

ENTREVISTA A OLGA IVANOVA (UNIVERSIDAD DE SALAMANCA)



Olga Ivanova es profesora titular en el Departamento de Lengua Española de la Universidad de Salamanca (USAL) y miembro del grupo de investigación LinGAP – GIR en Lingüística Aplicada. Comenzó su andadura investigadora en el ámbito de la sociolingüística urbana: en 2011 obtuvo su primer doctorado en la USAL con la tesis *Sociolingüística urbana: estudio de usos y actitudes lingüísticas en la ciudad de Kiev*.

A partir de 2016, orientó su producción científica hacia la lingüística clínica; concretamente hacia los trastornos del lenguaje asociados al envejecimiento y a trastornos neurodegenerativos. Dentro de este campo, ha analizado la producción oral de las personas con demencia desde distintos niveles del lenguaje, como la preservación sintáctica, la evaluación de la competencia pragmática, la retrogénesis, la prosodia o la fonética. Sus trabajos han sido publicados en revistas de alto impacto como *International Journal of Language & Communication Disorders*, *Frontiers in Language Sciences* o *Neuropsychology*. Además, ha co-editado obras de referencia como *Biolinguistics at the Cutting Edge: Promises, Achievements, and Challenges* o *Pragmática y discurso oral*.

Hesperia. Anuario de Filología Hispánica, XXVIII-2, 11-20

Recientemente ha sido galardonada con la Beca Leonardo 2025 de la Fundación BBVA para el desarrollo del su proyecto FONEMA, sobre el que, junto a otros temas, charlamos durante esta entrevista.

Olga, hiciste tu primera tesis dentro del ámbito de la sociolingüística, ¿qué fue lo que te atrajo de la lingüística clínica para que decidieses abandonar tu línea anterior y centrarte en los estudios del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer?

Cuando empecé el Doctorado en el año 2007, tenía muy claro que la sociolingüística era el campo en el que quería hacer mi tesis doctoral. Me entusiasmaba la oportunidad de aplicar métodos cuantitativos -rigurosos y extrapolables- al estudio de un cambio lingüístico destacable e interpretar lo observado desde el prisma de los sistemas y cambios sociales. Sigo convencida de que la sociolingüística es una de las ramas más apasionantes de la Lingüística; tanto que, en realidad, nunca la he abandonado. Entre otras cosas, porque creo que sin la teoría y el método sociolingüísticos no podríamos explicar la gran mayoría de los fenómenos del lenguaje. Ante todo, la variación. Pues bien, la variación es, quizá, lo que más conecta la sociolingüística con la lingüística clínica. En realidad, lo que hace la lingüística clínica es interesarse por variantes lingüísticas que, en vez de deberse a perfiles sociales, se deben a perfiles clínicos: alguien que habla con numerosas parafasias -dice “animal fiel” en vez de “perro”- o con estructuras sintácticas agramaticales, presenta una variación debida a una enfermedad o un trastorno. Ambas ramas, pues, comparten la inquietud por entender a qué se deben las variantes lingüísticas, cómo coexisten y qué nos pueden decir sobre la esencia del ser humano: en el plano social y en el plano neurocognitivo. Creo que somos bastantes los lingüistas que compartimos predilección por la sociolingüística y por la lingüística clínica al mismo tiempo; por mencionar algún ejemplo, pienso en figuras tan destacadas como David Crystal o Martin J. Ball.

En mi caso, pues, el interés por la lingüística clínica surgió de forma natural al intentar entender la variación más allá de lo que observaríamos en hablantes sin trastornos. Empecé a fijarme en cómo se comunican hablantes mayores, niños con enfermedades claramente identificables o adultos que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico. La vocación por estudiarlo de forma científica llegó cuando de manera definitiva tras asistir al 8 Simposio Internacional sobre el Bilingüismo, celebrado en la Universidad de Oslo en el 2011, en el

que pude escuchar trabajos rompedores del grupo de Albert Costa, de la Universidad Pompeu Fabra, sobre la afasia y las alteraciones del lenguaje en hablantes bilingües. Entonces me quedó más que claro que si quería acercarme a entender cómo funciona nuestro lenguaje, necesitaba sumarle a mi conocimiento sociolingüístico el conocimiento sobre los trastornos del lenguaje. Por aquel momento, tenía también claro que lo que quería conocer era el lenguaje en los hablantes mayores, a los que había estudiado en mi tesis doctoral desde la perspectiva sociolingüística y los que me apelaban de forma particular como un grupo que, manteniendo la norma lingüística de su juventud, era capaz y estaba dispuesto a innovar y transgredir lo socialmente correcto. Años después entendí que, además de este perfil, los hablantes mayores también son la mejor ventana a nuestra mente lingüística, pues reflejan aquello que realmente constituye la esencia del lenguaje como función cognitiva.

Así fue como llegué a lo que hoy constituye el eje central de mi investigación: los cambios del lenguaje en el envejecimiento y su contraste con los trastornos lingüísticos que caracterizan la enfermedad que más demencias causa en el mundo: la enfermedad de Alzheimer. Durante mucho tiempo -realmente, desde el descubrimiento de la enfermedad de Alzheimer a principios del siglo XX y hasta hace unos escasos años- las alteraciones del lenguaje no se percibían como su síntoma clave. Incluso cuando empecé a formarme en el ámbito de los trastornos del lenguaje, en el año 2013, la enfermedad de Alzheimer (EA) se definía como una neurodegeneración que afectaba de forma más marcada y temprana a la memoria episódica, es decir, a nuestra capacidad de recordar y recuperar hechos recientes. El síntoma lingüístico más destacado de EA era el déficit en el acceso léxico-semántico: los hablantes aquejados de esta demencia presentan dificultades progresivas para recuperar palabras, sobre todo, cuando estas son específicas, abstractas y poco frecuentes. A mí, como lingüista, me desconcertaba que este manifiesto déficit en el léxico no desencadenara cambios importantes en otras habilidades lingüísticas de los hablantes con EA: ¿cómo era posible que pudieran seguir construyendo oraciones gramaticalmente aceptables y complejas, o que su discurso se mantuviese coherente? Aquellas preguntas fueron determinantes para que orientara mi línea de investigación principal al estudio del lenguaje en EA. Hoy en día, poco más de doce años después, mi aquella reprobación lingüística ha resultado ser completamente cierta: en esta década, tanto nosotros como otros investigadores en

todo el mundo hemos venido demostrando que todos los niveles del lenguaje están afectados de una u otra forma en EA. Hoy, seguimos este apasionante camino para intentar responder a grandes interrogaciones sobre esta afectación: ¿es implicativa o modular?, ¿es primaria o secundaria?, ¿es dependiente o independiente de la tipología lingüística?, ¿es discriminante de la enfermedad o genérica a los trastornos neurodegenerativos vinculados al envejecimiento? o ¿es constante o dependiente de la variación sociolingüística? Hacerlo desde el prisma de la lingüística es fascinante: no solo permite identificar aquellos rasgos lingüísticos que ayuden a sospechar el comienzo de EA de forma temprana, también proporciona evidencias únicas para mejorar y explicar modelos y teorías del lenguaje en nuestra mente y en nuestro cerebro.

Cuando tú empezaste a trabajar en el lenguaje en este campo, en ese momento en España apenas se habían publicado trabajos sobre este tema. ¿Fue difícil empezar prácticamente de cero?

Es cierto que la lingüística clínica en España es una rama de estudio de muy reciente desarrollo. Beatriz Gallardo Paúls, catedrática de Lingüística en la Universitat de València, fue pionera en promover su implantación en nuestro país y gracias a ella hoy podemos hablar de una lingüística clínica española. Cuando yo estaba dando mis primeros pasos en la investigación clínica del lenguaje, ya existían los magníficos materiales del corpus PerLA, centrados sobre todo en el estudio de las afasias, pero escaseaban, efectivamente, evidencias sobre los cambios del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer. En general, también escaseaban evidencias sobre los cambios del lenguaje en el envejecimiento en español. Ese dato era especialmente relevante porque, aunque hoy en día ya se asume que en la lingüística clínica no podemos desestimar la variación y la tipología lingüísticas, la corriente dominante en el estudio de los trastornos desde cualquier ángulo -más neuropsicológico, más psicolingüístico o más logopédico- partía de la universalidad de los síntomas lingüísticos en enfermedades concretas. Así, pues, durante años se asumía que los hablantes con la enfermedad de Alzheimer, fuese la que fuese su lengua nativa, darían resultados muy similares en las pruebas de fluidez verbal semántica o de producción de oraciones. Sin embargo, ¿cómo podemos esperar que la enfermedad de Alzheimer afecte de la misma manera a la producción de nombres de animales en hablantes de lenguas en las que el número de palabras para el campo semántico de ‘animales’ es distinto o varía según

su disponibilidad? Además, ¿cómo podemos asumir que estos mismos hablantes produzcan el mismo tipo de oraciones cuando en las lenguas que hablan el orden oracional puede ser SVO o VOS o los procedimientos morfológicos estén más desarrollados o menos?

Empezar, pues, sin tener publicaciones de referencia sobre y para el español no fue nada fácil. Sin embargo, tuve la enorme suerte de entrar en un grupo de investigación donde yo, la única lingüista de formación entre neurofisiólogos y psicólogos, era tenida en cuenta para estudiar los trastornos del lenguaje en EA desde una perspectiva profunda y especializada. Juan José García Meilán, quien ahora dirige este grupo, fue clave en ello. Psicólogo de formación con grandes conocimientos de la lingüística, estaba convencido, igual que yo, de que en EA los cambios del lenguaje iban más allá de los que parecía estar en la superficie. En estos doce años, hemos avanzado juntos en muchas direcciones: describiendo cambios fónicos tempranos de EA, especificando los cambios léxico-semánticos desde perspectivas psicolingüística y cognitiva, abriendo caminos en el estudio de la complejidad oracional y discursiva, y un largo etcétera. Hemos podido, pues, contribuir a trazar la línea entre aquellas alteraciones del lenguaje en EA que se compartirían entre hablantes de lenguas distintas y aquellas que deben necesariamente considerarse en clave tipológica. Y aquel reto de enfrentarse al estudio del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer casi desde cero está teniendo, pues, su recompensa: hoy vemos cómo cada vez más investigadores se dedican a su estudio desde ángulos muy diferentes, y esto nos recuerda que no nos hemos equivocado en optar por un camino que a muchos no les parecía atractivo y prometedor.

¿Cómo consideras que ha evolucionado el panorama investigador en lenguaje y demencia en esta última década? ¿Qué hitos se han logrado y qué retos tenemos aún pendientes?

La última década ha presenciado una evolución sin precedentes en el estudio del lenguaje y demencia y, en mi opinión, los cambios más relevantes han ocurrido en tres aspectos. El primero de ellos tiene que ver con *desde qué perspectiva* se estudia hoy en día el lenguaje en las demencias: en los últimos diez años, se ha generado una verdadera interdisciplinariedad que permite la unión de fuerzas y conocimientos desde la neurociencia, la psicología y la lingüística en la búsqueda de los marcadores de las enfermedades neurodegenerativas.

Gracias a esta interdisciplinariedad, se ha hecho posible trazar cambios en el lenguaje en paralelo y en relación con cambios neuroanatómicos, neurofuncionales y neurocognitivos, lo que permite precisar con gran detalle qué cambia en el lenguaje de un hablante cuando empieza a desarrollar una demencia. Por ejemplo, y a pesar de una intuición inicial, se ha comprobado que los cambios en la complejidad sintáctica en los hablantes con EA no están tan directamente vinculados con alteraciones de acceso léxico como con los déficits en la memoria de trabajo. Al mismo tiempo, se ha descubierto que las redes semánticas -nuestro dominio de conceptos relacionados con ‘animales’ o con ‘frutas’- no se alteran de la misma manera ante una neurodegeneración, lo que sugiere que nuestra mente organiza las palabras que aprendemos y usamos a lo largo de la vida de maneras diferentes. En definitiva, evidencias como estas no solo mejoran la evaluación que se les puede hacer a los pacientes desde el lenguaje, sino que también nutren las teorías lingüísticas y nuestra comprensión de cómo se construye el lenguaje a nivel neurocognitivo. Considerar factores de nivel preciso desde la neurociencia, la psicología y la lingüística nos está permitiendo entender con gran precisión el itinerario de las enfermedades neurodegenerativa y la relación entre el cerebro y la función lingüística. Como no, y de forma directa, este gran hito tiene una repercusión directa en la práctica: las pruebas de evaluación del lenguaje que se usan hoy son mucho más precisas y sensibles para la detección precoz de la demencia.

Ahora bien, aunque sí muy relevante, no ha sido el único hito de los últimos años. Lo que también ha cambiado de forma significativa en la investigación lingüística de las demencias es la aproximación a su espectro. Durante mucho tiempo, y de forma previsible, la enfermedad de Alzheimer ha ocupado el lugar central en el estudio de los trastornos del lenguaje en la neurodegeneración. No es de extrañar, pues, dado que la EA es la principal causa de la demencia en todo el mundo. Sin embargo, el espectro de demencias es mucho más amplio y, aunque cuente con incidencia mucho más baja, tiene un efecto tan devastador sobre la persona afectada como la EA. Los avances en la lingüística clínica de los últimos años han permitido poner el foco en cómo el lenguaje es afectado en otras condiciones neurodegenerativas: la demencia frontotemporal, la demencia por cuerpos Lewy o la demencia vascular. Entender qué cambia en estas condiciones desde el plano lingüístico ha sido crucial para entender la red neurofuncional del lenguaje y su naturaleza implicativa; más allá de ello, ha permitido concienciar

sobre otras causas de la demencia y avanzar en la investigación de sus rasgos lingüísticos identificativos. Saber qué exactamente diferencia una demencia semántica de una EA a partir de una prueba léxica es crucial para el hablante, para sus familiares, para el especialista clínico y para el lingüista. Es ayudar al que sufre y, al mismo tiempo, avanzar en la búsqueda de la ayuda aún más especializada para los que pueden ofrecerla.

Por último, y sin extenderme mucho, no quiero dejar de mencionar el tercer hito más destacado de la lingüística clínica aplicada a las demencias de la última década: la inclusión y la consideración de la variación en su sentido más amplio: tipológica, sociolingüística e individual. Durante muchos años, los métodos tradicionales ponían el foco en la sistematicidad: todos los hablantes con EA deben tener X trastornos léxicos e Y trastornos fónicos, sean como sean cuando lleguen a la demencia. Sin embargo, estos mismos enfoques no podían explicar por qué unos pacientes con EA presentaban más afectación del léxico que otros, ni por qué dos pacientes con el mismo grado de la demencia se expresaban de una forma radicalmente distinta. Siempre recordaré un caso paradigmático que fue clave en mi formación como lingüista clínica: un hablante mayor, con EA moderado, que, por su forma de hablar -coherente y compleja- no se diferenciaba de un hablante mayor sano. Hasta que se comprobó que durante unos largos cuarenta años había trabajado en una ventanilla, despachando con problemas de todo tipo: matemáticos, logísticos, y un largo etcétera. Su reserva cognitiva, su experiencia comunicativa y su hábito lector, todos muy altos, ocultaban y compensaban sus alteraciones cognitivas y lingüísticas pronunciadas. Aquel caso paradigmático era un caso de la variación, que hoy en día tenemos cada vez más en cuenta. Nuestros mayores, con y sin demencia, han vivido una vida que los ha formado como lectores, actores sociales, perfiles sociolingüísticos y personalidades complejas; si no tenemos en cuenta los diferentes itinerarios que los caracterizan, nunca podremos entender como una demencia altera la habilidad lingüística ni cómo se manifiesta esta. Incluir la consideración de la variación ha sido un antes y un después de la lingüística de la última década; y es, probablemente, la hoja de ruta que esta debe seguir de aquí en adelante

En el último lustro la Inteligencia Artificial ha revolucionado nuestra forma de entender el mundo, incluido el ámbito académico. En

algunos de tus trabajos, has hablado sobre las aplicaciones de esta tecnología al análisis del discurso patológico. ¿Cómo podemos trabajar desde la lingüística clínica para aprovechar al máximo las oportunidades que nos ofrece la IA?

Esta pregunta es imprescindible en el ámbito de la lingüística clínica actual, pero, al mismo tiempo, resulta agri dulce. Como pasa en casi todos los ámbitos del estudio, la inteligencia artificial aporta mucho bueno, pero también causa el efecto contrario, con que la lingüística clínica se enfrenta, realmente, a un desafío que debe saber controlar.

En el caso específico de la aplicación de la IA al análisis de los trastornos del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer, el tema que ha ocupado de manera central la investigación reciente ha sido el de la automatización del análisis de los rasgos fónicos, léxicos y gramaticales del discurso de los mayores con el fin de detectar el posible comienzo de la demencia. Dicho de otra forma: los esfuerzos de los últimos años han buscado crear algoritmos que, a partir de una simple grabación de una conversación o un discurso, permitan sospechar que la persona en cuestión esté desarrollando la EA. Así, a priori, la propuesta es más que tentadora. ¿Se imaginan que en un futuro (muy) próximo podamos grabar a una persona con una grabadora sencilla (como la de un móvil) y que un algoritmo, integrado en el mismo móvil, nos indique que estamos sanos o estamos desarrollando una demencia? Pues bien, esta utopía surgió como tal hace más de quince años y hoy en día se ha convertido en el punto de anclaje de numerosos grupos de investigación que buscan el algoritmo perfecto para analizar el habla para identificar que la persona grabada está sana o, vaya, está desarrollando una demencia.

Pues bien, allí donde parecía haber una magnífica oportunidad, también hay arenas movedizas. Ni el habla es tan algorítmica como para analizarla de forma totalmente computarizada (considere la variación entre hablantes y la casuística de cómo lo hacemos), ni todo lo que podemos (o debemos) evaluar es el habla. Menos aún es posible la automatización completa de la evaluación del habla para la detección de enfermedades concretas. Urjo al lector a no hacerlo si no quiere equivocarse en el primer cruce que encuentre en su camino. La inteligencia artificial es eso: artificial, por lo que debemos someterla a la inteligencia

natural, propia de los humanos, si queremos hilar fino y con precisión en nuestra comprensión de los biomarcadores lingüísticos.

Acabas de conseguir una Beca Leonardo en la última convocatoria (solo otras 58 propuestas lo han logrado). ¿Qué nos puedes contar de FONEMA, el proyecto con el que has obtenido esta financiación?

FONEMA es, actualmente, el proyecto de mi vida. Tras casi quince años de investigación, he visto más que claro que las enfermedades neurodegenerativas cuentan, en su predominante mayoría, con un perfilado lingüístico específico y, como tales, pueden identificarse a partir de un retrato fónico si este está bien delimitado y descrito. Ese es el objetivo de FONEMA: definir los rasgos fónicos (y todos aquellos que llevan a ellos de forma sistemática) que perfilan una causa específica de la demencia -enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, demencia vascular, afasia progresiva primaria, etc.- y permiten apuntar a ella tanto a nivel aplicado como a nivel teórico. El atlas que pretende generar FONEMA busca poner a la disposición de todos los investigadores que deseen conocerlo qué rasgos del habla apuntan a una demencia en concreto, facilitando así su diagnóstico y descripción teórica. FONEMA es un proyecto en español y para el español, pero su cometido va mucho más allá: fomentar el diagnóstico de las enfermedades neurodegenerativas a partir del habla y el lenguaje de forma genérica. Espero que para finales de 2026 el lector pueda consultar dicho atlas en su máxima expresión.

Por último, ¿crees que los avances en lingüística clínica están llegando suficientemente a la sociedad —por ejemplo, al ámbito sanitario, educativo o familiar—, o aún queda un largo camino para que la investigación tenga un impacto visible?

Están llegando, pero creo que, a la vez, no de forma suficiente. En España, no existen profesiones reconocidas de fonoaudiólogo o terapeuta del lenguaje, lo que complica la intervención de un especialista en el lenguaje (¡un lingüista, vaya!) en la detección, el diagnóstico y el tratamiento de un hablante afectado. Además, los análisis desde la investigación tienen una réplica poco coherente en el ámbito aplicado, lo que sugiere que, en realidad, hay poca coordinación entre la investigación y el ámbito clínico. Creo que la clave sería fomentar la coordinación entre los grupos que investigan y los grupos que practican. Así, por ejemplo, es como me han formado en mi grupo de investi-

gación en la Universidad de Heidelberg, en Alemania: lo que investigues, que se aplique. A Óscar Loureda y a su grupo les debo una idea aplicada clara: la investigación debe poder aplicarse, sea como sea. Solo así conseguiríamos una lingüística clínica con sentido.