

Cuando la cohesión es una tarea conjunta: uso de ítemes referenciales e interpersonales en paciente con demencia tipo Alzheimer, un estudio de caso

Lina Grasso¹ y María Luisa Silva^{2,3}

¹ Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires

² Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental

³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Resumen

Uno de los rasgos que comúnmente se asignan a los pacientes que padecen de Demencia de Tipo Alzheimer (DTA) es la dificultad para establecer interacciones lingüísticas eficaces, en virtud de que su lenguaje se encuentra empobrecido y ante la dificultad que supone para un hablante no acceder a ciertos ítemes lingüísticos. De esta forma se describen como conductas reparadoras o de enmascaramiento los usos de términos con los que el paciente solicita la colaboración de su contraparte para proseguir con el intercambio comunicativo. Según Halliday muchos de estos usos redireccionarían el tópico desde el eje referencial al eje interpersonal. En este trabajo se analizan y comparan las menciones cohesivas referenciales y las de carácter interpersonal producidas por un sujeto diagnosticado con DTA y las producidas por un sujeto equiparable en edad, caracterizado como de envejecimiento normal, producidas ante una tarea de definición de categorías semánticas. Se contrasta la frecuencia y la dinámica de las menciones referenciales pues son las que tradicionalmente se han reconocido como deficitarias y la frecuencia y dinámica de las interpersonales porque no resultaba esperable la inserción de dichas menciones en este tipo de tarea. Por otro lado se interpreta la aparición de estos ítemes, siguiendo a Silva, como una evidencia de que en los procesos de pérdida de funciones cognitivo-lingüísticas se observa una “externalización” de la función de monitoreo.

Palabras clave: Alzheimer- lenguaje – cohesión - función de monitoreo

Correspondencia con los autores: linagrasso1@gmail.com

Artículo recibido: 4 de junio de 2012

Artículo aceptado: 29 de junio de 2012

Abstract

Patients with Alzheimer's disease are usually unable to have efficient linguistic interactions, given that their language is compromised. Conversational repairs are the efforts that the patient and his interlocutor make to solve the communication problems. According to Halliday, many conversational repairs redirect the topic from the core reference to the interpersonal reference. This paper compares and analyzes the cohesive and interpersonal mentions of an Alzheimer's patient and a healthy control matched in gender, and educational level. Ten animate and inanimate semantic category definitions were obtained with each participant. Five definitions belonged to the basic level, and five to their corresponding super ordinate level of the category. This paper compares the frequencies and the dynamic of the referential mentions with the frequency and dynamics of the interpersonal mentions because these are not likely to appear in this kind of task. The presence of this items, support Silva who explains that an externalization of the monitoring function takes place in the deterioration process of cognitive-linguistic functions..

Key words: Alzheimer's Disease – Language – Cohesion - Monitoring function

1. Introducción

La Enfermedad de Alzheimer es una de las formas de demencia más comunes en la población mayor (Huff 1990). Este síndrome afecta progresivamente múltiples funciones cognitivas como la memoria, las habilidades del lenguaje, praxias / percepción visoespacial y funciones ejecutivas. Estos déficits causan un deterioro global y progresivo que disminuye las posibilidades de competencia social y ocupacional de la persona, llevándolo a la demencia (DSM IV TR; American Psychiatric Association 1994).

Los trabajos coinciden que en el síndrome de demencia tipo Alzheimer (DTA) uno de los síntomas más evidentes del deterioro cognitivo es el deterioro lingüístico y que en términos generales el discurso conversacional de los pacientes con DTA puede describirse como confuso e incoherente (Apell, Kertesz y Fishman 1982; Ripich y Terrell 1988; Bourgeois 1993). Asimismo los resultados de investigaciones evidencian que en el DTA se mantienen relativamente intactas la sintaxis y la fonología y que los déficits en los aspectos motores del lenguaje (control de la fonación, disartria) aunque pueden estar presentes en los estadios leves y moderados (Croot, Hodges, Xuereb y Patterson 2000) se tornan frecuentes en los últimos estadios de la enfermedad (Kempler 1995). El mayor deterioro se observa en las habilidades semánticas y se refleja en la coherencia y la cohesión del discurso. En efecto los pacientes con DTA padecen de anomias frecuentes, su léxico es

paupérrimo, sustituyen frecuentemente con términos de bajo contenido léxico (“cosa”, “eso”, “algo”), omiten la mención de referentes, eliden fragmentos de información y tienen graves dificultades con la mención de términos que refieren a conceptos abstractos aunque su habla resulte fluida (Nicholas, Obler, Albert y Helm-Estabrooks 1985; Ripich y Terrell 1988; Bourgeois 1993; Moreno Toledo 2011). Estos rasgos han llevado a caracterizar al habla de los pacientes con DTA “habla vacía” (ver revisión de las diferentes hipótesis acerca de este fenómeno en Landi, 2007: 31-40).

Aunque han recibido mayor tratamiento los fenómenos de producción lingüística, los aspectos deficitarios también se manifiestan en la comprensión, siendo este oral o escrito (Schmeiser 2011). En este aspecto las deficiencias semánticas ocasionan un deterioro mayor de la capacidad de lectura y escritura que de la capacidad de producir y comprender lenguaje oral, incluso en pacientes con grado leve de DTA (Moreno Toledo 2011).

Los déficits semánticos ocasionan un empobrecimiento de las habilidades comunicativas que llevan al paciente a un paulatino aislamiento comunicativo, incluso hasta el límite del mutismo (Moreno Toledo 2011). Asimismo se considera que este deterioro progresivo correlaciona con los grados de severidad de la enfermedad (Kempler 1995; Moreno Toledo 2011); se ha descrito incluso que a medida que la enfermedad se agrava los déficits de memoria semántica semejan la sintomatología hallada en la afasia sensorial transcortical y en los estadios finales a los de una afasia global (Schmeiser 2011).

No obstante la coincidencia de las descripciones del habla del paciente con DTA respecto a las dificultades semánticas que presentan para “hallar la palabra apropiada” se ha observado que los pacientes, en estadios leves y moderados, conservan las habilidades pragmáticas y comunicativas, es decir respetan y otorgan turnos de habla, su habla aunque digresiva conserva una cierta relevancia al tópico, pueden reparar con circunloquios los fragmentos elididos, etc. (Valles Gonzalez 2006)

En lo que atiene al discurso, y considerando la especificidad del déficit semántico, han recibido especial atención las relaciones cohesivas (Ripich y Terrell 1988).

La cohesión es una propiedad textual (Halliday 1986; De Beaugrande y Dressler 1997) definida como una relación establecida entre los elementos de un texto por la que hablantes y oyentes infieren la continuidad del discurso (Borzzone y Silva 2010). En efecto, los hablantes, al producir un discurso, introducen una serie compleja de conceptos pero sólo retoman algunos, tanto para desarrollar y dar continuidad al tópico, como para cohesionar el texto. La posibilidad de seleccionar, jerarquizar y vincular expresiones lingüísticas es una operatoria cognitiva compleja que pone de manifiesto la capacidad humana para distinguir y contrastar las entidades que son pertinentes y que, por ello, deben presentarse y mantenerse en primer plano, esto es, en foco. En este sentido se ha reconocido que la posibilidad de vincular cohesivamente los fragmentos depende, en gran medida, del dominio evolutivo de los recursos de cohesión (Chafe 1970; Chafe y Danielewicz 1987).

La relación entre los elementos puede ser de dos tipos: estructural, es decir relaciones a nivel gramatical, o a nivel léxico- semántico (Halliday y Matthiessen, 1999).

Los estudios que consideran el desempeño cohesivo en sujetos normales han identificado que tanto variables de índole evolutivo (Bamberg 1986; Aguilar 2003; Borzone y Silva 2007; Borzone y Silva 2010) así como de manejo convencional de los mecanismos (nivel de escolaridad en relación con el contacto de los sujetos con la cultura letrada) (Eme, Lacroix y Almecija 2010; Borzone, Silva y Benitez 2012) inciden en la posibilidad de que los sujetos operen adecuada y convencionalmente con los recursos cohesivos que su sistema lingüístico ofrece.

En virtud de la diferencia cualitativa entre los recursos cohesivos gramaticales y léxicos se ha postulado que el déficit semántico en los pacientes con DTA, en comparación con los adultos mayores sanos o sin deterioro cognitivo, llevaría a que en sus discursos se manifieste una mayor disrupción en la articulación de las relaciones léxicas que en la disposición de las relaciones gramaticales (Ripich y Terrell 1988).

Los trabajos que se han abocado al análisis de las relaciones de cohesión en pacientes con DTA han considerado diferentes fenómenos y formatos textuales o de interacción. Al respecto podrían discriminarse aquellos trabajos que han indagado acerca de las relaciones cohesivas en formatos de interacción conversacional de aquellos que consideran el fenómeno desde la producción de lenguaje a partir de un estímulo (generalmente la producción de narrativas en relación a la provisión de imágenes fijas).

Dentro del primer grupo Ripich y Terrell (1983) han sido pioneros al explorar las relaciones cohesivas en textos conversacionales en entrevistas de pacientes con DTA con un interlocutor sano. Compararon los usos cohesivos de estos entrevistas con datos obtenidos en registros semejantes de ocho ancianos sanos. Hallaron que los registros de interacción con pacientes con DTA presentaban “quiebres” en la cohesión: ítems cuya referencia había sido omitida, fragmentos y elementos de información elidida, errores de conjunción, de sinonimia y de hiperónimos. Los elementos frecuentemente omitidos eran los nominales, es decir los ítems referenciales (*ideacionales* en términos de Halliday 1986). No obstante, al realizar el cálculo de frecuencia de menciones y errores en relación a la cantidad de palabras de la muestra, hallaron que las disrupciones de los pacientes con DTA era de 33 % frente al 14 % de los ancianos mayores sanos; las categorías en los que observaron una diferencia mayor entre ambos grupos fueron los de ausencia de referencia anclada y en elementos léxicos perdidos. No obstante las diferencias porcentuales, no hallaron diferencias significativas entre los grupos, por lo que concluyen que el patrón cohesivo en pacientes con DTA puede ser descripto como de cambio hacia la discontinuidad más que como pérdida de elementos de cohesión.

A fin de explorar en mayor detalle el grado de variabilidad dentro de los grupos Ripich y Carpenter (2000) estudiaron el uso de recursos cohesivos en conversaciones con 60 pacientes con DTA y 47 ancianos sin síntomas de demencia. Hallaron que los

sujetos con DTA produjeron más errores referenciales que el grupo control, aunque demostraron un patrón de desempeño cohesivo semejante. Las mujeres con DTA omitieron más, tanto considerando las cláusulas como las palabras, que los sujetos normales y que los hombres con DTA. También hicieron un seguimiento longitudinal a 23 sujetos con DTA, observaron que a medida que la enfermedad se agudizaba los sujetos producían menor cantidad de enunciados cuya extensión también decrecía.

En cuanto a la calidad de la información codificada (progresión, diversidad y complejidad informativa) las investigaciones, esencialmente, se realizan a partir de la provisión de estímulos que permiten controlar estas variables.

Chapman, Ulatowska, King, Johnson y McIntire (1995) compararon el desempeño narrativo de tres grupos de 12 sujetos, uno con DTA en estadio inicial, otro de ancianos sanos y un grupo de adultos que funcionaba como control. La investigación poseía este diseño pues procuraban identificar si los déficits lingüísticos y comunicativos reportados en pacientes con DTA, en relación con los procesos que acontecen en el envejecimiento normal, podrían describirse mejor en términos de diferencia de grado o cualitativas (Ulatowska y Chapman 1991; Tomoeda y Bayles 1993). De esta forma también podrían identificar las conductas, o indicios, que posibilitarían el diagnóstico temprano del síndrome. En este sentido estudios previos (Nicholas *et al.* 1985; Ulatowska, Allard, Donnell, Bristow, Haynes y Flower 2000) consideran como rasgos posibles las dificultades para el hallazgo de referentes adecuados, la reducción del contenido informativo y tendencia a la digresión. La prueba consistía en el pedido de elaboración y producción de una narrativa a partir de estímulos provistos en imágenes fijas. Para el análisis consideraron el grado de elaboración de la narrativa, el tipo de información proporcionada, la cantidad y frecuencia de usos cohesivos inadecuados y la presentación de ambigüedades referenciales.

Estos autores, hallaron diferencias cualitativas entre los tres grupos de sujetos, la diferencia fundamental fue que los pacientes con DTA tendían más a omitir información central, especialmente la de eventos que requieren inferencias, y también presentaban serias dificultades para organizar y secuenciar información. Para el análisis adoptaron el modelo de (Goffman 1974), que considera las secuencias narrativas en términos de marcos de interacción social (*frames*).

En cuanto a los usos cohesivos hallaron que el uso de pronombre y la cantidad de errores pronominales no difería significativamente entre los grupos. Observaron también que en cada grupo existía un grado de variabilidad inter-sujeto considerable.

En lo que respecta a la interpretación de los resultados Chapman y cols. (1995) consideran que las dificultades en la asignación de marcos pueden estar ocasionados por problemas de la memoria de trabajo en la instancia de integrar información cuando se retira la imagen que sirve de estímulo para la producción narrativa, aunque no descartan la manifestación de déficits atencionales.

Por otro lado investigaciones cuyo objeto de estudio han sido otros fenómenos lingüísticos y discursivos, o que han indagado acerca de la efectividad de intervenciones cognitivo-lingüísticas también brindan información acerca del estatuto

informativo y de las estrategias cohesivas en pacientes con DTA.

Así por ejemplo Valles (2006) analiza y compara, en situaciones conversacionales, la frecuencia de uso de reparaciones (Schegloff 1979) en el paciente con DTA y en su interlocutor. Observa que ambos participantes emplean auto y hetero-reparaciones (Schegloff, Jefferson y Sacks 1977) para resolver problemas de cohesión discursiva. En general la actividad del paciente fue menor que la de su interlocutor. Por otro lado se observa el empleo de distintos tipos de reparaciones conversacionales. Mientras que el paciente con DTA hacía uso de auto-reparaciones su interlocutor sano hacía uso de lo que Valles (2006) denomina reparaciones indirectas, es decir circunloquios y actos de habla indirectos que permitían que el paciente con DTA iniciara correcciones o “solicitaba” habilitación para corregir el habla del paciente con DTA. Por otro lado el análisis de los tipos de intercambios le permite suponer que los pacientes con DTA presentan mayor degradación y interrupción de los patrones de cohesión que lo que acontece en el discurso de sujetos con envejecimiento normal.

También, desde una perspectiva discursiva Duong, Tardif y Ska (2003) estudiaron los comentarios que sobre su propio desempeño comunicativo realizan los pacientes con DTA; a este tipo de discurso se lo denomina “discurso modalizador” (*discours modalisateur*), (Nespoulos 1980). Exploran la frecuencia de este tipo de discurso, sus características y su evolución en pacientes con DTA. Comparan la proporción de expresiones de discurso modalizador en relación con la cantidad de expresiones referenciales y el porcentaje de ideas repetidas en 5 pacientes con DTA y 27 sujetos sin síntoma de demencia comparables a los pacientes por edad y nivel educativo. La prueba consistió en la producción de una narrativa a partir de una imagen en 5 sesiones de toma consecutivas. Los resultados evidencian que los pacientes con DTA presentan mayores proporciones de discurso modalizador que los sujetos del grupo control; no obstante esta proporción tendía a disminuir conforme la sucesión de sesiones. Por otro lado hallaron también que los pacientes con DTA tendían a producir con mayor frecuencia ideas repetidas en todas las sesiones. Duong y cols. (2003) consideran que la presencia frecuente de *discurso modalizador* es una conducta comunicativa que puede resultar descriptiva del desempeño comunicativo de pacientes con DTA y por ende es un candidato para ser indicador temprano del síndrome.

Finalmente cabe mencionar el trabajo de Smith, Chenery y Murdoch (1989) quienes indagaron las habilidades semánticas en 18 pacientes con DTA a partir de tareas que involucraban la descripción de imágenes. Compararon el desempeño de estos pacientes con el de un grupo de sujetos sin alteración neurológica, institucionalizados y comparables por edad, sexo y nivel educativo. Durante la descripción los pacientes con DTA demostraron que podían ofrecer tanta información sobre las imágenes como los sujetos que sirvieron de control, aunque esta información fue mucho más concisa. También observaron que los pacientes requerían más tiempo para producir discurso y hacían uso de mayor cantidad de sílabas para comunicar la misma cantidad de información que los sujetos de la muestra control.

En síntesis, a diferencia de lo que ocurre en los discursos de pacientes con lesiones cerebrales, cuyo discursos presentan patrones de cohesión anómalos (Mentis y Prutting 1987) los discursos de pacientes con DTA presentan patrones de cohesión semejantes a los de los discursos de los sujetos sin trastornos cognitivos, aunque, en la medida en que sus enunciados resultan léxicamente escuetos, la frecuencia de uso de los mecanismos de cohesión léxica declina, declinación que se torna más ostensible en relación al agravamiento del DTA.

No obstante la creciente preocupación por estudiar el lenguaje de los enfermos de Alzheimer desde perspectivas que consideren en mayor medida su capacidad comunicativa consideramos que, de alguna u otra forma, se ha hecho énfasis en los aspectos deficitarios más que en los aspectos por los que los sujetos procuran remediar las falencias comunicativas de las que son, de alguna forma, conscientes. En efecto Schmeiser (2011) señala que las baterías neuropsicológicas no logran “aprehender” con sutileza ciertas conductas comunicativas, tanto en producción como en comprensión, en pacientes con DTA, aunque existen esfuerzos que tratan de remediarlo.

En este trabajo se analiza cómo al estructurar definiciones, en las que deberían primar relaciones de cohesión referencial (Halliday 1986; Halliday y Mathiessen 1999) los sujetos diagnosticados con un grado moderado de Alzheimer y sujetos que no presentan ningún tipo de alteración neurológica incluyen, además de las menciones de cohesión referencial, como en un sistema en el que se equilibran aspectos (García 1988), menciones interpersonales a los fines de monitorear la continuidad y pertinencia discursiva.

2. Método

Participantes

A. es una mujer argentina que reside en la ciudad de Buenos Aires, de 67 años, casada, y que pertenece a un nivel socio-económico medio. Cursó y completó estudios primarios en el interior del país. Fue diagnosticada con Demencia de tipo Alzheimer hace aproximadamente 3 años y desde entonces se encuentra en tratamiento neurológico. Al momento de la evaluación, se encontraba en una fase moderada de la enfermedad (CDR=2), con un marcado déficit en la memoria episódica con repercusiones significativas en las actividades de la vida diaria. Presentó un rendimiento deficitario en los tests neurocognitivos: en el *Mini Mental State*, obtuvo 13/30. La memoria episódica, al momento de la evaluación presentó un puntaje (índice) deficitario de 56/100 en la escala de memoria verbal de la *Wechsler Memory Scale- Revised* (WMS-R). De la misma manera el rendimiento fue deficitario en las escalas del factor de Atención Concentración de la WMS-R (50/100) y en las habilidades viso constructivas evaluadas mediante la copia de la Figura Compleja de Rey (percentil < 1). Mediante la Batería de Evaluación de memoria semántica en Alzheimer EMSDA (Peraíta, González-Labra, Sánchez Bernardos y Galeote 2000;

Grasso y Peraita 2011) se observó que la paciente presentó un rendimiento deficitario en tareas de comprensión (analogías semánticas, z score: -3; emparejamiento de palabra oída / dibujo: z score: -3) y en tareas de producción (fluidez verbal de categorías z: -2,4; definición de categorías semánticas y denominación de dibujos (-2).

El sujeto control, D. es una mujer de 78 años, argentina, que reside en el Partido de Ituzaingó, que pertenece a un nivel socioeconómico medio y posee estudios primarios completos. No ha registrado en su biografía problemas cognitivos, ni de índole lingüístico.

Ambos sujetos son hablantes de español como lengua materna.

Procedimiento y materiales

Para el presente análisis se consideraron los resultados obtenidos mediante la tarea de Definición de Categorías semánticas obtenidas del Corpus lingüístico de definiciones de categorías semánticas de personas mayores sanas y con la enfermedad de Alzheimer (Peraita y Grasso 2010).

Es una prueba verbal y consiste en una tarea de producción oral libre, con restricción temporal de dos minutos. Mediante ella se evalúa el conocimiento semántico que el sujeto posee de una serie de categorías a través de su capacidad para dar una definición conceptual “lo más completa posible” de determinadas categorías semánticas. La definición conceptual se refiere a una producción verbal que contiene elementos o componentes conceptuales (atributos o características) referidos a diferentes aspectos del significado de las categorías (Peraita 1992).

Si bien esta tarea fue diseñada para analizar procesos de categorización y los rasgos que las componen, es decir la calidad del contenido informativo desde un enfoque composicional del léxico; para el análisis realizado en el presente trabajo se utilizó como dispositivo para considerar la expresión del deterioro de mecanismos cohesivos, en la medida que en la tarea se espera la producción de un discurso de determinada clase textual (“definición”), coherente y cohesivo.

Las categorías seleccionadas consideradas han sido dos de seres vivientes –*fruta y animal* - y tres de objetos inanimados o artefactos –*vehículo, mueble y ropa*-

También se incorporaron datos procedentes de una evaluación más extensa de la memoria semántica, y se incorporaron los textos producidos ante la tarea de definición de categorías supraordenadas de los ítems incluidos en la Batería EMSDA.

Se consideraron las siguientes menciones cohesivas referenciales en las definiciones de cada sujeto: repeticiones, sinónimos/ expresiones alternativas, hiperónimos, ítems subordinados² y menciones conceptuales relacionadas, mecanismos de cohesión estructural (pronombres) y menciones interpersonales. Se

²En este caso se analizaron los ítems cuando la entrada léxica lo permitiera, así por ejemplo para el caso de la definición de *Fruta* se consideraron diferentes tipos de fruta-*manzana, uva, pera, etc.*- y como hiperónimos las menciones generales (*cosa*, por ejemplo).

consideraron para el contraste del análisis, es decir la evaluación de la adecuación (o no) de las menciones cohesivas referenciales, las definiciones léxicas ofrecidas por el diccionario (DRAE, 2001).

Se consideraron menciones interpersonales las expresiones en las que el sujeto a través de mecanismos léxicos y/o gramaticales (por ejemplo el uso de la modalidad interrogativa) hacen referencia en su discurso a la relación yo-tú (por ej. “*otra cosa del perro, ¿Cómo podría decirlo³?*”).

Se calculó la frecuencia total de recursos cohesivos en las definiciones de cada sujeto para cada categoría y la frecuencia en relación a la cantidad de palabras. Cabe señalar que el uso de mecanismos supraordenados (hiperónimos) y subordinados (hipónimos), depende del tipo de categoría que se analiza; en algunos casos es esperable que presenten una frecuencia muy baja o casi inexistente; así por ejemplo es usual que un sujeto utilice escasamente hiperónimos cuando define el concepto “fruta”.

3. Resultados

Los resultados del análisis, en una primera instancia parecerían corroborar las características del desempeño cohesivo en el discurso de los pacientes con DTA descriptas en la literatura. En efecto en la tabla 1 pueden compararse la cantidad de menciones cohesivas y la cantidad de palabras del sujeto control y del sujeto con DTA.

Tabla 1. Frecuencia de palabras y menciones cohesivas obtenidas para el paciente con DTA y control

	Control	DTA	Total
Palabras	1281	699	1980
Menciones	213	169	382
Total			2362

Si observamos la Tabla 1, podremos considerar, en primera instancia, comparando la cantidad de palabras y de menciones cohesivas que se observa que el discurso del paciente con DTA es más lacónico y presenta menor cantidad de menciones cohesivas que el sujeto control. Esta diferencia se observa si se calcula la proporción de palabras por menciones cohesivas; para el sujeto control ese índice es de 6 y para el sujeto con DTA 4.

³En cursiva se incluyen las menciones de los sujetos, subrayado el ítem al que se hace alusión en el análisis.

Con el objeto de explorar si la hipótesis acerca de la diferencia en afectación del déficit semántico, incidía también en la organización discursiva, se consideró la frecuencia de ítems cohesivos en relación al diferente categorías nivel de generalidad de los conceptos a definir (básicas y supraordenadas); se estimó la frecuencia y proporción de menciones cohesivas para cada sujeto atendiendo a esa diferencia semántica.

Si bien, la paciente con DTA tiene una frecuencia menor de menciones cohesivas en los dos niveles de la categoría, el sujeto control presentó mayor frecuencia de menciones en las categorías básicas (Tabla 2). La frecuencia se ha graficado también en la Fig. 1

Tabla 2. Frecuencia y proporción de menciones de mecanismos cohesivos en función del nivel de la categoría (básica y supraordenada)

	Control f (%)	DTA f (%)
Menciones en Categorías Básicas	114 (54%)	85 (50%)
Menciones en Categorías Supraordenadas	99 (46%)	84 (50%)
Total menciones	213 (100%)	169 (100%)

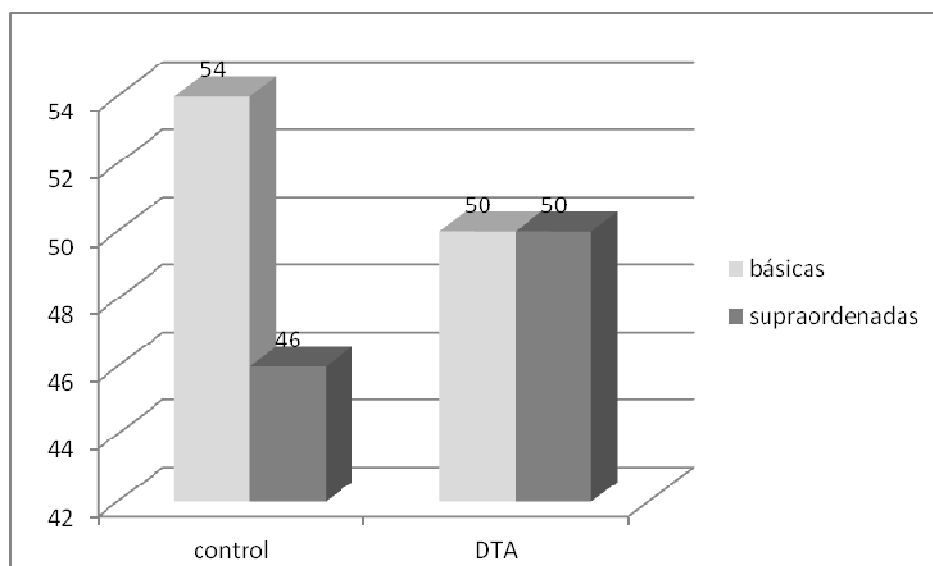


Figura 1. Proporción de menciones de mecanismos cohesivos en función del nivel de la

categoría (básica y supraordenada)

Se observó en el caso de la paciente con DTA que, del total de menciones (N=169), el 50% correspondieron a definiciones del nivel básico y otro 50 % al del nivel supraordenado (Fig. 1). Comparando este perfil de rendimiento con el del control sin deterioro cognitivo, se observa una leve diferencia: si bien el total de menciones observadas es mayor (N=213) lo que resulta llamativo es la distribución desigual; en el caso del sujeto control el 54% de las menciones corresponde a las definiciones de nivel básico y 46 % a las categorías de nivel supraordenado (ver Tabla 2).

Posteriormente y, atendiendo también a la hipótesis del déficit semántico léxico en pacientes con DTA, se presenta la frecuencia de los diferentes mecanismos de cohesión léxica: repetición, sinonimia, hiperonimia y menciones conceptualmente relacionadas (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia y proporción de menciones de mecanismos de cohesión léxica

	DTA		control	
	F	%	f	%
Repetición	17	19	20	15
Sinonimia	10	11	16	12
Hiperonimia	1	1	7	5
Subordinado	38	42	33	25
Menciones conceptualmente relacionadas	25	27	56	42
Total de menciones	91	100	132	100

Se observa que la paciente con DTA presentó menor cantidad de menciones de cohesión léxica, aunque la distribución porcentual de algunas categorías presenta leves diferencias (por ejemplo en el caso de la repetición el paciente con DTA presenta un 19 % de usos mientras que el sujeto control 15 %) y otras no parecería variar en demasía (por ejemplo en el caso del uso de la sinonimia el paciente de DTA registra un 11% del total de menciones y el sujeto control un 12 %). No obstante resulta particularmente llamativo la desigual distribución de dos categorías: menciones subordinadas y menciones conceptualmente relacionadas. En efecto el paciente con DTA presenta una concentración de usos cohesivos con menciones subordinadas (42%) y un uso menor de conceptos relacionados (27%), en tanto en el sujeto control esta tendencia resulta inversamente proporcional (25% de menciones de ítems subordinados y 42 % de menciones conceptualmente relacionadas).

Mediante el análisis de la frecuencia de los mecanismos de cohesión léxica referenciales y el subsistema interpersonal, se observó que existían algunas diferencias en la composición del perfil del paciente con DTA y el control sin deterioro (ver Figura 2).

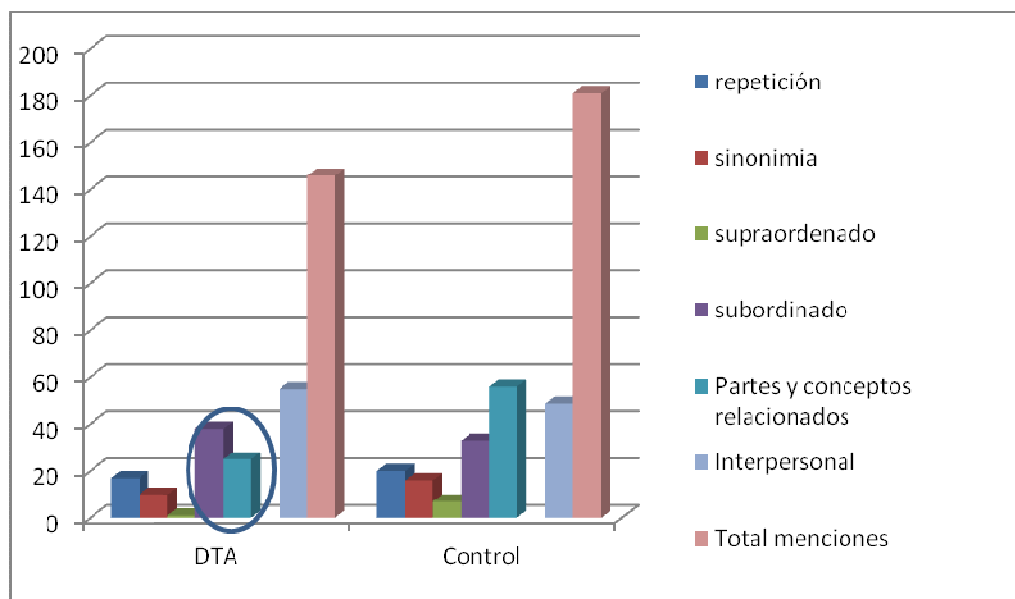


Figura 2. Frecuencia de menciones mecanismos cohesivos de referencia léxica y del subsistema interpersonal

Se puede observar la proporción de los mecanismos de repetición y sinonimia es similar a la del sujeto sin deterioro cognitivo. La paciente con DTA presentó una proporción significativamente menor de hiperónimos (1:4). Por otra parte resulta llamativo un rendimiento disociado entre frecuencia de menciones subordinadas y de conceptos relacionados (Figura 2).

Para comparar el uso de las menciones del sistema cohesivo no-lexical, analizamos la frecuencia y proporción de mecanismos de cohesión pronominal y de las menciones interpersonales (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia y proporción de menciones de mecanismos de cohesión no-lexical y menciones del subsistema interpersonal

	DTA		control	
	f	%	f	%
Pronombres	23	13	32	15 %

Menciones interpersonales	55	23	49	32
------------------------------	----	----	----	----

Como puede observarse las menciones cohesivas pronominales parecen presentar una frecuencia semejante en el discurso del sujeto control y del paciente con DTA. Se destaca que, proporcionalmente al total de menciones, la paciente con DTA respecto al sujeto control utilizó con más frecuencia mecanismos de mención interpersonal.

Por otro lado, con respecto al subsistema de mecanismos interpersonales, se observó que la paciente con DTA presentó una modalidad predominantemente interrogativa, generando un movimiento de apertura de búsqueda de información (1).

Por ejemplo:

(1)

Entrevistador: *Dígame todo lo que sepa del animal...*

A: *¿Del animal? Puede ser de... ¿cómo es..., la vaca..?.*

Se advierte también que si el entrevistador no hubiera participado co-construyendo la tarea, posiblemente se hubiera producido una interrupción o falencias de continuidad tópica (2).

(2)

Entrevistador: *Dígame todo lo que sepa del mueble...*

A: *¿Del mueble? Pero ¿de qué? Éste es un...escritorio.*

Entrevistador: *En general, ¿qué características tienen los muebles?, ¿en qué se parecen? ¿cuáles son las características de los muebles?*

A: *¿Qué son útiles?*

Por el contrario, las menciones interpersonales del sujeto sin deterioro cognitivo, realizan un movimiento de cierre, buscan la confirmación, el consenso. Las intervenciones del entrevistador son innecesarias, son gestos de asentimiento, de validación, ya que hay una suposición de conocimiento compartido (Rogoff & Toma, 1997) y por eso puede seguir el relato. (3)

(3)

C: *...Porque no es la misma ropa la que usa una Coya, que la que usa una porteña por ejemplo, es distinta, y es ropa toda ¿no?.*

Cabe señalar que en el paciente con DTA se observó un error de mención de ítem subordinado, dentro de la definición de la categoría básica "Coche" (4):

(4)

Entrevistador: *Dígame todo lo que sepa del coche*

A: *¿De los trabajos...? El camión puede cargar... "*

Finalmente se observa que, tanto el discurso de la paciente con DTA como el de

sujeto control, presentan serias dificultades en cuanto a la conformación de un texto canónico dentro del género explicativo -dificultad para construir una posición objetiva, progresión tópica, etc.-, posiblemente esto se deba a que dicha clase textual posee regulaciones convencionales que se aprenden en la medida que se frecuentan, es decir es una clase de discurso “letrado”. No obstante en el caso de la paciente con DTA esta dificultad resulta más evidente en la medida en que su discurso es más lacónico, presenta más quiebres de fluidez y más espacios de interacción dialógica.

Asimismo en el discurso de la paciente con DTA resulta especialmente marcada la mención de instancias experienciales anecdóticas de escasa pertinencia respecto a la tarea con el objeto. Así por ejemplo la paciente al definir “coche” enuncia: “mi nieto tiene el coche y yo lo estoy mirando siempre y ahora me olvido”; “mi nieta tiene un coche de los nuevos, de los que... los sillones son lindos...”. Esta situación no se observó en el sujeto de control.

4. Discusión

La tarea de definir supone un proceso de activación selectiva de un conjunto de nodos relacionados semántica, funcional, categorialmente al referente presentado a definir. La tarea de definir, entonces, apela al conocimiento semántico y en la medida que la memoria semántica se encuentra comprometida en los pacientes con DTA, esta tarea junto con la denominación, la fluidez categorial y la verificación (y o mención) de atributos semánticos integran buena parte de las baterías de evaluación (Llorente-Vizcaino y Cejudo-Bolivar 2001; Schmeiser 2011).

Varios modelos especulan acerca de los tipos de afectación semántica en los pacientes con DTA. Collins y Quillian (1993, citado en Llorente-Vizcaino y Cejudo-Bolivar 2001: 1168), a partir del planteo de jerarquías conceptuales y en relaciones de inclusión, explicaría que los aspectos conceptualmente distintivos (o subordinados) puedan ser más vulnerables que los aspectos generales. En cambio en el modelo de *Redes distribuidas* (Rummelhart, Hinton y Williams 1992) los conceptos residen en patrones únicos de activación. Así, la degradación de la memoria semántica podría explicarse más porque todas las categorías comparten características o unidades comunes que por las características específicas de ejemplos individuales.

En este sentido, consideramos el análisis del uso de los mecanismos de cohesión articulados en la tarea de definir nos permite inferir ciertas características de los procesos de activación, es decir podemos suponer que aquellos nodos que se han encontrado en un nivel de activación mayor serán los que en el discurso presentarán relaciones cohesivas más adecuadas y convencionales.

Para describir los problemas de lenguaje y el discurso que se manifiestan en el DTA, se han estudiado las habilidades lingüísticas, en relación a los niveles de análisis que se encuentran comprometidos y, preeminentemente, desde el punto de vista de la lingüística estructural (ver revisión crítica de este aspecto en Landi 2007).

Como hemos señalado en los antecedentes las investigaciones en el área, en general han considerado los fenómenos cohesivos en pacientes con demencia desde una perspectiva aislada, considerando el uso de los recursos cohesivos a partir de la presencia/ ausencia de usos adecuados perdiendo de vista el hecho de que los usos cohesivos forman parte de un entramado por el cual el sujeto construye la coherencia a su discurso (De Beaugrande y Dressler 1997; Halliday y Matthiessen 1999). En este sentido pese que se reconoce explícitamente que la cohesión léxica puede verse más comprometida que la cohesión estructural en los pacientes con DTA, en tanto se encuentra vinculada al déficit semántico que los sujetos con DTA padecen no se observan en las investigaciones esfuerzos por profundizar la descripción e investigación de las particularidades de estos desempeños, en identificar las causas de esta conducta deficitaria o en aunar las observaciones realizadas con pacientes con DTA para construir una teoría del procesamiento semántico y de la coherencia discursiva en la que puedan confluír no solo los aportes de la psicolingüística de la conducta patológica, sino también los aportes de la psicolingüística de desarrollo, de la neurolingüística y las simulaciones computacionales.

Los resultados de la presente investigación evidencian que resulta inexacto describir la conducta del sujeto con DTA, en comparación con la del sujeto control, meramente en términos de conducta deficitaria; pues ambos presentan perfiles semejantes de rendimiento. Lo que se halla es que en realidad existen diferencias cualitativas respecto de la función que cumplen las menciones en cada uno de los discursos. En efecto se observa una proporción semejante de mecanismos de cohesión léxica en ambos sujetos, pese a que lo esperable es que en el paciente con DTA los mecanismos de cohesión léxica escaseen.

No obstante se observa que las repeticiones y las menciones interpersonales presentan en ambos participantes una proporción semejante. Sin embargo el análisis cualitativo nos permitió apreciar las diferencias funcionales que las menciones cohesivas actualizan. Las menciones interpersonales del sujeto con DTA evidenciarían un proceso inverso al de internalización de la función de monitoreo (Silva 2007): una externalización; es decir, el sujeto con DTA en tanto hablante, cede el control del intercambio. Las menciones del paciente con DTA demuestran que el paciente tiende a solicitar colaboración o busca corroborar la adecuación de las relaciones conceptuales que presenta, evidenciando que el sujeto reconoce la existencia de un prototipo. En cambio el sujeto sano realiza menciones interpersonales confirmatorias dando cuenta de la presencia de un prototipo conceptual en la categoría que organiza las menciones y estructura el discurso. Es decir, las menciones interpersonales, pese a presentar diferentes funciones pragmáticas permiten inferir que en ambos sujetos se manifiesta el reconocimiento de un prototipo conceptual, pero en el sujeto con DTA es una presencia “erosionada”.

A partir de la identificación de esta presencia conceptual “erosionada” es donde resulta pertinente realizar la pregunta acerca de cuál es la teoría semántica que puede comprender y explicar mejor los diferentes aspectos y la naturaleza del déficit semántico en estos pacientes. En otros términos: ¿cuál es el contenido semántico que

se pierde en los pacientes con DTA? Y, por otro lado, ¿cómo explicar la gradualidad de estas pérdidas y la información que se conserva?

En este sentido consideramos que los resultados de este trabajo pueden resultar orientativos al respecto. Si analizamos comparativamente las repeticiones y su funcionamiento en las definiciones observamos que las repeticiones del sujeto sano se encuentran insertas en enunciados aseverativos, son enfáticas, el sujeto identifica claramente cuál es el organizador de la categoría y explicita en el discurso esa organización. Las repeticiones del sujeto con DTA en cambio se encuentran en enunciados interrogativos, evidencian que el sujeto duda acerca del estatuto de las mismas.

Es decir tanto la dificultad de los pacientes con DTA para cohesionar discursivamente a partir del establecimiento de relaciones temáticas, la conservación de relaciones cohesivas gramaticales (Ripich y Terrell 1988), el uso de menciones interpersonales (*discurso modalizador*, (Nespoulos 1980), fenómenos ya descriptos en la literatura (Apell, Kertesz y Fishman 1982; Chapman *et al.* 1995; Kempler 1995; Duong *et al.* 2003; Landi 2007) nos lleva a pensar que es posible ofrecer una explicación integrada a todo este grupo de fenómenos desde la teoría de los prototipos. El prototipo, mejor ejemplar de la categoría, es un concepto elaborado a partir de la experiencia, es decir de contenidos guardados en la memoria episódica y posee un grupo de rasgos o atributos. Ahora en la medida que la experiencia organizada en la memoria episódica es más variada y compleja, la organización del sistema conceptual se precisa: se organizan taxonomías, se configuran distancias conceptuales (Rosch 1978; Rosch, Thompson y Varela 1993). Apelando a una metáfora podríamos suponer que la organización del sistema conceptual se asemeja a un paisaje en el que los prototipos se asemejan a los picos de las montañas y a su alrededor, en las laderas y en los valles se organizan los conceptos que resultan periféricos. Así, en los pacientes con DTA, en la medida que el acceso a la memoria episódica se dificulta, el espacio conceptual paulatinamente se “aplana”; retomando la metáfora del paisaje montañoso, los prototipos ya no se encuentran en lugares elevados, se han erosionado, lo que ayer fueron montañas son en la mente del paciente un paisaje de bardas, montañas bajas, desgastadas. Y siguiendo la metáfora lo que en el paisaje montañoso resultaba variado y complejo: diversidad de alturas, diversidad de climas, diversidad de vegetación se torna en el paisaje de bardas en una monotonía, en un aplanamiento de una compleja variedad. El “aplanamiento” de las diferencias conceptuales conllevaría, entonces, a una serie de correlatos no solo en la organización conceptual sino también en la organización discursiva y en la configuración de conductas comunicativas. Desde esta perspectiva resulta entonces claro el por qué el uso en las terapias de recursos que apelan a la memoria autobiográfica del paciente repercuten en un incremento del desempeño comunicativo (Bourgeois 1993). Estos recursos enfatizan el movimiento que constituyó los prototipos de la categoría. Por otro lado, este efecto también resulta evidente en el propio discurso de los pacientes con DTA, y que resulta descripto en la mayor parte de las investigaciones: la excesiva contextualización del conocimiento conceptual, o

en otros términos la dificultad de representar conceptos en términos abstractos. Desde la teoría de prototipos se considera que el prototipo tiene la posibilidad de organizar mejor la categoría en la medida que se deslinda de su funcionamiento contextual (Rosch 1978) es decir en la medida que puede funcionar de manera abstracta. La dificultad de abstraer en los pacientes con DTA es un síntoma más del aplanamiento conceptual, el prototipo se fusiona con los otros miembros de la categoría, se ancla en el contexto que le dio origen.

5. Conclusiones

En este trabajo hemos procurado a partir de los resultados de la investigación, bosquejar una explicación de las dificultades en articulación de las relaciones cohesivas que se observa en los pacientes con DTA atendiendo a los procesos de déficit de la memoria semántica, procurando de esta forma construir una explicación integrada de algunos de los variados síntomas lingüísticos que acontecen a los pacientes afectados con este síndrome.

Asimismo consideramos de suma importancia proseguir con investigaciones que compatibilicen los hallazgos experimentales y que, atendiendo a los usos espontáneos de los pacientes con DTA, permitan identificar cuáles son los recursos con los que los pacientes compensan sus dificultades comunicativas y, de esta manera, contribuir en el diseño de terapias que les permitan mejorar no solo su desempeño lingüístico sino su calidad de vida.

Bibliografía

- Aguilar, C. (2003). Análisis de frecuencias de construcciones anafóricas en narraciones infantiles. *Estudios de Lingüística aplicada* 22 (38), 33-43.
- Apell, J., Kertesz, A. & Fishman, M. (1982). A study of language functioning in Alzheimer's patients. *Brain and Language* 17, 73-91.
- Bamberg, M. (1986). A functional approach to the acquisition of anaphoric relationships. *Linguistics* 24, 227-284.
- Borzone, A. M. & Silva, M. L. (2010). De las imágenes al texto: focalización y uso de mecanismos anafóricos en relatos de niños y jóvenes. *Summa Psicológica UST* 7 (1), 105-120.
- Borzone, A. M. & Silva, M. L. (2007). La resolución de anáforas en niños: incidencia de la causalidad implícita de los verbos. *Revista Límite. Revista de Filosofía y Psicología* 15, 100-122.
- Borzone, A. M., Silva, M. L. & Benitez, M. E. (2012). La producción de discurso narrativo en jóvenes y adultos letrados e iletrados. *ELA: Estudios de Lingüística Aplicada* 56, en prensa.

Bourgeois, M. S. (1993). Effects of memory aids on the dyadic conversations of individual with dementia. *Journal of Applied Behavior Analysis* 26, 77-87.

Chafe, W. (1970). *Meaning and the structure of language*. Chicago: Univ. of Chicago Press.

Chafe, W. & Danielewicz, J. (1987). Properties of Spoken and Written Language. In R. Horowitz, & J. Samuels. *Comprehending Oral and Written Language* (pp. 83-113). Berkeley: Academic Press.

Chapman, S. B., Ulatowska, H. K., King, K., Johnson, J. & McIntire, D. T. (1995). Discourse in Early Alzheimer's Diseases versus Advanced Normal Aging. *American Journal of Speech-Language Pathology* 4, 124-129.

Croot, K., Hodges, J., Xuereb, J. & Patterson, K. (2000). Phonological and Articulatory Impairment in Alzheimer's Disease: A Case Series. *Brain and Language* 75 (2), 277-309.

De Beaugrande, R.-A. & Dressler, W. U. (1997). *Introducción a la lingüística del texto*. Barcelona: Ariel.

Duong, A., Tardif, A. & Ska, B. (2003). Discourse about discourse: What is it and how does it progress in Alzheimer's disease? *Brain and Language* 53 (2), 177-180.

Eme, E., Lacroix, A. & Almecija, Y. (2010). Oral Narrative Skills in French Adults Who Are Functionally Illiterate: Linguistic Features and Discourse Organization. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 53, 1349-1371.

García, E. (1988). Lingüística Cartesiana o el Método del Discurso. *Lenguaje en Contexto* 1, 5-36.

Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An essay on the organization of experience*. Cambridge: Harvard University Press.

Grasso, L. & Peraita, H. (2011). *Adaptación de la batería de Evaluación de la Memoria Semántica en la Demencia de tipo Alzheimer (EMSDA) a la población de la ciudad de Buenos Aires*. *Interdisciplinaria* 28 (1), 37-56.

Halliday, M. A. (1986). *El lenguaje como semiótica social*. México: FCE.

Halliday, M. A. & Matthiessen, C. (1999). *Construing Experience through Meaning: A Language based Approach to Cognition*. London: Casell.

Huff, F. J. (1990). Language in normal aging and age- related neurological disease. In R. D. Nebes, & S. Corkin (Ed.), *Handbook in Neuropsychology* (pp. 251-264). New York: Elsevier Science.

Kempler, D. (1995). Language changes in dementia of the Alzheimer type. In R. Lubinski (Ed.), *Dementia and communication: Research and Clinical Implications* (pp. 98-114). San Diego: Singular Publishing Group.

Landi, R. (2007). "Falas vazias": Lingua, referencia e sujeito na demencia. *Tesis presentada para el título de Doctorado en Linguística Aplicada y Estudios del Lenguaje*. Sao Paulo, Brasil: Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo.

Llorente-Vizcaino, A. & Cejudo-Bolivar, J. (2001). Las memorias y la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuropsicología* 32, 1163-1172.

Mentis, M. & Prutting, C. (1987). Cohesion in the Discourse of Normal and head-Injured Adults. *Journal of Speech and Hearing Research* 30, 88-98.

Moreno Toledo, A. (2011). El lenguaje en la enfermedad de alzheimer: deterioro progresivo y proceso comunicativo. *Revista Psicología Científica.com* 13 (14).

Nespoulos, J. L. (1980). De deux comportements verbaux de base: référentiel et modalisateur. De leur dissociation dans le discours aphasique. / Two types of verbal behaviour—referential and modalizing: Their dissociation in aphasia. *Cahiers de Psychologie* 23 (3-4), 195-210.

Nicholas, M., Obler, L. K., Albert, M. & Helm-Estabrooks, N. (1985). Empty speech in Alzheimer's disease and fluent aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research* (28), 405-410.

Peraita H, Elosúa R, Linares P. (1992) *Representación de categorías naturales en niños ciegos de nacimiento*. Madrid: Trotta.

Peraita, H., González-Labra, M. J., Sánchez Bernardos, M. L. & Galeote, M. (2000). Batería de evaluación del deterioro de la memoria semántica en Alzheimer. *Psicothema* 12 (2), 192-200.

Peraita, H. & Grasso, L. (2010). Documento 3: *Corpus Lingüístico de categorías semánticas de sujetos ancianos sanos y con la enfermedad de Alzheimer: Una investigación transcultural hispano-argentina*. Publicadado por la Fundación BBVA, Bilbao: España. Disponible en www.fbbva.es

Ripich, D. N. & Carpenter, B. D. (2000). Conversational Cohesion patterns in men and Women With Alzheimer's Disease: A longitudinal Study. *International Journal of Language & Communication Disorders* 35 (1), 49-64.

Ripich, D. N. & Terrell, B. Y. (1988). Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 53, 8-14.

Rogoff, B. & Toma, C. (1997). Shared Thinking: Community and Institutional Variations. *Discourse Processes* 23 (3), 471-497.

Rosch, E. (1978). Principles of Categorization. In B. Lloyd (Ed.), *Cognition and Categorization* (pp. 27-48). New York: Hillsdale.

Rosch, E., Thompson, E., & Varela, F. (1993). *The Embodied Mind*. Massachusetts: MIT Press.

Rummelhart, D., Hinton, G. & Williams, R. (1992). *Introducción al Procesamiento Distribuido en Paralelo*. Madrid: Alianza.

Schegloff, E. (1979). The relevance of repair to syntax-for-conversation. In T. Givón, & (Ed.), *Syntax and Semantics: Discourse and Syntax* (pp. 261-286). New York: Academic Press.

Schegloff, E., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language* 53, 361-382.

Schmeiser, M. (2011). *Alzheimer's disease and language*. Munich: Grin Verlag.

Silva, M. L. (2007). Hacia una sistematización de los mecanismos de formulación en función de la teoría Sociocultural. *Estudios de Psicología* 28 (1), 33-49.

Smith, S. R., Chenery, H. J. & Murdoch, B. E. (1989). Semantic abilities in dementia of the Alzheimer type II Grammatical semantics. *Brain and Language* 36 (4), 533-542.

Tomoeda, C. & Bayles, K. (1993). Longitudinal effects of Alzheimer disease on discourse production. *Alzheimer disease and Associate Disorders* 7, 223-236.

Ulatowska, H. K. & Chapman, S. B. (1991). Discourse studies. In R. Lubinski (Ed.), *Dementia and Communication* (pp. 115-132). Philadelphia: B.D. Decker.

Ulatowska, H. K., Allard, L., Donnell, A., Bristow, J., Haynes, S. & Flower, A. (2000) Discourse performance in subjects with Dementia of Alzheimer's type. In H. Whitaker, *Neuropsychological studies in non focal brain damage (Vol. 2)* (pp. 108-131). New York: Springer-Verlag.

Valles Gonzalez, B. (2006). La cohesión y la coherencia en la conversación del paciente con demencia: Un estudio discursivo. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología Geriátrica* 20 (1), 881-887.