en el campo de la salud, así se presenta una situación que puede ser paradójica y es que el profesional concibe su trabajo desde una óptica que le hace ver sus acciones como necesarias o prioritarias. Pero en ocasiones, como proveedores de salud, los logopedas no somos conscientes de nuestros propios marcos culturales, por lo que actuamos a partir de concepciones o creencias que limitan el desarrollo de acciones realmente éticas, especialmente cuando debemos atender personas mayores con algún tipo de trastorno relacionado con la edad. Como derivación de estas actitudes se da la ausencia de programas de prevención y detección temprana del déficit auditivo, de las alteraciones del lenguaje y del trastorno cognitivo leve en la población de adultos mayores.

Envejecimiento, vejez y viejo, son conceptos que deben ser tratados desde una visión integral donde lo biológico, lo cultural, lo psicológico, lo espiritual y lo moral confluyan, para comprender cómo de manera individual cada uno de nosotros percibe y vive esta etapa del ciclo desde lo heterogéneo y lo multifactorial. Este análisis debe ser un punto central durante la formación profesional y debe determinar la construcción de nuevas representaciones que nos permitan una consideración diferente del envejecimiento y en consecuencia, una aproximación real de las necesidades del colectivo de adultos mayores con TCL en comunicación.

El deterioro lingüístico del adulto mayor: mitos y realidades

La actividad comunicativa y lingüística de los mayores está marcada por procesos paralelos, unos de tipo socio-culturales y otros físico-orgánicos. Los primeros están relacionados con los cambios en la rutina de vida que ocasiona, por ejemplo, el perder a la pareja o la jubilación, hechos que los obligan a quedarse en ocasiones solos en sus hogares y puede provocar además, cambios en su desempeño como sujetos productores y en su vida social al no tener un círculo de personas con quienes compartir de forma cotidiana. Los segundos, relacionados con lo biológico, provocan cambios en diversas funciones como las sensoriales, las cognoscitivas y las motoras, lo que entorpece la comprensión de mensajes orales y escritos o reduce la velocidad de respuesta.

Dentro de los cambios típicos de esta etapa, el cognoscitivo es quizás el que provoca los efectos más negativos, pues determina una reducción en la velocidad de respuesta y limita la capacidad de procesamiento. Como parte del proceso de envejecimiento normal se produce un deterioro de la memoria operativa, lo que limita el desempeño en el sistema atencional y de control, especialmente en los procesos de atención y de inhibición que implican la selección, planificación y supervisión de los mensajes. Todas estas variables afectan los aspectos lingüísticos relacionados con la memoria, como lo son: el acceso al léxico, la comprensión y producción de oraciones complejas; eventos que inciden en la comprensión y producción exitosa del discurso y que además, pueden provocar una reacción negativa en el interlocutor joven al desestimar las posibilidades de actuación lingüística efectiva del adulto mayor.

Sin embargo, la mayoría de adultos mayores que presentan un envejecimiento sano pueden exhibir una adecuada ejecución comunicativa (Petersen, 2004). Aquí es necesario destacar que cualquier análisis sobre el rendimiento lingüístico debe partir del reconocimiento de que estas características se dan como parte de este momento del desarrollo humano y aceptar que en el anciano, el tiempo para procesar la información aumenta, pero esta variación no determina la imposibilidad para actuar de manera efectiva en lo lingüístico. Sin embargo, estas características producen una falsa percepción de pérdida o alteración de la función cognoscitiva por parte de los jóvenes que interactúan con el mayor (Coupland, Coupland y Giles, 1991). Este hecho determina que desde lo cultural se asuma al anciano como personas que padecen alteraciones de todo tipo: cognoscitivas, lingüísticas, y emocionales, lo que marca negativamente el intercambio social y comunicativo entre adultos mayores e interlocutores más jóvenes.

Lo anterior obliga a los logopedas a estudiar el envejecimiento en una perspectiva integral, la cual aporte datos textuales y contextuales que permitan explicar las variaciones típicas de la interacción lingüística que se dan en el anciano sano y comprender que nuestra percepción puede estar relacionada más con ciertas creencias o percepciones negativas en torno al envejecimiento, que con los trastornos o alteraciones del lenguaje posibles de ser encontradas en esta etapa. De esta manera, el diagnóstico logopédico debe considerar no sólo la recolección y el análisis de un conjunto de datos sino el contrastarlos con los aspectos sociales y culturales que definen el cómo se percibe la actuación lingüística del anciano.

Diversas investigaciones nos muestran que a medida que envejecemos algunas

funciones lingüísticas cambian (Labos, Del Río y Zabala, 2009; Juncos, 1998). Por ejemplo, se pueden presentar fallas para encontrar la palabra adecuada a una definición o en recordar un nombre. De allí que los episodios de *palabra en la punta de la lengua* se hacen más frecuentes. Ejemplo de esto es la dificultad para recordar el nombre de una ciudad, a pesar de poder describir sus características arquitectónicas o narrar eventos vividos en ella. Cabe destacar que a pesar de no “dar con el nombre”, el objetivo de la conversación se alcanza, y en la mayoría de las veces quien los presenta sólo necesita más tiempo para encontrar la palabra o la ayuda de su interlocutor habitual. Por ello, estos episodios pueden considerarse como normales y darse en hablantes muy jóvenes en situaciones de fatiga o estrés. La siguiente conversación entre un padre (de 78 años) y su hijo puede servir para ilustrar este hecho:

Padre: *En vacaciones visitamos a tu hermano en...la casa...Bueno allí está La Casa Blanca, pero esa ciudad se llama.....Ay! ¿Cómo es que se?...*

Hijo: *¿Washington?*

(Valles, 2010)

También podemos observar problemas en la comprensión, en la repetición y en el uso espontáneo de oraciones complejas y fallas en la memoria verbal a corto plazo, lo que produce limitaciones en la organización del discurso. Como ya afirmamos, en el anciano el tiempo para procesar la información lingüística aumenta, pero esta variación no determina la imposibilidad para conversar. Al contrario, parece ser que la capacidad de narrar tiende a mantenerse en los ancianos, aunque sus historias presenten una forma más simple y con menor contenido (Juncos, 1998). Labos *et al.* (2009) concluyeron que los recursos cognitivos y la velocidad de procesamiento se reducen con la edad y este factor determina diferencias de rendimiento en la población de adultos mayores en diversas áreas tales como acceso léxico, procesamiento sintáctico, comprensión y producción oral y escrita. Pero la forma como narramos o interactuamos verbalmente no sólo se ve afectada por lo cognoscitivo, es necesario tomar en cuenta otras variables como por ejemplo la situación temporal, la motivación para interactuar socialmente, la información compartida (o conocida) por los diferentes actores y las experiencias previas o historia de vida que definen las actitudes de los interlocutores más jóvenes hacia los más mayores. A continuación un segmento de una conversación entre una mujer de 83 años con TCL y su logopeda:

Mujer: *Cuando llegamos a Caracas yo estaba embarazada pero ya tenía otro hijo y buscamos una una...*

Logopeda: *una escuela*

Mujer: *Sí, pero mi marido prefirió un colegio de monjas.*

Logopeda: *Claro en esa época era lo habitual...No?*

Mujer: *Sí.*

Esto nos lleva a aceptar que el funcionamiento lingüístico del adulto mayor está íntimamente relacionado con la actividad en diferentes áreas del desarrollo: física, socio-emocional y cognoscitiva. Lo físico se refiere a las posibles alteraciones auditivas o visuales y el estado de salud en general. Lo socio-emocional, relacionado con el estilo de vida, la calidad de las interacciones sociales y su nivel educativo. Y por supuesto, lo cognoscitivo representado por funciones tales como: memoria, concentración y atención. Pero la valoración a cerca de su desempeño estará fuertemente influenciada por las representaciones que tienen los más jóvenes. Conocer estos datos se hace necesario si queremos comprender por qué muestran variaciones en el uso del lenguaje y el cómo éstas afectan el intercambio, sin que necesariamente el adulto mayor presente trastornos, problemas o alteraciones en su funcionamiento lingüístico.

La complejidad del desarrollo humano como tal y las características del contexto donde se desarrolla la comunicación, como construcción compartida, dinámica y cambiante, suponen una limitación en el proceso diagnóstico, que necesita ser atendida por los especialistas del área de la logopedia y de la psicología, pues representa el establecer un posible trastorno en las áreas cognitiva o del lenguaje, sin contar con una adecuada definición de lo que es considerado normal en algunos países con una población mayoritariamente joven, en los cuales no se cuenta con suficientes datos sobre el proceso de envejecimiento típico de sus habitantes, como es el caso de Venezuela.

Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta en el momento de diseñar protocolos de evaluación. Esta tarea debe apoyarse en adecuadas estrategias para coleccionar datos, suficiente tiempo para obtenerlos, la posibilidad de hacerlo en múltiples contextos, con los interlocutores significativos y además realizar el análisis de la actividad lingüística de todos los actores desde una perspectiva compleja, fundamentado en el conocimiento cabal de los marcos culturales del grupo de procedencia del adulto

mayor que esté siendo evaluado. A este respecto es importante recordar que la evaluación debe considerar todos los componentes del lenguaje y sus diferentes niveles y que además es lógico considerar a la pragmática como un elemento prioritario en la evaluación y en la rehabilitación (Moreno, 2010).

La conversación como escenario primario de intercambio social: más allá de la pragmática

Hernández y Gallardo (2009) afirman que para que los datos a ser analizados en el proceso diagnóstico tengan validez ecológica, deben ser recolectados en situaciones reales y contextualizadas. Como se afirmó anteriormente, es necesario utilizar herramientas que permitan construir un perfil integral de la función comunicativa, en diversos contextos, con diferentes interlocutores y asumir que más allá de la forma y del contenido, la función o uso del lenguaje es el pilar fundamental de la evaluación. Tal y como afirma Jaramillo (2009), a través de la evaluación se deben identificar además de las habilidades verbales, las barreras culturales, ambientales y lingüísticas que puedan estar restringiendo el funcionamiento lingüístico. En otras palabras, la valoración de la comunicación funcional es esencial (op. cit., p. 106).

Evaluar la capacidad comunicativa se convierte en la tarea central del logopeda, de cara a la aceptación de que la aplicación de las baterías estandarizadas y de las pruebas formales no es suficiente para abarcar y conocer el funcionamiento lingüístico de ninguna persona. De allí que se presente la necesidad de buscar alternativas que nos permitan coleccionar datos que surjan en situaciones cotidianas y reales, como por ejemplo en la conversación.

Pietrosemoli (2007) define como conversación “a todo intercambio lingüístico que se establece entre dos o más hablantes de una misma lengua con propósitos comunicativos y de una manera que se desprende naturalmente de las circunstancias que rodean ese intercambio” (p. 307). Una conversación exitosa comienza con un proceso de colaboración, en el que todos los participantes trabajan juntos de manera que se cree la comprensión y el sentido (Brauner y Merel, 2006). Para Grice (1975) toda interacción está regida por el principio de cooperación que está constituida en cuatro máximas: 1) De cantidad: haz que tu contribución sea tan informativa como sea necesario (ni más ni menos) para las finalidades del intercambio; 2) De cualidad: Haz que tu contribución sea verdad. No digas lo que sabes que es falso; 3) De relación: Sé pertinente, no digas lo

que no viene al caso y 4) De manera: Sé claro, evita la ambigüedad, sé breve, sé ordenado.

El tipo de conversación más frecuente es aquella que se desarrolla cara a cara, la cual ocurre en un tiempo y lugar determinado, y en la cual los participantes actúan de manera coordinada con el propósito fundamental de compartir información. En ella la organización del sistema de turnos y otros aspectos están al servicio de la construcción del sentido conversacional (Tuson, 1997). De acuerdo con Gallardo (1998), en las conversaciones cara a cara confiamos muchas funciones a la gestualidad, de esta manera el uso que los hablantes hacen de una serie de gestos puede ser determinante para organizar su participación.

Desde una perspectiva psicológica es necesario considerar los procesos cognoscitivos que regulan el acto de conversar cara a cara, pues la atención, concentración, memoria y la capacidad de poder interpretar los gestos, posturas, inflexión de la voz y demás eventos que rodean este acto, acarrearán una actividad cognitiva que obliga a coordinar diversas acciones y ajustarlas a los patrones que desde lo sociocultural se deben tener en cuenta, para garantizar que se cumplan las normas que pautan una conversación eficiente o exitosa.

En la conversación cara a cara, los interlocutores utilizan diferentes tipos de recursos lingüísticos de manera de poder construir la cohesión y la coherencia del texto conversacional. Desde esta perspectiva, una evaluación cuidadosa de la actividad de todos los actores muestra que todo intercambio lingüístico debe ser valorado más allá de la forma. Teniendo en cuenta estas evidencias, actualmente se hace necesario analizar la conversación del adulto mayor desde una perspectiva discursiva, lo que permite profundizar el estudio de la actividad de ambos actores y además tomar en cuenta cómo el trastorno lingüístico y las percepciones que de éste tiene el interlocutor sano o más joven, pueden afectar las reales posibilidades de intercambio conversacional.

Pietrosemoli (2007), asume como facultad lingüística normal a “la capacidad de cualquier persona para producir habla bien estructurada desde el punto de vista de la señal lingüística y que esté apropiadamente relacionada con el contexto en el que se produce” (p.305). En otras palabras, cuando definimos como normal determinada producción lingüística, lo hacemos tomando en cuenta su contenido y forma, así como las posibilidades de actuación dentro de un determinado contexto. La norma provee las estrategias cohesivas consideradas adecuadas para lograr una coherencia tal que permita que una producción lingüística alcance su fin último: producir un efecto en el otro.

El concepto de norma lingüística remite pues a las creencias que un grupo tenga con respecto a cómo deben producirse sus actos de habla, a su esquema cognoscitivo o ideológico con respecto al uso del lenguaje y con respecto a cómo concretar el uso de su lengua en determinados contextos. La facultad lingüística relacionada con el uso de la norma, se alcanza gracias a un adecuado monitoreo cognoscitivo. Por lo tanto, la función cognoscitiva es determinante para alcanzar una adecuada elaboración textual, esto explica el deterioro de la función lingüística que puede estar presente en algunos adultos mayores con TCL.

El análisis de la conversación (AC) aplicado a la evaluación del intercambio lingüístico del adulto mayor con TCL.

Como ya se expuso, al conversar los hablantes despliegan un programa de monitoreo o control lingüístico que regula el cómo, cuándo, sobre qué y con quién hablar, esto les permite la selección del tema y de las estructuras a utilizar. Además, la conversación responde a una serie de factores pragmáticos como lo son: la toma de turnos, el tipo de relación que existe entre los hablantes y el contexto donde el intercambio se desarrolla. Hasta ahora no se ha investigado lo suficiente sobre cómo la actividad del interlocutor sano sufre modificaciones al conocer el diagnóstico de TCL de un interlocutor habitual para él, como por ejemplo su padre o su madre. Sin embargo, podemos especular que la dinámica de la conversación en el contexto familiar podría verse afectada por las representaciones y creencias que sobre el envejecimiento posee el público en general, por lo que actualmente, se hace necesario investigar desde una perspectiva discursiva a este respecto.

El interés del AC se orienta a describir las prácticas de interacción verbal y a explicar los roles que los hablantes asumen y que les permiten en última instancia regular la vida social. Esta técnica ha mostrado ser de gran utilidad para estudiar las características del intercambio comunicativo entre personas con Alzheimer y sus interlocutores habituales (Hamilton, 1994; Ripich y Terrell, 1998; Orange, Lubinski y Higginbotham, 1996; Sabat, 2004; Valles, 2010), o con pacientes con Afasia (Pietrosemoli, 2007), pues permite valorar tanto la actividad lingüística del paciente como la del cuidador u otros interlocutores claves en situaciones cotidianas de interacción.

Los actores en un acto de habla utilizan una serie de recursos con el objetivo de alcanzar un adecuado intercambio comunicativo. En el caso de la conversación cara a

cara entre la persona con demencia y sus cuidadores, ha sido posible determinar que estos últimos ajustan su propia ejecución teniendo en cuenta las dificultades del paciente. Por esto, reducen la longitud de los enunciados, seleccionan tópicos referidos a eventos concretos de la vida cotidiana (como por ejemplo las actividades de rutina: alimentación, aseo, paseos), parafrasean lo que dice el paciente o utilizan reparaciones indirectas (Valles, 2006).

El análisis de las características de la conversación puede hacerse a partir de diferentes propuestas. Pietrosevoli (2007), sugiere analizar el discurso a partir del estudio de la conversación, teniendo como parámetros los elementos propios de este proceso, a saber: génesis, mecanismo y estructura. Para realizar esta actividad la autora insiste en valorar los siguientes aspectos: turnos en la conversación, los pares adyacentes, las reparaciones y los marcadores discursivos. A continuación se explicarán brevemente cada uno de estos elementos.

Los turnos en la conversación se refieren a las intervenciones individuales de cada participante en la conversación. Como se sabe, este proceso sigue una organización temporal y aunque en ocasiones los hablantes participan simultáneamente, casi siempre se hace posible alinear de forma secuencial sus intervenciones.

Se llaman pares adyacentes a las estructuras de obligación secuencial, es decir, que aparecen de forma coordinada en la cual la segunda es consecuencia de la primera. Por ejemplo: ¿Cómo estás?/ ¡Muy bien!; Buenas tardes/ Buenas.

Por su parte, la reparación conversacional es un complejo proceso que puede manifestarse de diversas maneras. Podemos identificar reparaciones dirigidas a corroborar el significado de un mensaje; este tipo de reparación es denominada indirecta y se relaciona con la coherencia global de un texto.

Existen otros tipos de reparaciones dirigidas a solucionar los problemas relacionados con la forma del discurso; estas reparaciones son llamadas *auto-reparaciones* y *hetero-reparaciones*. Las primeras son utilizadas por el hablante como una forma de auto-corrección. Las segundas son utilizadas por el interlocutor, quien corrige o completa determinado mensaje; en consecuencia, podemos establecer que este tipo de reparaciones está más relacionado con la cohesión porque las mismas tienen como objetivo reparar la forma del discurso utilizando en este proceso los elementos cohesivos, aunque en última instancia, ellas se relacionan e influyen también en la coherencia textual.

Los marcadores discursivos son aquellos elementos que establecen una secuencia en la comunicación (Schiffrin, 1997). Su función principal se dirige a organizar y estructurar el discurso y la interacción. Marcadores tales como *y*, *pero* y *o*, sirven para conectar ideas, información que precisa ser organizada siguiendo las reglas que la norma lingüística provee, es decir que en última instancia los marcadores le dan al discurso coherencia y cohesión.

En nuestra opinión, todos los elementos anteriormente definidos son muy diversos, y el conocimiento actual sobre su uso por parte de los adultos mayores es aun insuficiente para explicar la conversación en su totalidad. Por esto se propone una nueva orientación en el análisis que tome en cuenta las intenciones de los hablantes, el ambiente y contexto de la interacción y que explore profundamente cómo su uso está relacionado con la coherencia y con la cohesión del discurso, y cómo los interlocutores aprovechan diversos recursos para mantener o construir entre todos una adecuada comunicación. En otras palabras, más que conocer el tipo de elemento: turnos, reparaciones, pares adyacentes o marcadores, interesa analizar, describir y explicar desde lo cualitativo, el impacto de su uso en la conversación en espacios sociales como el hogar, los centros de atención a los adultos mayores y el consultorio o gabinete logopédico.

Para definir una práctica de evaluación que incorpore recursos discursivos, específicamente información sobre los aspectos pragmáticos, se propone el uso del Perfil Perla (Gallardo, 2007). Otro recurso que puede ser útil al momento de valorar las características de la conversación es el Protocolo Inicial de Conversación que permite conocer qué sabe el interlocutor habitual del adulto con TCL sobre sus habilidades para conversar y cómo valora él su propio desempeño. La información recabada puede ayudar al logopeda a definir un perfil general del intercambio y conocer el uso de estrategias no verbales, tales como los gestos. El mismo se presenta a continuación:

Protocolo de evaluación inicial de la conversación

Frecuencias

En la persona con deterioro cognitivo	1	2	3
1.- Inicia la conversación			
2.- Expresa de forma oral sus necesidades			
3.- Relata acciones recientes			
4.- Construye oraciones completas			
5.- Acompaña su expresión oral con movimientos corporales			
6.- Su expresión facial refleja de manera adecuada sus emociones			
7.- Utiliza señas o gestos para comunicarse			
8.- Puede parafrasear los mensajes del interlocutor			
9.- Es capaz de añadir información nueva en la conversación			
10.- Pierde el hilo de la conversación			

Leyenda: 1. Siempre 2. A veces 3. Nunca

Frecuencias

En el interlocutor habitual	1	2	3
1.- Se comunica de forma oral			
2.- Conversa sobre las actividades del día			
3.- Aprovecha la conversación para tratar sobre temas de la actualidad			
4.- Utiliza oraciones completas			
5.- Hace énfasis en la entonación de las frases y oraciones			
6.- Conversa cara a cara, haciendo contacto visual			
7.- Complementa los mensajes de la persona con deterioro cognitivo (agrega información)			
8.- Si no comprende al interlocutor solicita que se le repita el mensaje			
9.- Utiliza preguntas cerradas			
10.- Si la persona con deterioro cognitivo no comprende, repite el mensaje simplificando la información			

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca

La evaluación basada en el AC permite estudiar la dinámica de la comunicación entre el paciente y sus interlocutores (familiares, cuidadores, proveedores de salud) en una dimensión diferente, sin embargo, es necesario recordar que el contexto del hospital o del consultorio no permite establecer un clima donde la conversación sirva como vía

para estudiar el uso de numerosos recursos cohesivos o la coherencia del discurso en el sujeto evaluado, por lo que actualmente el uso del análisis discursivo aplicado al estudio de la conversación de la persona con TCL requiere de mayor investigación, si bien es necesario reconocer que es una herramienta que exige mayor tiempo para el logopeda al tener que valorar no sólo la conducta lingüística del adulto con TCL sino además la de sus interlocutores, como por ejemplo la de sus familiares y cuidadores.

La situación planteada representa una paradoja, pues si definimos el lenguaje como un proceso que permite la elaboración de textos para el intercambio social, la evaluación debe responder a esta consideración y evaluar eficiencia comunicativa en diferentes contextos y con diversos actores; y no quedarse en la repetición, enumeración o memorización de palabras, o en responder a preguntas en un ambiente poco natural y por lo tanto ajeno al contexto natural de intercambio lingüístico.... ¿Cómo hacer para poder compensar esta limitación?

Consideramos que una salida válida es utilizar el AC como herramienta que permita estudiar la interacción lingüística del paciente con TCL. Esta estrategia trae como consecuencia un cambio en el paradigma de la evaluación lingüística, pues de un interés en identificar el trastorno exclusivamente en el paciente, debemos orientar la acción hacia la caracterización y la explicación de la conducta lingüística de todos los actores: paciente, cuidador, familiares y por supuesto, la de los propios logopedas. Ello implica aproximarse más a los aportes de la lingüística clínica y específicamente al estudio de la conversación desde lo discursivo, considerándola como el contexto ideal de actuación de los seres humanos.

Conclusiones

Podemos concluir que estudiar los trastornos del lenguaje en el adulto mayor con trastorno cognitivo leve, remite necesariamente a lo social y a lo cultural como factores fundamentales en la creación de los actos comunicativos, en lo relacionado con los estilos de conversación y con el valor que el envejecimiento tiene en nuestra cultura. Esto lleva a reconsiderar tanto los aspectos epistemológicos, ontológicos y metodológicos en el proceso de evaluación lingüística, como vía para desarrollar una actividad más ética con estos pacientes.

Es importante señalar la necesidad de incorporar el análisis de la conversación al proceso diagnóstico en Logopedia como elemento que permita valorar la comunicación en una perspectiva funcional. Al respecto, se debe insistir en el uso de recursos de

evaluación dirigidos a establecer un diagnóstico diferencial, elemento determinante para realizar una detección temprana del trastorno cognitivo leve o de una demencia en su fase inicial, lo que permitiría iniciar el tratamiento lo antes posible. Para alcanzar este objetivo es prioritario conocer a profundidad el proceso de envejecimiento normal de la población en lo cognitivo y en lo lingüístico, como un paso previo, de manera de poder tener un índice normativo de referencia.

Se hace imperativo realizar una revisión ética de los fundamentos de la atención del adulto mayor pues numerosas dudas e interrogantes aún están presentes en este campo, especialmente en torno a la evaluación lingüística. Estas limitaciones se deben en nuestra opinión, en primer lugar, a la carga negativa que los estereotipos y prejuicios imponen en la percepción de la competencia lingüística del adulto mayor lo que hace complejo definir la norma lingüística en esta población, y en consecuencia, caracterizar con precisión “los trastornos del lenguaje” presentes en el proceso de envejecimiento patológico; y en segundo lugar, al uso de herramientas diagnósticas que no se ajustan al intercambio comunicativo que las personas ponemos en marcha en los contextos diarios de vida y en consecuencia evalúan el lenguaje como producto de hablantes ideales y no como lo que en realidad es: un proceso complejo, dinámico y dependiente de variables lingüísticas y socioculturales.

Debemos destacar que el AC del adulto mayor debe necesariamente tomar en cuenta la actividad de sus interlocutores, especialmente de aquellos más jóvenes. Por ello, los aportes de la lingüística clínica pueden ser una herramienta valiosa que ayude a comprender cómo en el intercambio comunicativo el adulto mayor, aún con queja de memoria, puede evidenciar una ejecución lingüística que le permite transmitir efectivamente información. Los resultados de este tipo de evaluación, basado en una experiencia cotidiana y construida con actores familiares, pueden servir para orientar mejor a los cuidadores y familiares de las personas con TCL y al diseño de una intervención lingüística más ética por parte de los especialistas.

Actualmente la formación profesional del logopeda enfrenta el reto de incorporar los aportes de diversas disciplinas. Más allá de los contenidos tradicionales en anatomía, fisiología, neurología, psicología y lingüística, se hace necesario profundizar en lingüística clínica, en geriatría y gerontología, para poder diseñar adecuados programas de atención integral del adulto mayor, con un énfasis preventivo y de potenciación del desarrollo lingüístico de ese colectivo.

Referencias

- Árraga, M., y Sánchez, M. (2007). *Orientación gerontológica. Desarrollo humano y calidad de vida en la vejez*. Maracaibo: Colección Textos Universitarios de la Universidad del Zulia.
- Atchley, R. (1991). *The Social Forces in Later Life: An Introduction to Social Gerontology*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Brauner, D., y Merel, S. (2006). How a model base on linguistic theory can improve the assessment of decision-making for persons with dementia. *The Journal of Clinical Ethics*, 17(2), 139-148.
- Coupland, N., Coupland., J y Giles, H. (1991). *Language, society and the elderly*. Blackwell: USA.
- Gallardo, B. (1998). *Comentario de textos conversacionales; De la teoría al comentario*. Madrid: Arco Libros.
- Gallardo, B. (2007). *Pragmática para logopedas*. Valencia: Publicaciones de La Universidad de Valencia.
- García, J. (2003). *Bioética y personas mayores*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 4. Fecha de consulta: Junio de 2006. <http://www.insersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>.
- Gómez, J.F., y Curcio, C.L. (2002). *Valoración integral de la salud del anciano*. Manizales: Gráficas Tizan.
- Grice, P. (1975). Lógica y conversación. En L. Valdés (ed.), *La búsqueda del significado*, (pp. 511-530). Madrid: Tecnos.
- Hamilton, H.E. (1994). *Conversations with an Alzheimer's Patient: An interactional sociolinguistic study*. Cambridge: Canbridge University Press.
- Hernández, C., y Gallardo, B. (2009). *Lenguaje conversacional y evaluación de la afasia: Sobre explotación de los datos en el corpus PerLa (Percepción, lenguaje y afasia)*, XXXVIII Simposio Internacional de la Sociedad Española de Lingüística, Madrid, Febrero de 2009.
- Jaramillo, J. (2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. *Acta Neurológica Colombiana*, 26 (3), 101-111.
- Juncos, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento: Bases para la intervención*. Barcelona: Masson.
- Labos, E., Del Río, M., y Zabala, K. (2009). Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 1-13.

- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología*. Barcelona: Herder.
- Ludi, M.C. (2005). *Envejecer en un contexto de (des)protección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- MacKay, A.P. (2007). Linguagem nas Demências. En A.P. MacKay, V. Asensio-Ferreira., y T. Ferri-Ferreira (Eds.), *Afásias e Demências. Avaliação e Tratamento Fonoaudiológico*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Moreno, V. (2010). *La evaluación pragmática en Afasia. Estudios de Lingüística Clínica*. Valencia: Universitat de València.
- Orange, J.B., Lubinski, R., y Higginbotham. (1996). Conversational repair by individuals with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Speech and Hearing Research, 39*, 881-895.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental. Informe Compendiado. Ginebra. 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). Guía para la atención primaria de las personas mayores, Promoción de la Salud y Envejecimiento Activo. Serie Materiales de Capacitación N° 1, 4ª Edición, extraído el 24 de marzo de 2009 desde http://www.almageriatria.org/guia_clinica.htm
- Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine, 256*, 183-194.
- Pietrosemoli, L. (2007). Análisis del discurso en poblaciones especiales: la conversación con afásicos. En A. Bolívar (Ed.), *Análisis del discurso. Por qué y para qué*. Caracas: Los Libros de El Nacional.
- Quino. (2005). *10 años con Mafalda*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Ripich, D.N., y Terrell, B.Y. (1988). Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 53*, 8-15.
- Sabat, S. (2001). *The experience of alzheimer's disease: Life through a tangled veil*. Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.
- Sánchez, C. (2005). *Gerontología social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Schiffrin, D. (1997). *Approaches to Discourse*. Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.
- Speling, R., Aisen, P., Beckett, B., Bennett, D., Craft, S., Fagan, A. (en prensa). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer & Dementia*

- Skliar, C. (2005). *¿Y si el otro no estuviera ahí?* Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Tubero, A.L. (1999). A linguagem do envelhecer: Saúde e Doença. *Distúrbios da Comunicação*, 10(2), 54-70.
- Tuson, A. (1997). *Análisis de la conversación*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Valles, B. (2006). La cohesión y la coherencia en la conversación del paciente con demencia: un estudio discursivo. *Revista de Geriátrica Asociación Colombiana de Geriátrica y Gerontología*, 20(1), 881-887.
- Valles, B. (2008). Retos, perspectivas y consideraciones éticas en torno a la evaluación del lenguaje en la persona con demencia. *Journal de la Asociación Brasileira de Fonoaudiología*, 13(1), 89-96.
- Valles, B. (2010). A discourse analysis of Alzheimer-type dementia in personal conversations. En D. Koike y L. Rodríguez-Alfano (eds.), *Dialogue in Spanish: Studies in functions and contexts* (pp.221-236). Amsterdam: John Benjamin.