

La expresión de emociones en la narrativa de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve o moderado: análisis e intervención metalingüística

Nieves Mendizábal de la Cruz¹ y Enrique González Martín²

Recibido 12 de agosto de 2022 / Primera revisión 9 de octubre de 2022 / Aceptado 13 de noviembre de 2022

Resumen. Las emociones constituyen una parte esencial del ser humano a lo largo de todas las etapas de su vida. En este trabajo estudiamos la expresión de emociones en el discurso oral de 23 adultos mayores (16 mujeres y 7 hombres) de entre 75 y 95 años, diagnosticados con algún deterioro cognitivo por diversas enfermedades, tomados del corpus “Metalenguaje y envejecimiento” (Mendizábal, González, Jimeno y Sánchez, 2022). El objetivo es describir y analizar las estrategias de expresión de emociones positivas y negativas ilustradas con ejemplos y establecer la proporción de emociones expresadas según el sexo y la edad. Para la clasificación de emociones se ha partido de estudios previos (Rusell, 2009; Sander, 2013; Lazarus, 2001) pero adaptados al tipo de entrevista semiestructurada para la extracción de datos. El análisis de expresión de emociones en los informantes que constituyen el corpus pone de manifiesto carencias de tipo léxico y gramatical que les impiden expresar de manera más eficaz sus emociones, especialmente las negativas. Los resultados obtenidos del análisis nos conducen a la elaboración de una intervención logopédica específica para que la población mayor con deterioro cognitivo leve tenga una competencia comunicativa que le sirva para manifestar de forma óptima sus sentimientos y emociones.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve; Emociones; Intervención logopédica; Lenguaje.

[en] The expression of emotions in the narrative of older adults with mild or moderate cognitive impairment: metalinguistic analysis and intervention

Abstract. Emotions are an essential part of human beings throughout all stages of their lives. In this work, we study the expression of emotions in the oral discourse of 23 older adults (16 women and 7 men) between 75 and 95 years old, diagnosed with some cognitive impairment due to various diseases, taken from the corpus “Metalanguage and aging” (Mendizábal, González, Jimeno and Sánchez, 2022). The aim is to describe and analyze the strategies of expression of positive and negative emotions illustrated with examples and to establish the proportion of emotions expressed according to sex and age. The classification of emotions is based on previous studies (Rusell, 2009; Sander, 2013; Lazarus, 2001) but adapted to the type of semi-structured interview for data extraction. The analysis of the expression of emotions in the informants who make up the corpus reveals lexical and grammatical deficiencies that prevent them from expressing their emotions more effectively, especially negative ones. The results obtained from the analysis lead us to the development of a specific speech therapy intervention so that the elderly population with mild cognitive impairment may have a communicative competence that helps them to optimally express their feelings and emotions.

Keywords: Emotions; Language, Mild cognitive impairment; Speech therapy intervention.

Sumario: Introducción. Metodología. Preguntas de investigación. Los informantes. El lenguaje en personas con deterioro cognitivo leve y moderado. La variable deterioro cognitivo. La variable sexo. La variable edad. Instrumentos de investigación: la entrevista, las pruebas y el corpus. Análisis. Discusión. Propuesta de intervención metalingüística. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Mendizábal de la Cruz, N. y González Martín, E. (2023). La expresión de emociones en la narrativa de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve o moderado: análisis e intervención metalingüística. *Revista de Investigación en Logopedia* 13(1), e83480. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.83480>

Introducción

Desde la niñez, las emociones van asociadas a la adquisición y al uso de la lengua. A lo largo de la vida, las emociones están moldeadas por la cultura y por las vivencias que va acumulando el ser humano (Wierzbicka,

¹ Departamento de Lengua Española. Universidad de Valladolid.
marianieves.mendizabal@uva.es

² Departamento de Pedagogía. Universidad de Valladolid.

1999). Del mismo modo, las emociones que provocan experiencias positivas pueden ir cambiando en la trayectoria vital y ser expresadas de diversas formas según la situación que atraviesa la persona (Blanco Canales, 2021).

Las palabras clasifican los sentimientos y nos permiten acceder al universo emocional del hablante. Las emociones, y su forma de expresarlas, son universales. Todos los idiomas tienen palabras para expresar la acción de sentir y vocablos para percibir sentimientos como positivos, negativos o neutros; del mismo modo, en todos los idiomas las personas poseen palabras para relacionar gestos faciales con emociones. Como señala Hernández Sacristán: “nuestras experiencias emotivas rebasan todo aquello que el lenguaje, tanto verbal como no verbal, consigue expresar” (2022, p. 117).

Cada vez se da más importancia al análisis de sentimientos tanto en el discurso oral espontáneo como en el resto de intervenciones orales y escritas. Las emociones son elementos presentes en el habla de cualquier persona, como lo son también en el discurso escrito de obras literarias (Oatley, 1995). En la actualidad son muchos los autores que destacan la importancia de la expresión verbal de las emociones. Se han realizado estudios sobre la comprensión, expresión y efectos de las emociones en poblaciones clínicas, tanto en población infantil como en adultos mayores, tales como la investigación llevada a cabo por Concha, Serrano y Silvestre (2022) en niños con implantes cocleares, o los estudios en trastornos del espectro autista (García-Villamizar y Paolino-Lorente, 1999), en esquizofrenia (Martínez, Martínez Lorca, Santos y Martínez Lorca, 2018) o en población adulta con depresión mayor (Latorre, Navarro, Serrano, Ros, Aguilar, Nieto y Ricarte, 2013); no obstante, encontramos pocos análisis sobre las emociones en adultos mayores con algún deterioro cognitivo (Balzotti, Filograsso, Altamura, Fairfield, Bellomo, Daddato, Vacca, Altamura, 2019). A pesar de estas carencias “la emotividad, lejos de ser un accesorio, forma parte íntegra del arte de contar historias” (Hutchinson, 2001 tomado de Rodrigo-Ruiz, 2022, p.119) y como tal, está íntimamente ligada a nuestras vidas.

Haciendo nuestras las palabras de Hernández Sacristán (2022, p. 10) “un tono emotivo acompaña siempre a todo acto de decir; sin él, careceremos de motivación para hablar”. Precisamente por esta motivación, que conforma el motor de la comunicación interpersonal, queremos destacar la necesidad de analizar el discurso oral de personas mayores, los recursos lingüísticos que poseen los mayores, que presentan algún tipo de deterioro cognitivo leve o moderado, para expresar sentimientos y emociones, todo ello con la finalidad de obtener una fotografía más precisa de su estado emocional que influye directamente en su lenguaje y comunicación.

El uso que los mayores hacen del léxico y de las estructuras sintácticas para expresar emociones es un indicativo relevante para ofrecer un diagnóstico más preciso de sus facultades lingüísticas y cognitivas. Saber hacer uso de las emociones en la narrativa potencia el impacto del discurso de los hablantes. Este será un objetivo que nos debemos marcar como profesionales del habla y del lenguaje: conseguir que los adultos mayores con deterioro cognitivo que afecta al lenguaje expresen sus emociones y sentimientos, gracias al uso y adecuada frecuencia de estrategias que refuercen el léxico y la expresión de emociones positivas o negativas, y que lo hagan de forma eficiente. Si una persona sabe expresar sus emociones adecuadamente, será mucho más eficiente en sus intercambios comunicativos.

Es importante señalar que no todos los modelos de emociones humanas siguen los mismos postulados. El modelo básico de emoción (Ekman, 1992, 2003, Izard, 1997) defiende que “una situación específica desencadena un patrón emocional concreto correspondiente con una de las emociones básicas (alegría, miedo, enfado, disgusto, tristeza e interés) y produce una expresión característica, así como una respuesta fisiológica de acuerdo con esa emoción” (tomado de Alonso Blanco, 2019, p.14). No obstante, los modelos más recientes de la emoción son modelos bidimensionales que interconectan las emociones. Por ejemplo, Russell (2009) señala que la emoción tiene un constructo psicológico “basado en elementos contextuales y culturales y se compone de dos elementos: la valencia (que puede ser positiva y negativa) y el nivel de alerta (que puede ser alto o bajo)”. Las emociones están, por tanto, interrelacionadas y los dos niveles, valencia y alerta, son independientes y ayudan a la creación de estructuras subcorticales. “Los estímulos, las experiencias previas, las respuestas de comportamiento y el conocimiento semántico sirven para reorganizar los cambios neurofisiológicos en los sistemas de valencia y alerta” (Russell, 2003 en Alonso Blanco, 2019). El modelo más reciente es el llamado Modelo de Estimulación de la Emoción (Sander, 2013). Para este modelo, los procesos cognitivos pueden crear emociones y son la causa que desencadena la emoción. Estos procesos cognitivos se activan al evaluar subjetivamente el significado de una situación. La cognición valora el estímulo afectivo y lo evalúa en términos de desventaja o beneficio, siendo esta valoración el elemento principal que causa la emoción.

Teniendo presente estos modelos bidimensionales y la importancia de atender a la expresión de emociones, este trabajo tiene por objetivo describir y analizar, desde un punto de vista lingüístico-discursivo, cómo expresan sus emociones un grupo seleccionado de 23 adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado, en el marco de entrevistas semiestructuradas, en un contexto natural (su centro sociosanitario), con la finalidad de, una vez extraídos los datos, realizar una propuesta de intervención logopédica metalingüística que favorezca su competencia comunicativa para la expresión de sentimientos y emociones. Con este fin, analizamos la dependencia o independencia de las variables edad y sexo en la expresión de emociones en personas mayores con DCL, así como la proporción de expresión de emociones positivas y negativas tanto en hombres como mujeres con DCL y DCM, en dos grupos de edad, de 75 a 85 años y de 86 a 95 años. Por último, pretendemos ofrecer

una propuesta de estrategias y recursos metalingüísticos, a través de actividades interactivas, pragmático-discursivas y colaborativas, para una intervención logopédica que redunde en el adecuado uso y correcta expresión de las emociones en el adulto mayor.

Metodología

Preguntas de investigación

Nuestras preguntas de investigación parten de la reflexión acerca del tipo de léxico y expresiones emocionales que usan los mayores con algún deterioro cognitivo leve o moderado para sus narraciones en la interacción oral en entrevistas semiestructuradas. ¿Qué estrategias comunicativas y lingüísticas poseen los mayores con DCL y DCM para expresar sus emociones? ¿Expresan más emociones positivas o negativas? Las variables edad, sexo y tipo de deterioro, ¿influyen en la cantidad y el tipo de expresión de emociones?

Los informantes

Los informantes fueron seleccionados del corpus “Metalenguaje y envejecimiento” recogido en Mendizábal, González, Jimeno y Sánchez (2022), a través de un estudio observacional, transversal y prospectivo de un grupo de 23 personas mayores (16 mujeres y 7 hombres) con algún tipo de deterioro cognitivo leve o moderado, que cursa con alteración comunicativa. Las enfermedades con deterioros leve y medio que se registran en algunos informantes que conforman el corpus son la demencia mixta, Enfermedad de Alzheimer, Demencia con Cuerpos de Lewy y Enfermedad de Parkinson.

En concreto, el corpus está conformado por 23 entrevistas grabadas en el centro asistencial al que acuden o donde residen los mayores. Los criterios para elegir a los participantes en el estudio han sido los siguientes: persona mayor de 65 años residente en una de las instituciones sociosanitarias seleccionadas. Presencia de trastorno neurocognitivo leve o moderado por cualquier patología. Conformidad en participar en el estudio otorgado por la persona, y/o el tutor legal, haber obtenido el consentimiento informado y, por último, la posibilidad de haber recogido una muestra de habla a raíz de la aplicación de la prueba NeuroBel de Adrián, Jorquera y Cuetos (2015) y el Test Barcelona (Peña Casanova, 2005), este último de forma parcial (Mendizábal, González, Jimeno y Sánchez, 2022,).

Tabla 1. Caracterización de los informantes tomados del corpus “Metalenguaje y envejecimiento” (Mendizábal, González, Jimeno y Sánchez, 2022: 29-30)³

Relación de informantes por sexo, edad y diagnóstico			
Informante	Sexo	Edad	Diagnóstico
01	F	88	DCL.
02	M	92	DCL.
03	F	85	DCL.
04	F	93	DCM.
05	F	95	DCL.
06	F	94	DCL.
07	M	82	Demencia mixta en estadio inicial (clínica análoga a DCL).
08	F	86	Enfermedad de Alzheimer en estadio inicial (clínica análoga a DCL).
09	M	76	DCL.
10	M	75	Demencia leve secundaria a Enfermedad de Alzheimer.
11	F	82	Demencia mixta en estadio inicial (clínica análoga a DCL).

³ Para la evaluación del lenguaje de los informantes que conforman el corpus hemos seleccionado dos pruebas, la prueba Neurobel (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015). Es una batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos mayores que consta de ocho subpruebas, cuatro de ellas valoran el área expresiva o de producción y las otras cuatro la vertiente receptiva o de comprensión del lenguaje. La segunda prueba aplicada de forma parcial es el Test Barcelona (Peña Casanova, 2005), que se ha utilizado para la recogida de muestras de habla y su grabación en formato audio. Se ha seleccionado el apartado 1 correspondiente al Lenguaje Oral. Posteriormente se han realizado las correspondientes transcripciones y los análisis lingüísticos y neuropsiquiátricos. Con estas pruebas, realizadas específicamente por logopedas y con el diagnóstico de la enfermedad de los hablantes que nos proporcionan los centros, realizados por neuropsicólogos, recogemos el diagnóstico de los informantes.

Relación de informantes por sexo, edad y diagnóstico			
Informante	Sexo	Edad	Diagnóstico
12	M	77	Demencia con cuerpos de Lewy en estadio inicial (clínica análoga a DCL).
13	F	73	Enfermedad de Alzheimer en estadio inicial (clínica análoga a DCL).
14	F	83	Enfermedad de Alzheimer en estadio inicial (clínica análoga a DCL).
15	F	87	DCL.
16	F	91	DCL
17	F	88	DCL asociado a cuadro depresivo.
18	M	75	Enfermedad de Parkinson con DCL.
19	F	91	DCL asociado a cuadro depresivo.
20	F	90	DCL.
21	F	80	DCL.
22	M	83	DCL.
23	F	86	DCL.

El lenguaje en personas con deterioro cognitivo leve y moderado

Fisiológicamente, el proceso de envejecimiento va enlenteciendo los procesos de transmisión neuronal (Machado Goyano y Mac-Kay 2016) y se acompaña de una evolución negativa en la cognición, percepción y aspectos sensoriales y neurobiológicos que están implicados en el procesamiento de los diversos niveles del lenguaje (Martín- Aragonese y Fernández-Blázquez, 2012). En algunos casos, el estadio de deterioro cognitivo leve puede desembocar en una demencia, pero no siempre es este el resultado final. La persona diagnosticada con este primer deterioro puede presentar dificultades que son expresadas con quejas, propias o de las personas que les rodean, de falta de memoria operativa, complejidad para resolver tareas cotidianas que necesitan atención, así como una afectación del lenguaje (Petersen, 2004; Ventura, 2004). La progresiva dificultad en la fluidez verbal, la denominación y las carencias de acceso a las palabras son los principales síntomas que observamos en los informantes objeto de estudio.

El deterioro cognitivo leve puede manifestar un declive progresivo de algunas de las funciones cognitivas, tales como la memoria, la atención y/o concentración, el lenguaje, las funciones ejecutivas, gnosias, praxias o funciones visuoespaciales. La disminución de las capacidades que poseía el paciente en estadios de su vida anterior son un predictor fundamental para diagnosticar un deterioro cognitivo leve en etapas muy tempranas. El paciente, junto con su entorno familiar y social, es el primero que debe relatar estos cambios en sus capacidades cognitivas y deben ser confirmados mediante una exploración neuropsicológica que muestre una progresión descendente en sus capacidades durante varios meses (De la Hoz, Garrido y García-Ratamero, 2021). Sin embargo, estos cambios no afectan de manera significativa a su funcionamiento cotidiano.

En el deterioro cognitivo moderado (DCM) se evidencia, además de los aspectos propios del DCL, una alteración pragmática del uso del lenguaje (González, Mendizábal, Jimeno y Sánchez, 2019), con afectación en los componentes semánticos de la lengua. El mensaje se reduce en la emisión de actos proposicionales, las ideas no se relacionan de manera lógica y se dificulta el mantenimiento del contexto que enmarca el discurso. Los criterios que sirven para diagnosticar las fases del deterioro cognitivo son los presentados por Petersen (2004). Estos ítems evaluativos están basados en la *Global Deterioration Scale* (GDS) y abarcan desde el GDS-1 al GDS-7. Hasta el GDS-3 y GDS-4 se puede considerar un estadio leve de la enfermedad o ausencia de alteración cognitiva. En el GDS-3 el defecto cognitivo es leve, no obstante, aparecen los primeros síntomas claros de alteración de las habilidades cognitivas como pérdida, olvido de nombres, desubicación y mala concentración. En el GDS-4 el deterioro empieza a ser moderado, se alteran las referencias a tiempo y espacio, disminuye el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes y el paciente olvida su historia personal de vida.⁴ Los informantes con demencias de diversos tipos, el que posee DCM y los que están diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer, se encontrarían dentro de estas dos categorías.

⁴ En el GDS-5 el déficit cognitivo se vuelve moderado-grave, siendo incapaz la persona de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana, con la consiguiente pérdida de la autonomía; la desorientación se hace patente tanto en el tiempo como en el espacio, así como los roles sociales. En el GDS-6 y GDS-7 el deterioro cognitivo es grave y muy grave respectivamente. La persona mayor es incapaz de recordar los acontecimientos vividos, no reconoce a sus familiares más cercanos y requiere ayuda para sus actividades cotidianas. Su conducta cambia hasta hacerse obsesiva, delirante, ansiosa, con abulia y apatía. En esta última fase, el sujeto pierde todas las habilidades cognitivas y su capacidad comunicativa.

La variable deterioro cognitivo

El corpus lo componen 23 personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve y moderado (GDS-3 y GDS-4). Los informantes 1, 2, 3, 5, 6, 9, 15, 16, 20, 21, 22, 23 tienen un diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL) y el informante 4 deterioro cognitivo medio (DCM). Los informantes 17 y 19, además del DCL, tienen un cuadro depresivo (DCL C. Depresivo). El informante 18 está diagnosticado de Enfermedad de Parkinson en un primer estadio con deterioro cognitivo leve (E.P. DCL); los informantes 7, 11 y 12 tienen un diagnóstico de demencias de diversos tipos en estadios iniciales (Demencias en estadio inicial); los informantes 8, 10, 13 y 14 están diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales (E.A. estadio inicial).

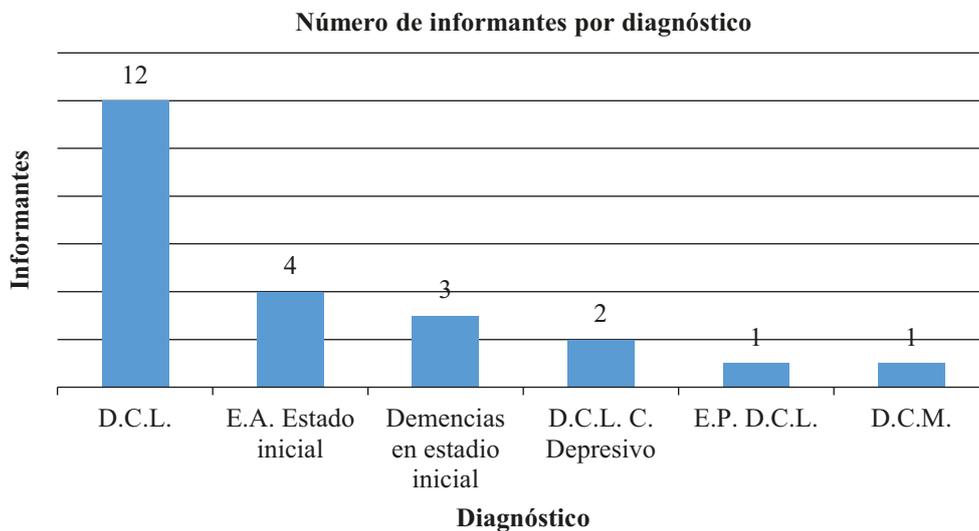


Figura 1. Distribución de informantes por variable diagnóstico

La variable sexo

La distribución por sexos es la siguiente:

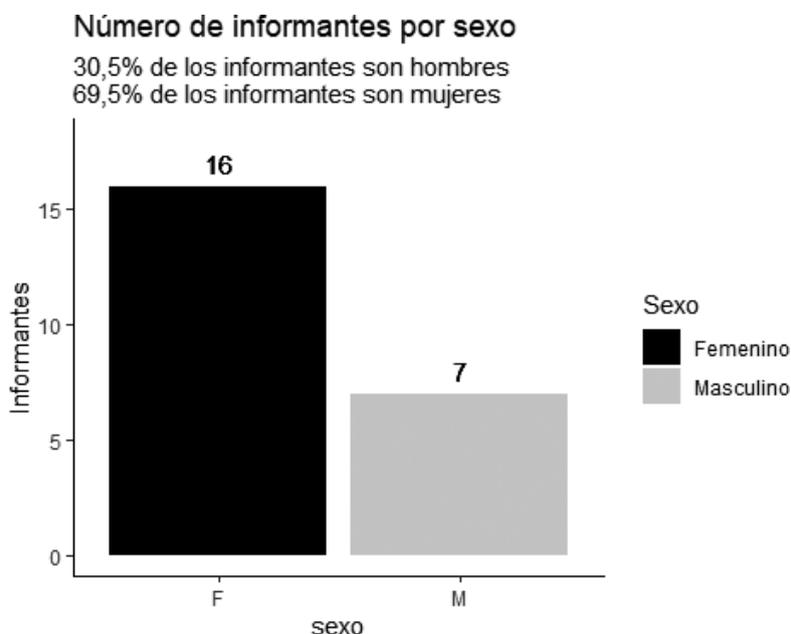


Figura 2. Distribución de informantes por variable sexo

La variable edad

Los 23 informantes han sido divididos, por cuestiones metodológicas, en dos franjas de edad:

Grupo I: edad comprendida entre 75 y 85 años: 11 informantes (7 mujeres y 6 hombres).

Grupo II: edad comprendida entre 86 y 95 años: 12 informantes (11 mujeres y 1 hombre).

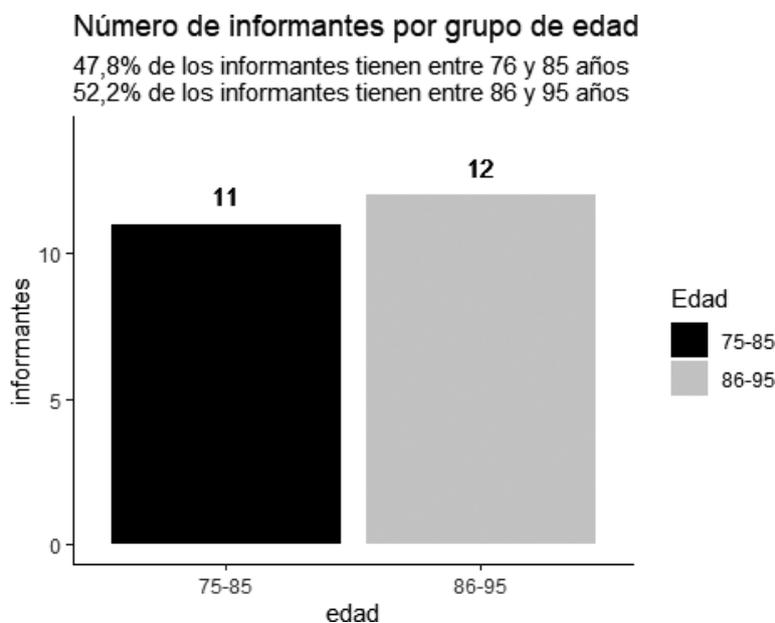


Figura 3. Distribución de informantes por variable edad

Instrumentos de investigación: la entrevista, las pruebas y el corpus

El instrumento de recogida de datos es la entrevista clínica, a través de preguntas extraídas del Test de Barcelona y otras cuestiones de carácter espontáneo por parte del entrevistador a cada uno de los 23 mayores que residen en los centros asistenciales seleccionados. Las entrevistas fueron realizadas, grabadas y transcritas durante los meses de enero a julio de 2019 y a principios de marzo de 2020 (corpus oral y transcrito de Mendizábal, González, Jimeno y Sánchez, 2022). Las transcripciones han seguido el sistema de convención para la transcripción del lenguaje afásico que utiliza Gallardo (2004) para la transcripción del corpus PerLA y que, a su vez, asume la adaptación de las convenciones de Jefferson (1992) para el análisis conversacional junto a las propuestas por el Grupo Val.Es.Co (Briz y Grupo Val.Es.Co, 2002).

Análisis

Para abordar el análisis de expresión de emociones en los adultos mayores con algún tipo de deterioro cognitivo, partimos de modelos como los arriba mencionados (Rusell, 2009, Sander, 2013). Del mismo modo, tenemos en cuenta las teorías sobre los componentes del proceso emocional de Scherer (2001), quien distingue cinco componentes en el proceso emocional. El primero de los componentes es el componente cognitivo que cumple la función fundamental en el proceso emocional de la evaluación de los eventos, objeto o situación que se presenta al organismo. El segundo componente, las eferencias periféricas, cumplen la función de regulación de sistemas orgánicos, dependientes del sistema nervioso central, sistema nervioso autónomo y del sistema neuroendocrino. El tercer componente de este proceso emocional es de carácter emocional y es el que prepara y dirige la acción, de acuerdo a un argumento de tipo ejecutivo vinculado al sistema nervioso central. El cuarto componente es el de la expresión motora, que cumple una función comunicativa, informando sobre la relación y las intenciones conductuales. El quinto, y último, es un sentimiento subjetivo que sirve para monitorizar el estado interno del organismo, la interacción que este ha tenido con el ambiente (Scherer, 2001 en Pérez Nieto y Redondo Delgado, 2006).

Como nuestro propósito es describir y analizar la expresión de emociones y valorar cómo se ven influenciadas por aspectos como el sexo, la edad o el deterioro cognitivo, hemos elaborado una clasificación propia, aunque partiendo de otras presentadas por autores como Lazarus (1991, 2001) quien establece unos núcleos temáticos relacionados para cada emoción (ira, ansiedad, culpa, vergüenza, tristeza, celos, asco, felicidad y orgullo). Asimismo, presentamos ejemplos de las estrategias de expresión de emociones teniendo en cuenta las bases motivacionales y, por ende, el contexto en el que se produce la interacción que da lugar a la expresión de emociones, para poder identificar los significados generales de cada una en núcleos temáticos desde una óptica holística (Lazarus, 2001).

Propuesta de clasificación de expresiones emocionales positivas y negativas en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado

Las emociones que transmiten los enunciados expresados por los mayores se encuadran, en un primer acercamiento a su análisis, dentro de emociones positivas o negativas. En primer lugar, hemos identificado todas las

expresiones (palabras y enunciados) que contienen elementos emocionales. Hay que tener en cuenta que las entrevistas semiestructuradas que se realizaron a los adultos mayores con deterioro cognitivo no fueron diseñadas específicamente para obtener expresiones emocionales. Este planteamiento tiene sus ventajas, puesto que se evita forzar al entrevistado a la expresión de una emoción concreta, pero también tiene sus inconvenientes, dado que en muchas ocasiones el informante no expresa de manera explícita y directa sus emociones y es mucho más difícil saber qué tipo de expresión emocional está emitiendo.

Una vez identificadas las expresiones emocionales de los informantes, seleccionamos, a modo de ejemplo, emociones que se encuadran en alguno de los núcleos temáticos propuestos por Lazarus (2001), aunque adaptados⁵, necesariamente, a nuestro corpus de informantes:

- a. Alegría /felicidad: *he tenido la gran suerte; estamos muy bien atendidos; estoy contenta; lo paso muy bien; es precioso; tiene cosas muy bonitas; a mí eso me encanta; genial estoy; encantada; tengo un recuerdo yo muy bueno; estaba contentísima.*
- b. Afectos /aprecio o cariño hacia alguien: *le he tenido mucho cariño; ¡la quiero más!; ¡abuelo!; es un solete; es cariñosa; son preciosas todas; ¡qué maja eres, hija!; me gustan mucho los animalitos.*
- c. Tristeza: *he tenido la desgracia; hace ya más tiempo que no veo a los chicos; no me gusta; pobrecito; pobrecita la gente; lo pasé muy mal.*
- d. Sufrimiento /ansiedad: *me hace sufrir muchísimo; he tenido muchos líos; me dan muchos dolores en las piernas; me han quedado inválida.*
- e. Enfado: *me cago en la mar serena; es un estorbo; me pegaba un tiro; nos ha fastidiado; ¡ya lo sabes, joder!; ¡deberías saberlo!; ¡te lo estoy diciendo!; es que no hay derecho; esto de que te vayas y te la estropeen, no hay derecho; la verdad es que no estaba muy a gusto.*
- f. Odio /ira /culpa: *le mataría.*
- g. Orgullo: *es el number one; es que somos de Madrid; muy orgullosa; estoy muy orgullosa de mis hijos; de eso sé un ratillo, soy gallego.*
- h. Tranquilidad: *estoy muy tranquila; no me quejo; nos hemos quedado tranquilos; me encuentro muy bien; perfectamente; no me quejo de nada; estoy muy a gusto.*
- i. Miedo / valentía: *no me da miedo.*
- j. Decepción: *ya vi yo que aquello no era... (lo esperado).*

En proporción, las emociones que más se expresan son las positivas, aunque también encontramos muchas expresiones que indican enfado y tristeza. Entre las positivas, la manifestación de alegría moderada y afectos hacia los demás son las más abundantes. También podemos encontrar alguna emoción que expresa orgullo y valentía. La tranquilidad es también un sentimiento que señalan los mayores, principalmente para indicar que se encuentran bien. Entre las emociones negativas vemos la mayoría de enfado o ira, como señala Lazarus (2001), principalmente en dos informantes masculinos, y tristeza y sufrimiento o ansiedad. La decepción y el odio, aunque un informante las expresó, no son emociones que estén representadas en gran medida.

La muestra la componen 166 expresiones emocionales distribuidas en 10 núcleos temáticos (felicidad, aprecio o cariño, tristeza, ansiedad, enfado, odio o ira, orgullo, tranquilidad, miedo y decepción)⁶, de las que 101 expresiones son emitidas por mujeres y 65 por hombres. En los siguientes gráficos se contabiliza la expresión de emociones positivas y negativas teniendo en cuenta las variables sexo, edad y la enfermedad que deriva en un DCL o DCM.

Una consideración relevante que hay que poner de manifiesto en el análisis es que presenta limitaciones estadísticas que son necesarias tener en cuenta a la hora de interpretar los datos. Evidentemente, lo primero que se observa es el bajo porcentaje de población en cada tipo de enfermedad, esto es, el número arbitrario y escaso de informantes en los distintos diagnósticos, lo cual impide la generalización de los resultados a la población adulta con deterioro cognitivo en cada una de estas enfermedades. Del mismo modo, se pueden observar limitaciones en el análisis cuantitativo y en los subgrupos establecidos, como la falta de homogeneidad en el sexo o la edad. El tipo de entrevista realizada también puede producir sesgos, por la evaluación subjetiva del propio investigador en la clasificación de la expresión de emociones. A pesar de estas limitaciones, consideramos que los resultados, obviamente preliminares, pueden ayudar a otros investigadores a ampliar la muestra y conseguir resultados cuantitativos y cualitativos más válidos y generalizables.

⁵ Es importante aclarar que estas expresiones de emociones se han clasificado teniendo en cuenta todo el contexto discursivo de la entrevista. Es difícil clasificar una expresión de emoción si no se conoce al hablante o si no se está presente en el momento en que se manifiesta esa expresión. Por eso, algún ejemplo podría resultar dudoso sin una contextualización de la conversación. Estos diez núcleos temáticos de emociones derivan, como hemos señalado, de clasificaciones como la de Lazarus (2001) pero no todas las que propone el autor se han podido distinguir en nuestro corpus; en cambio, sí hemos identificado algunas que no señala Lazarus.

⁶ Las 166 expresiones emocionales están extraídas de todas las conversaciones realizadas en entrevistas semiestructuradas en las que, de forma espontánea, los informantes respondían expresando emociones de la forma más natural posible y sin conocer qué fenómeno estábamos investigando.

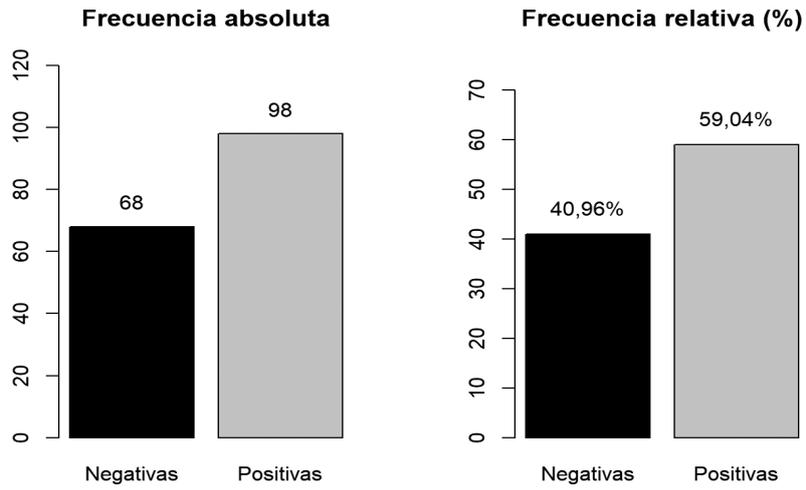


Figura 4. Proporción de emociones positivas y negativas del total de los informantes

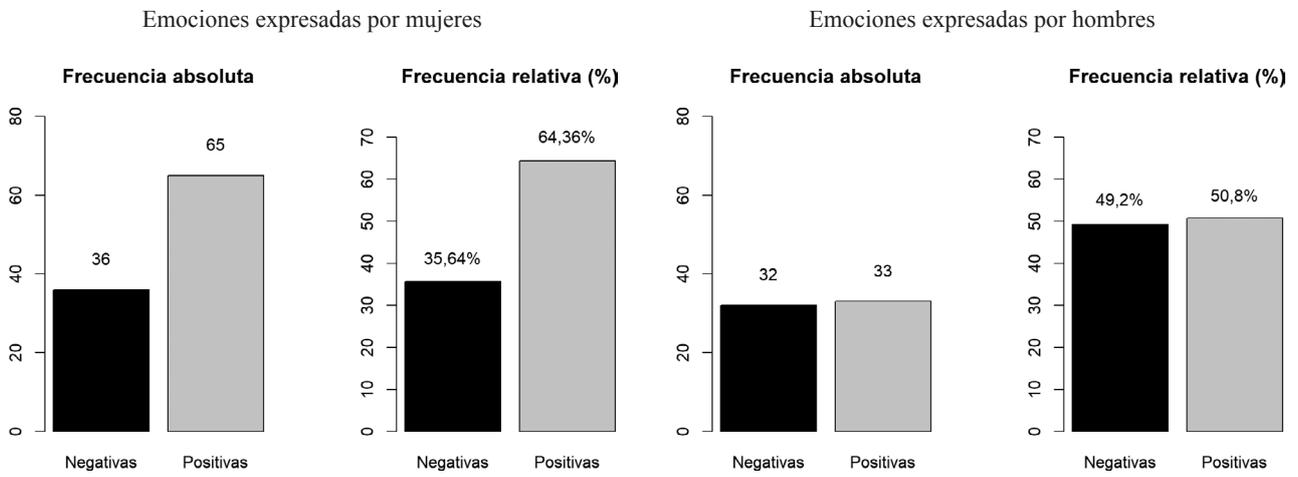


Figura 5. Proporción de emociones positivas y negativas expresadas por las mujeres y los hombres

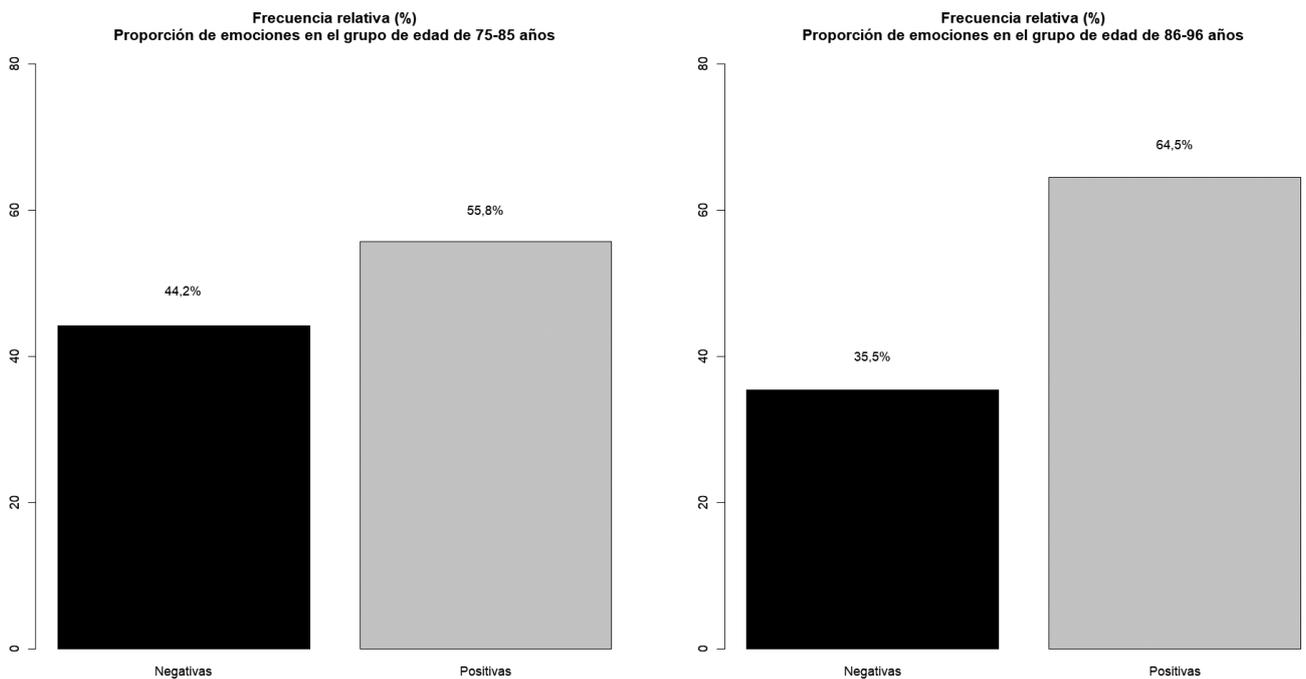


Figura 6. Proporción de emociones positivas y negativas por grupos de edad

Tabla 2. Proporción de emociones según el diagnóstico

	Proporción de emociones positivas y negativas según el diagnóstico					
	D.C.L.	D.C.M.	D.C.L. C. depresión	Demencias diversos tipos E.I.	E. Alzheimer E.I.	E. Parkinson E.I.
Positivas	57,45%	100%	66,67%	48,49%	82,35%	75%
Negativas	42,55%	0%	33,33%	51,51%	17,65%	25%

Estrategias y categorías en la expresión de emociones: expresiones directas, indirectas y adyacentes a la expresión emocional

Las estrategias y categorías que distinguimos en la expresión de emociones tienen en cuenta la dirección o indirección de las formulaciones, así como aquellos elementos que hemos llamado adyacentes a la expresión de emociones. El contexto conversacional facilita en gran medida esta categorización, que, a su vez, está subdividida en tres estrategias:

- A. Expresión de emociones de manera directa: se trata de expresiones que aluden a léxico específico de emociones y sentimientos. Son las expresiones más directas, del tipo “*a mí eso me encanta o me hace sufrir muchísimo*”.

A su vez, estas expresiones directas pueden ir acompañadas de:

- a. Entonación exclamativa o interjecciones (*¡ay, qué tonta estoy!*)
- b. Léxico que contenga una emoción (*estoy mal, muy decaída*)

Las tres características destacadas de esta estrategia directa son: enunciados expresados en primera persona, con léxico específico para manifestar estados emocionales y acompañada de una entonación o interjección que profundiza en la emoción.

- B. Expresión de emociones de manera indirecta: se trata de expresiones que reflejan emociones a través de una estructura sintáctica. No contienen léxico específico de emociones, sino que se configuran a través de un discurso expresado en tercera persona, a través de adyacentes al enunciado, acompañado de elementos suprasegmentales y con algún tratamiento nominal que sirva para enfatizar que se está expresando una emoción.
- C. Adyacentes a la expresión de la emoción: se trata de rodeos expresivos, paralenguaje o fórmulas de tratamiento que acompañan a la expresión directa o indirecta de emociones; estos adyacentes precisan de un contexto para poder inferir una emoción.

Ejemplos de estrategias y sus categorías para expresar sentimientos extraídos de la muestra:

- A. Estrategias directas para la expresión de emociones:
- Entonación: *¡Ay, qué coña!, ¡No damos!, ¡Ay, qué tonta estoy!*
 - Léxico/ vocabulario propio o relacionado con emociones y sentimientos positivos o negativos: *suerte, buenos, bien, desgracia, sufrir, perfectamente, quejas, muerto, contenta, decaída, olvidado, gustar, matar, pegar un tiro, querer, cariño, castigo, tranquilo, miedo, precioso, bonito, agradable, amor.*
 - Expresiones en primera persona: *he tenido la desgracia, doy gracias a Dios, tengo la suerte, me parece bien, me encuentro bien, yo tenía ilusión, le he tenido mucho cariño, me encuentro bien, tengo salud, estoy un poco destruida, estoy contenta, no tengo queja, qué tonta estoy, me ha gustado toda la vida.*
- B. Estrategias indirectas:
- Estructuras sintácticas que globalmente, pero de manera indirecta, expresan emociones: *siempre me ha gustado, lo he tenido mucho cariño, me cago en la mar serena, hace más tiempo que no veo a los chicos, tengo las manos que no puedo hacer nada, todos se me han muerto, esto estaba muy bien, estamos muy bien atendidos, es precioso, tiene cosas bonitas, nos ha fastidiado, pero nos vemos poco, es muy bonito, eso de que vayas y te lo estropeen, no me gusta, ya vi yo que aquello no era... (lo esperado).*

- Discurso indirecto referido a otras personas: *no le gusta, le matarían, no les gustaba, mentiras que decía, ya lo pagará algún día, nos hemos quedado tranquilos de todo, nunca ha habido una queja.*
- C. Adyacentes a la expresión de la emoción o rodeos a través de signos no verbales, expresiones de empatía hacia los demás o elementos formulaicos que denotan emociones positivas o negativas:
- Paralenguaje: risas, golpes de enfado en la mesa.
 - Expresión de empatía: *pobrecitas, las meten aquí; cariñosa, ¡abuelo!, muy buena gente, es una fiera, es una cachonda, sabe que le va a hacer daño, mi mujer lo pasó fatal, es más doloroso un aborto que un parto, a mi mujer le gustaban mucho los niños.*
 - Elementos formulaicos que expresan sentimientos hacia los demás: *qué maja eres, hija; cariño; qué maja es.*

Discusión

El 59,04 % de las expresiones emocionales extraídas de las entrevistas son calificadas como positivas (principalmente alegría, aprecio, orgullo, tranquilidad) y el 40,96% como negativas (enfado, tristeza, odio, sufrimiento, miedo y decepción).

En cuanto al sexo, las mujeres realizan un 64,36% de emociones positivas y 35,64% negativas. Los hombres poseen un equilibrio entre la polarización de las emociones, con un 50,8% de positivas y un 49,2% de negativas. Según estos datos, podemos considerar que las mujeres expresan más emociones positivas que los hombres, aunque el margen de distancia no es muy grande. Este resultado coincide con el estudio realizado por Chaplin (2015) en el que comprueba que las mujeres tienen mayor expresividad emocional, especialmente para las expresiones positivas e internalizan las emociones negativas, como la tristeza.

En todo caso, hombres y mujeres realizan más expresiones de emociones positivas (59,04%) que negativas (40,96%). Esto puede deberse al tipo de entrevista de la que se obtienen los datos, pues se trata de una entrevista informal pero semiestructurada, que combina preguntas personales de cortesía conversacional con preguntas de pruebas estandarizadas de evaluación y diagnóstico del habla y la comunicación. Los informantes no conocen al entrevistador y, cuando se les pregunta por su estado anímico y por cómo se encuentran en la residencia donde están viviendo, la mayoría responde con expresiones positivas como *bien, muy bien, tranquilo, me encanta o estoy fenomenal y esto me gusta mucho*, sin poder comprobar si las respuestas son sinceras o están condicionadas por el contexto y la situación.

En lo que respecta a la variable edad, hemos establecido dos franjas etarias para un mejor análisis de resultados, de 75 a 85 años y de 86 a 95. En la primera franja de edad, las emociones positivas expresadas son de 55,8% y las negativas 44,2%. En la segunda franja de edad, las positivas son del 64,5% y las negativas del 35,5%. En ambos grupos observamos una mayoría de emociones positivas, principalmente en el grupo de más edad. Como podemos comprobar, la edad no podemos afirmar que influya de una manera muy clara en la expresión de emociones, sin haber encontrado estudios previos con los que contrastar este dato. Sin embargo, en esta línea emocional, Santoya, Garcés y Tezón (2018) estudiaron la capacidad de los jóvenes universitarios de hablar abiertamente de las emociones y de reconocer señales emocionales internas. Los resultados de su análisis arrojaron la evidencia de que esta capacidad ayuda a aumentar la probabilidad de regular los impulsos emocionales, de generar estrategias de afrontamiento y de desarrollar tolerancia a la frustración. En el caso de estudios previos con personas con Síndrome de Down, Ruiz Rodríguez (2004, p. 87) ha señalado en su trabajo que “la dificultad para la comunicación lingüística puede limitar la expresión de las propias emociones en las personas con síndrome de Down. Que no quieran o no puedan verbalizarlas no significa que no las estén viviendo en toda su intensidad”. Creemos que estos resultados pueden estar en consonancia con lo que les sucede a los mayores de este corpus. La expresión de emociones, si bien se refleja en sus verbalizaciones de enunciados, adolece de manifestaciones más directas, más sinceras o con aporte de una mayor calidad y cantidad de expresiones con léxico propiamente emocional. El estudio de Ruiz Rodríguez (2004) propone un programa de educación emocional para esta población. Estamos de acuerdo con su propuesta y consideramos que la población adulta mayor con deterioro cognitivo también debería contar con intervenciones o programas metalingüísticos de expresión emocional.

En cuanto a la variable diagnóstico, en el DCL el 57,45% las emociones son positivas frente al 42,55% negativas. En este punto volvemos a resaltar las limitaciones estadísticas de este estudio, por la escasez de informantes en algunas enfermedades, lo cual no nos permite valorar y contrastar entre diagnósticos, pero sí podemos señalar que, frente a lo que se podría pensar, los dos informantes con cuadro depresivo formulan un 66,67% de emociones positivas, frente a las 33,33% de las negativas; lo mismo sucede en el resto de las enfermedades. Únicamente en el caso de demencias de diversos tipos en estadios iniciales, encontramos una superioridad en el porcentaje de emociones negativas, con un 51,51% frente a las 48,49% de expresiones positivas. En este aspecto, trabajos como el de Arroyo-Anlló, Chamorro-Sánchez, Ortiz-Oria y Roger Gil

(2017), con pacientes de demencia frontotemporal de variante frontal, han observado más alteraciones de la consciencia del otro, y por consiguiente de la expresión emocional, que en los enfermos con Enfermedad de Alzheimer.

La limitación de los datos no nos permite establecer una relación de dependencia entre variables, por lo que no podemos decir que en esta muestra de informantes exista una relación entre las emociones y las variables sexo, edad ni deterioro cognitivo. No obstante, los resultados, contrastes y valoraciones con otros trabajos previos, confirman que hombres y mujeres prefieren expresar emociones positivas e interiorizar las negativas; del mismo modo, las mujeres, cuanto más edad tienen, expresan más emociones positivas que negativas. En este sentido, estudios como los de García-Rodríguez, Fusari, Ellgring, 2008; Marcó-García, Ferrer-Quintero, Usall, Ochoa, Cacho, Huerta-Ramos, 2019, corroboran la tendencia que recogemos en nuestra investigación, destacando que en el envejecimiento normal y patológico hay un deterioro en el procesamiento emocional, especialmente en las emociones negativas como el miedo. Los dos enfoques teóricos de procesamiento emocional, por un lado el socioemocional (defiende que con la edad se comprenden mejor las emociones debido al mayor conocimiento de las relaciones sociales, al enriquecimiento interpersonal y a la importancia que tienen las metas relacionales con la vida afectiva) y, por otro lado, el enfoque neuropsicológico (estudia las zonas de activación cerebral implicadas en el procesamiento de las expresiones faciales emocionales y los procesos mentales subyacentes), destacan los déficits relacionados con la edad para el procesamiento de las emociones negativas, mientras que se mantiene, relativamente intacto, el de las emociones positivas. Estos déficits, tanto de reconocimiento de expresiones emocionales (a través de expresiones faciales) como de expresión de sus propios sentimientos y emociones negativas, pueden constituir un marcador temprano para detectar deterioro cognitivo.

En cuanto a las estrategias y categorías que distinguimos en la expresión de emociones, los ejemplos aportados avalan los resultados discutidos anteriormente, en los que observamos estrategias de expresión de emociones sin un léxico específico, de forma indirecta y con tendencia a inhibir emociones negativas de forma directa, acudiendo a adyacentes a la expresión de emociones para expresar estados anímicos de valores negativos. En definitiva, los recursos lingüísticos de los que disponen los adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado se corresponden con una carencia de léxico específico, así como un escaso uso de estructuras interjectivas que expresen de manera más abierta y directa emociones, principalmente las negativas (tristeza y pena más que enfado), resultados que corroboran los estudios citados anteriormente sobre el procesamiento y reconocimiento de emociones negativas en adultos mayores con patologías.

Propuesta de intervención metalingüística

Tras el análisis de los datos obtenidos es evidente la necesidad de una intervención logopédica que consiga mejorar la esfera emocional de la población diana de nuestro estudio y, por ende, la expresión/comprensión de emociones. Para dotar de funcionalidad a esta intervención proponemos un modelo nuevo que se desvía del utilizado habitualmente en otros ámbitos para el trabajo emocional (población escolar, personas con problemas psicológicos, etc.) partiendo de una herramienta que consideramos muy interesante para la intervención lingüística, como es el metalenguaje, con el fin de mejorar la narrativa emocional. Entendemos, de este modo, que el discurso metalingüístico tiene que ver con un decir del lenguaje, formando parte de este discurso metalingüístico aquellos enunciados en los que se dice algo del lenguaje o de cualquiera de sus aspectos. Siguiendo a González y Loureda (2001-2002) “hay un metalenguaje que es fruto del hacer con el lenguaje. En él se incluyen todos los fenómenos que pertenecen, pues, al lenguaje, las lenguas y los textos como tales” (p. 270). Esta es la concepción amplia que proponemos del metalenguaje en las intervenciones logopédicas, las cuales deberán formar parte integral del proceso rehabilitador del lenguaje.

Dado que las personas mayores, con o sin patología que afecte a la comunicación y al lenguaje, pueden presentar dificultades en todos los componentes lingüísticos, es posible que una intervención que incluya la reflexión metalingüística y/ o metacomunicativa constituya un aspecto innovador y útil para la prevención, rehabilitación y retraso del deterioro cognitivo. Por esta razón, consideramos que los procedimientos y mecanismos metalingüísticos son estrategias de intervención logopédica *óptimas* para la población mayor, como decimos, por su capacidad para reflexionar sobre su propia lengua y sobre los procedimientos gramaticales y léxicos que conforman la lengua objeto.

Entendemos que en la intervención con personas mayores es esencial estimular, prevenir el deterioro de la competencia comunicativa o frenarlo, entendido este proceso metalingüístico en palabras de Juncos-Rabadán (1993) como:

El conjunto de reglas de interacción que un hablante domina para poder comunicarse, refiriéndose por tanto a reglas de interacción social por las cuales una persona usa (comprende y produce) sus capacidades lingüísticas en un contexto comunicativo concreto (seguir una conversación, mantener normas de cortesía en el lenguaje, hacer un discurso, etc.).

Sobre esta base teórica, los objetivos de intervención que planteamos son los siguientes:

- Favorecer la inteligencia emocional de los adultos mayores para aprender a controlar, comprender y expresar lo que sienten.
- Intervenir de forma activa en las tareas de la vida cotidiana, con un léxico rico en carga emocional.
- Participar en actividades de comunicación de forma asertiva con los demás.
- Describir experiencias y eventos, sueños y ambiciones, así como opiniones o planes y hacer relatos que manifiesten sensaciones y sentimientos.
- Saber usar un repertorio lingüístico lo suficientemente amplio como para desenvolverse en su vida cotidiana, así como un vocabulario adecuado para expresarse sobre temas que involucren emociones y sentimientos.

Estos cinco objetivos generales deben ser vertebrados a través de una serie de contenidos. Es fundamental, en el caso de la intervención emocional, que se contemplen conceptos, actitudes y procedimientos. Nuestros contenidos son: inteligencia emocional, control y expresión emocional, interés por mejorar el vocabulario emocional que utilizan para poder sentirse mejor, asertividad, expresión de sentimientos y motivación para el aprendizaje y utilización del lenguaje.

Para presentar la intervención logopédica diseñada partiremos de las propuestas de Valles González y Rosell-Clari (2016) donde se especifican cuáles son las principales habilidades metalingüísticas partiendo de la Teoría de la Mente. Utilizaremos cada una de ellas para proponer un ejemplo didáctico de aplicación de los objetivos de nuestro programa.

1. Describir un objeto o situación no presente.

Para trabajar esta habilidad tendremos que pedir la colaboración al propio sujeto y a sus familiares. Le mandaremos que seleccione una serie de objetos que formen o hayan formado parte de su vida y sin que estén presentes, ayudaremos a la persona a describirlos. Para hacerlo, le ofreceremos un modelo en el que exprese cómo es físicamente el objeto, así como qué sentimientos le produce pensar en él, proponiendo estructuras lingüísticas correctas con el uso de adjetivos. Esto nos servirá para darnos cuenta de que todo lo que nos rodea tiene características positivas y negativas. Iremos juzgando y enseñando a equilibrar que, pese a que las cosas tengan aspectos negativos, hay que valorar sus características positivas. En otras ocasiones, o con otros objetos, la descripción nos llevará a la idea de que como las características negativas superan a las positivas, no nos convienen.

2. Recordar eventos pasados recientes.

Una de las características fundamentales de los centros sociosanitarios es que someten a los pacientes a una serie de rutinas en sus actividades de la vida diaria. Para trabajar esta habilidad, ayudaremos al paciente a realizar el recorrido de actividades que llevó a cabo el día anterior. Para esta tarea deberemos guiarle en la expresión de las diferentes labores, exigiendo estructuras oracionales completas y una cohesión narrativa. Potenciaremos que, junto a cada tarea, exprese cómo se siente en dos momentos: cuando va a realizarla y cuando la termina. Intentaremos el uso de adjetivos emocionales variados, tanto positivos como negativos (ánimo, alegría, pena, enfado, tristeza, sorpresa, etc.).

3. Recordar eventos pasados remotos.

En esta ocasión ayudaremos al paciente a recordar un hecho del pasado con valor emocional para él: el nacimiento de sus hijos, su boda, la muerte de un familiar o allegado... Cualquier evento va claramente asociado a una serie de sensaciones, sentimientos y emociones. Nuestro propósito con esta actividad será que narre con coherencia y cohesión el acontecimiento elegido, utilizando las diversas formas gramaticales y, además, las emociones que le producen esos momentos, de entre las trabajadas. Podríamos comenzar con la utilización de cuantificadores y expresiones que perfilen el binomio “bien-mal” (“no tan mal” “algo mejor” “muy mal”, etc.) pero deberemos intentar que introduzca en su narrativa adjetivos emocionales más específicos.

4. Anticipar eventos futuros.

En este caso, ofreceremos al sujeto distintas situaciones que se podrían producir en el futuro, pero no a nivel personal directo, sino a nivel social. Vamos a intentar que comente de forma organizada cada situación que se le plantee utilizando formas gramaticales variadas y un vocabulario adaptado a la situación, así como que exprese las emociones que le producirían a él esas situaciones hipotéticas. alguna de ellas podría ser: termina la guerra entre Ucrania y Rusia; volvemos a estar confinados por una nueva pandemia, ...

5. Describir escenas.

Seleccionaremos una serie de secuencias en las que estén ocurriendo acontecimientos con carga emocional. El adulto mayor deberá describir la escena de forma correcta desde el punto de vista narrativo y, además, explicar qué sentimientos podría tener el protagonista de la escena. Ejemplos de escenas serían: un vendedor de una tienda que encuentra al llegar que le han robado, un niño que se ha caído en el parque y llora, un anciano metiéndose en la cama por la noche, etc.

6. Habilidad para contradecir o encontrar antónimos.

Para esta propuesta didáctica realizaremos un listado con las principales emociones que estemos trabajando. Queremos realizar una actividad en la que el paciente elija cinco de estos estados emocionales y los una a la expresión de oraciones exclamativas. Por ejemplo, si selecciona “deseo”: “¡Cuánto deseo salir de paseo!”. Será importante explicarle que debe acompañar la exclamativa con una prosodia y una entonación acorde a la emoción que exprese.

Una vez realizada la actividad con los cinco estados, elegiremos otros cinco y habrá que realizar la oración exclamativa del estado opuesto, del antónimo. Por ejemplo, si el paciente elige “alegría”: “¡Tengo ganas de llorar todo el día!”. Esta actividad es muy importante porque ayuda a dar flexibilidad a la expresión emocional, así como ofrecer expresiones que les ayuden a indicar cómo se sienten.

7. Leer emociones.

Se propone al paciente dar un paseo por el centro sociosanitario o por la calle si es posible e irnos fijando en las expresiones de las personas con las que nos cruzamos. Debemos tener en cuenta no solo su expresión facial, sino también cómo acompañan con el cuerpo esa expresión. Si tenemos la oportunidad, conversaremos con las personas con las que nos crucemos para valorar si su voz, su habla o sus rasgos paralingüísticos nos ofrecen pistas sobre su estado emocional.

Realizamos una breve conversación entre logopeda y paciente tras cada persona que nos encontremos, intentando que el adulto mayor nos ofrezca su “diagnóstico emocional” sobre estas personas.

8. Uso de lenguaje ficticio.

La utilización del *role playing* o dramatización sería la herramienta didáctica utilizada para esta habilidad. De esta manera, indicaremos al paciente un estado emocional que debe llevar a cabo y una situación donde hacerlo (por ejemplo, estoy triste en el tanatorio por la muerte de la mujer de mi amigo). Le iremos ofreciendo herramientas lingüísticas y paraverbales que podría y debería utilizar en casos similares.

9. Habilidad para mentir.

Trabajaremos el hecho de que en ocasiones intentamos “camuflar” la emoción en la que nos encontramos, entre otros motivos, para no preocupar a los demás, no sentirnos débiles o vulnerables. De esta manera, iremos orientando al paciente a no enmascarar su estado emocional porque solo le puede hacer sentirse peor. Le ofrecemos dos herramientas fundamentales: el control emocional y la propuesta de modificación de estado emocional.

10. Expresar sarcasmo.

En muchas ocasiones, nos encontramos ante personas sarcásticas que de alguna manera nos hieren u ofenden. El entrenamiento para el adulto mayor sería doble: por un lado, ofrecerle herramientas emocionales para responder de forma asertiva al sarcasmo de otras personas; por otro lado, enseñarle a utilizar el sarcasmo como parte del entrenamiento metalingüístico que le permita influir en los demás, pero positivamente.

Ofreceríamos al paciente una serie de situaciones acompañadas de expresiones de sarcasmo irónico negativo y le ayudaríamos a buscar la respuesta a la persona que realizara esa expresión. Por ejemplo:

- A alguien que no se preocupa por los demás: “¡Qué atento eres con todo el mundo”!

La estrategia será escuchar, saber controlar las emociones y responder con oraciones, que demuestren a la persona irónica nuestra indiferencia hacia sus expresiones. Igualmente, la utilización del sentido del humor es siempre una herramienta fundamental.

Como segunda parte de la actividad, propondremos al paciente una serie de situaciones y, entre ambos, intentaremos buscar una expresión sarcástica no ofensiva para las mismas, que el paciente puede aplicar en el futuro. Por ejemplo:

- A alguien que utiliza un volumen de voz elevado: “Habla más alto, que no te escucho”.

La utilización del sarcasmo de forma correcta es una habilidad metalingüística complicada, pero hay que explicar al paciente que la clave es el “envoltorio” en la que se encuentra. Saber utilizar las características paraverbales del habla de forma adecuada hace que el sarcasmo sea un éxito en la comunicación.

Una vez explicadas las propuestas didácticas de intervención logopédica, debemos hablar de la metodología para llevar a cabo estas propuestas. Así, para personas con DCL o DCM en lo referido a la expresión emocional en su narrativa, consideramos que la intervención más adecuada es la individual. De esta manera, logopeda y paciente trabajarán el conjunto de actividades propuestas en la sala de logopedia, teniendo en cuenta establecer una rutina predecible, es decir, que el paciente sea conocedor que de forma cíclica las actividades se repiten, se retoman o se vuelven a comentar. Una vez que el logopeda considere que el paciente ha mejorado en las habilidades propuestas sobre los diez apartados base, sería adecuado la realización de alguna sesión en pequeño grupo, no más de cinco pacientes, en la que poder poner en práctica los distintos aspectos trabajados, así como conseguir otros que sea complicado realizar de forma individual. De esta manera, a nivel grupal se podrían organizar una serie de talleres logopédicos emocionales en los que reforzar aspectos tales como: trabajo de la empatía con los demás para lograr construir puentes entre las personas, entrenamiento del control emocional con el fin de aprender a resolver conflictos internos y externos que puedan producirse en su día a día y, sobre todo, trabajo de las destrezas comunicativas de expresión y comprensión lingüísticas con iguales.

De forma individual, y después grupal, el logopeda siempre será el guía y el eje de las sesiones, y mediante la utilización del modelado, moldeado y el aprendizaje incidental, tratará de que se vayan consiguiendo los objetivos propuestos.

Como se ha podido ver en la propuesta didáctica, utilizamos un enfoque funcional de intervención, que se aleja de los modelos rígidos basados en los componentes del lenguaje. Entendemos que la comunicación es la principal necesidad de personas mayores adultas, centrándonos especialmente en la conversación y, por ende, en el componente pragmático, utilizando el metalenguaje como herramienta para la consecución de ese fin.

En lo referido a la evaluación de nuestra intervención, la valoración inicial estaría basada en el análisis cualitativo expuesto en este artículo, fruto del análisis de muestras de habla a personas con DCL y DCM. Tras obtener los datos sobre la narrativa emocional expuestos, se llevaría a cabo la intervención logopédica propuesta y paralela a la misma una evaluación procesual que nos sirva para ir ajustando la intervención e ir observando cómo evoluciona el paciente. Para llevarla a cabo, la principal herramienta es la observación terapéutica y el análisis de los resultados de las distintas actividades. Con ello nos daremos cuenta de si están siendo adecuadas al nivel del paciente, o si hay que realizar alguna modificación metodológica, y nos orientará sobre la temporalización necesaria de la intervención, comprobando la consecución total o parcial de los objetivos de la misma. Esta evaluación procesual, en el caso de los adultos mayores, sustituye a la evaluación final que no se realiza.

Conclusiones

Tras la realización de este artículo concluimos aspectos que consideramos de gran interés para seguir avanzando en el conocimiento de personas adultas mayores con DCL y DCM, que influyen directamente en su ámbito social y, por ende, en su calidad de vida.

De esta manera, hemos conocido la forma de expresar emociones de la muestra sujeta a estudio y hemos podido categorizarlas utilizando dos variables: positivas/negativas; directas, indirectas y adyacentes. Por este motivo, consideramos que el objetivo principal de este trabajo ha sido alcanzado.

Con respecto a la influencia de la variable sexo en la expresión de las emociones y teniendo en cuenta que en la muestra existen más personas de sexo femenino, concluimos que las mujeres expresan más emociones en su discurso que los hombres. En relación con la edad, no observamos diferencias significativas entre los dos rangos de adultos mayores realizados respecto a la expresividad emocional. Lo mismo ocurre cuando utilizamos la variable diagnóstico.

En general, se expresan más emociones positivas que negativas en la narrativa de personas con DCL y DCM, aunque son escasos los recursos lingüísticos con los que las personas cuentan para la expresión de las mismas. Consideramos que poseer habilidades lingüísticas para expresar emociones contribuye al impacto que el relato de una persona causa en el oyente y, por lo tanto, en este trabajo realizamos una propuesta de intervención que mejore estas capacidades y ofrezca a personas adultas mayores las estrategias y herramientas necesarias para aumentar esta habilidad y, de esta manera, contribuir a potenciar su comunicación. Con esta última parte del artículo, ofrecemos a los logopedas una forma novedosa de trabajar el campo emocional, alejado de los modelos que se utilizan habitualmente para este fin, siendo el metalenguaje la pieza clave de la intervención lingüística.

Bibliografía

Adrián, J.A., Jorquera, J. y Cuetos, F. (2015). Neurobel: breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos – mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 35, 101-113.

- Alonso Blanco, E. (2019). Efectos de las variables afectivo/emotivas en la adquisición de una segunda lengua. En Paredes Duarte, M.J. (Ed.). *Cuestiones de lingüística clínica. Trabajos presentados al V Congreso internacional de Lingüística clínica* (pp. 11-30). Editorial UCA, Universidad de Cádiz. Cádiz.
- Arroyo-Anlló, E.M., Chamorro-Sánchez, J., Ortiz-Oria, V. M., & Gil, R. (2017). Consciencia del otro en patologías neurodegenerativas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.005>
- Balzotti A, Filograsso M, Altamura C, Fairfield B, Bellomo A, Daddato F, Vacca RA, Altamura M. (2019). Comparison of the efficacy of gesture-verbal treatment and doll therapy for managing neuropsychiatric symptoms in older patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 34(9),1308-1315. doi: 10.1002/gps.4961.
- Blanco Canales, A. (2021). Brain, Emotion and Language. Theoretical perspectives applied to second language learning. *Revista Internacional de Lenguas Extranjeras* (16), 21-44.
- Briz, A. y Grupo Val.Es.Co (2002). Corpus de conversaciones coloquiales. *Anejo de la Revista Oralía*. Arco-Libros.
- Chaplin, T.M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion Review*, 7(1), 14-21. doi:10.1177/1754073914544408
- Concha, R, Serrano, C. Silvestre, N. (2022). Comprensión de emociones en alumnado con implante coclear de 3 a 6 años. Factores influyentes. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 42, 134-146. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2021.03.012>
- De la Hoz, M., Garrido, D. y García-Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 72 (3), 67-76. <https://doi.org/10.33588/RN.7203.2020411>
- Ekman, P. (1992). "An argument for basic emotions". *Cognition and Emotion*, 6. 169-200.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books /Henry Holt.
- Gallardo Paúls, B. (2004). «La transcripción del lenguaje afásico», en B. Gallardo y M. Veyrat (Eds): *Estudios de Lingüística clínica, II: Lingüística y patología* (pp. 83- 115) Servei de Publicacions de la Universitat de València.
- García-Rodríguez, B., Fusari, A. y Ellgring, H. (2008). Procesamiento emocional de las expresiones faciales en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*. 46 (10). 609-617.
- García-Villamizar, D. y Polaino-Lorente, A. (1999). Nomination and identification of emotions: A comparative study between persons with autism, mental retardation and general population, *Studies in Psychology*, 20, 63-64, 33-44, DOI: 10.1174/02109399960256748
- González Martín, E.; Mendizábal de la Cruz, N., Jimeno Bulnes, N. y Sánchez Gil, C. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9 (1), 1-19.
- González Ruiz, R. y Loureda Lamas, O. (2001-2002). Nuevos estudios sobre lo metalingüístico en español. *Cuadernos de Investigación Filológica*, 27, 267-284.
- Hernández Sacristán, C. (2022). *Presencia y palabra. Una antropología del decir*. Tirant humanidades.
- Hutchinson, S. (2001). "Los primeros movimientos no son en mano del hombre": Retórica de la emoción en Don Quijote. En A. Villar (ed.) *Cervantes en Italia* (pp. 199-206). Actas del X Coloquio Internacional de la Asociación de Cervantistas.
- Izard, C.E (1997). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Jefferson, G. (1992). *Lectures on Conversation*. Oxford UK /Cambridge USA: Blackwell, vol. I.
- Juncos-Rabadán, O. (1993). Consideraciones sobre el lenguaje y la intervención logopédica en la tercera edad. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 13(2), 79-88.
- Juncos Rabadán, O, Pereiro A.X, Facal, D. y Rodríguez, N. (2010). Una revisión de la investigación sobre el lenguaje en el DCL. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2 (30), 73-83.
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Serrano Selva, J. P., Ros Segura, L., Aguilar Córcoles, M. J., Nieto López, M., & Ricarte Trives, J. J. (2013). el reconocimiento de emociones en caras como indicador de depresión subclínica en jóvenes y ancianos: un estudio preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 19.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (2001). "Relational meaning and discrete emotions". En K.S. Scherer, A. Schorry T. Johnstone (eds.) *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, reseason*. New York: Oxford University Press. 37-67.
- Mac Kay, A. P. (2016). Executive functions and aging. *CoDAS*, 28(4), 329-330. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162016056>
- Marcó-García, S., et al. (2019). Reconocimiento facial de emociones en trastornos neurológicos: una revisión narrativa. *Revista de Neurología*, 69 (5), 207-209.
- Martín-Aragoneses, M. T., & Fernández-Blázquez, M. Á. (2012). El lenguaje en el envejecimiento: Procesos de recuperación léxica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 34-46. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.03.005>
- Martínez, A., Martínez Lorca, M., Santos, J. L., & Martínez Lorca, A. (2018). Protocolo de evaluación de la prosodia emocional y la pragmática en personas con esquizofrenia. *Revista de Investigación en Logopedia*, 8, 129-146.
- Mendizábal, N. González, E., Jimeno, N., Sánchez, C. (2022). *Envejecimiento y lenguaje. Corpus de muestras de habla de personas con deterioro cognitivo leve en entrevistas estructuradas*. Serie patologías. Nau Llibres.
- Oatley, K. (1995). A taxonomy of the emotions of literary response and theory of identification in fictional narrative. *Poetics*, 23 (1-2), 53-74. [https://doi.org/10.1016/0304-422x\(94\)p4296-s](https://doi.org/10.1016/0304-422x(94)p4296-s)

- Peña Casanova, J. (2005). *Test TBR Barcelona Revisado. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica*. Masson.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Rodrigo-Ruiz, D. (2022). “Las emociones en el texto literario. Un análisis digital de la narrativa cervantina”. *Káñina. Rev. Artes y Letras*, Univ. De Costa Rica XKVI (1) (Enero-Abril): 117-141.
- Ruiz Rodríguez, E. (2004). Programa de educación emocional para niños y jóvenes con Síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*, 21, 84-93. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3936>
- Russel, J.A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110 (1). 145-172.
- Sander, D. (2013). Models of Emotion: The affective Neuroscience Approach. In J. Armony and P. Vuilleumier (eds.). *The Cambridge handbook of Human Affective Neuroscience*. Cambridge University Press. Cambridge. 5-53.
- Santoya Montes, Y., Garcés Prettel, M., & Tezón Boutureira, M. (2018). Las emociones en la vida universitaria: análisis de la relación entre autoconocimiento emocional y autorregulación emocional en adolescentes y jóvenes universitarios. *Psicogente*, 21, 422-439. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3081>
- Scherer, K.R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. En Scherer, K,R, Schorr, A. & Johnstone, T. (eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 92-120). Ney York: Oxford University Press.
- Sperling, R.A., et al., (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer’s disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s and Dementia: The Journal of the Alzheimer’s Association*, 7(3), 280-292.
- Valles González, B. y Rosell-Clari, V. (2016). Programa de Estimulación de las Habilidades Metalingüísticas en Teoría de la Mente (ToM) para personas con demencia: un estudio piloto. *Lingua Americana*, 38, 81-102.
- Ventura, R. L. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2, 17–25. <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/2>
- Wierzbicka, A. (1999). *Emotions across Languages and Cultures. Diversity and Universals*. Cambridge University Press.