

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 67

Lecciones de Gerontología

Coordinadores: Ignacio Montorio Cerrato, Gema Pérez Rojo

XI. Comunicación y lenguaje en la vejez

Autor: Juncos-Rabadán*, Onésimo; Pereiro**, Arturo X.; Facal***, David
Filiación: *Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela.
**Facultad de Psicología, Universidad de Almería.
Contacto: pejuncos@usc.es
Fecha de creación: 23-10-2006

Para citar este documento:

JUNCOS-RABADÁN, Onésimo, PEREIRO, Arturo X. FACAL, David (2006). "Comunicación y lenguaje en la vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 67. Lecciones de Gerontología, XI [Fecha de publicación: 13/11/2006].
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003
ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



ÍNDICE

| | Pag. |
|--|-----------|
| Presentación del capítulo | 3 |
| Objetivos | 3 |
| 1 Evolución de la comunicación y el lenguaje en el proceso normal de envejecimiento. | 3 |
| 1.1 Cognición, comunicación y lenguaje en el envejecimiento. | 4 |
| 1.2 Dificultades en el procesamiento léxico, sintáctico y discursivo. | 5 |
| 2 Deterioro de la comunicación y del lenguaje en el envejecimiento excepcional (demencias y afasias). | 7 |
| 2.1 Deterioro del lenguaje en las demencias. | 7 |
| 2.1.1. Deterioro del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer (DTA) | 8 |
| 2.1.2. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en la demencia frontotemporal (DFT). | 9 |
| 2.1.3. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en las demencias subcorticales. | 10 |
| 2.1.4. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en las demencias vasculares. | 10 |
| 2.2 Deterioro del lenguaje en afasias. | 11 |
| 3 Intervención en la comunicación y el lenguaje. | 13 |
| 3.1 Intervención en el envejecimiento normal. | 14 |
| 3.2 Intervención en el envejecimiento excepcional (demencias y afasias) | 16 |
| Conclusiones | 17 |
| Lecturas recomendadas | 18 |
| Referencias bibliográficas | 20 |

Presentación del capítulo

El lenguaje es uno de los procesos psicológicos más importantes para las personas mayores. Es clave para mantener la red de relaciones sociales y de comunicación que han ido elaborándose a lo largo de la vida y para establecer otras nuevas. Es también un instrumento para resolver problemas cotidianos, un medio de expresión personal y de creación. Sin embargo el paso del tiempo ocasiona un deterioro normal en esta preciada herramienta. En ocasiones, procesos neurológicos excepcionales le afectan de forma más o menos grave. Este capítulo ayudará a entender el deterioro normal y excepcional del lenguaje en la vejez y a actuar para minimizar sus efectos.

Objetivos

Comprender la evolución de la comunicación y el lenguaje durante el proceso de envejecimiento normal y excepcional o patológico. Analizar la relación entre la comunicación y el lenguaje y el envejecimiento cognitivo. Conocer las principales características de la intervención en comunicación y lenguaje durante el envejecimiento.

1. Evolución de la comunicación y el lenguaje en el proceso normal de envejecimiento.

El desarrollo del lenguaje durante los primeros años de vida se caracteriza por un incremento de las capacidades comunicativas y lingüísticas. ¿Pero, qué sucede en el proceso de envejecimiento? Podemos decir que en la vejez hay un desarrollo de la comunicación y del lenguaje, porque se amplía el conocimiento general del mundo, y se dispone de más contenidos y experiencias para comunicar. Pero al mismo tiempo, en el envejecimiento normal, aparecen dificultades de acceso al

léxico, dificultades de procesamiento sintáctico y de organización del discurso. Estas dificultades parecen tener su origen en una pérdida de eficacia en el procesamiento: se hace difícil o incluso imposible encontrar un nombre en el momento en que se necesita, aparecen dificultades en la comprensión de frases complejas, o se pierde con mayor facilidad el hilo de una conversación. En algunas personas, cuyo proceso de envejecimiento es excepcional porque se ve alterado por alteraciones neurológicas, se produce también un deterioro en la comunicación y el lenguaje.

1.1. Cognición, comunicación y lenguaje en el envejecimiento

El envejecimiento cognitivo se ha caracterizado como un proceso normal que tiene lugar a lo largo de los años y que produce una pérdida de eficacia en el procesamiento de las operaciones mentales, mientras que se mantienen los contenidos o conocimientos. Es lo que tradicionalmente se ha llamado como pérdida en la inteligencia fluida y mantenimiento en la inteligencia cristalizada. La pérdida de eficacia en el procesamiento afecta especialmente a varias dimensiones de la atención, a la memoria operativa y al control inhibitorio y tiene consecuencias sobre el funcionamiento de la comunicación y del lenguaje.

En el proceso de envejecimiento normal se producen dificultades en varias dimensiones de la atención, como la atención sostenida, dividida y selectiva (Pereiro y Juncos, 2000). Se dificulta el funcionamiento de la memoria operativa, especialmente en su componente Ejecutivo Central o Sistema Atencional Supervisor, del que depende el control del flujo de la información, y la regulación y supervisión de los diferentes procesos implicados en tareas complejas. También se altera la capacidad inhibitoria, y como resultado, los ancianos tienen dificultades para atender a la información relevante y para inhibir la información irrelevante que produce interferencias.

Los problemas de atención, memoria operativa y control inhibitorio tienen consecuencias sobre la eficacia de la comunicación, especialmente en cuanto a la atención compartida y la relevancia. La comunicación sólo es eficaz si ambos

interlocutores se prestan atención el uno al otro y su atención se focaliza y cambia sobre los mismos contenidos. La comunicación también exige que lo que un interlocutor diga o haga sea relevante para el otro en un contexto determinado. Para ello los comunicantes, en su interacción o conversación, tienen que seleccionar aquellas expresiones y contenidos que sean relevantes. Las alteraciones de la memoria operativa y del control inhibitorio afectan especialmente a la organización del discurso, dando lugar a interferencias de la información no relevante que dificultan la comprensión y hacen perder el hilo conductor de una conversación o de una narración.

En casos de envejecimiento excepcional, en las demencias, se producen alteraciones cognitivas importantes que afectan la comunicación y el lenguaje. En las afasias, además de los déficits específicamente lingüísticos pueden aparecer también alteraciones cognitivas que repercuten negativamente en el procesamiento léxico, sintáctico y discursivo.

1.2. Dificultades en el procesamiento léxico, sintáctico y discursivo.

En el léxico de los ancianos se mantiene e incluso se incrementa su capacidad comprensiva. Se incrementa la cantidad de palabras en su vocabulario (Verhaeghen, 2003); se incrementa su capacidad conceptual debido a un mayor conocimiento y experiencia; y se mantiene la organización semántica (Burke y Safto, 2004). Sin embargo, los ancianos tienen dificultades en su capacidad productiva, que se manifiestan en tareas tales como: a) encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos o acciones en tareas de denominación; b) decir nombres a partir de una categoría dada (por ejemplo, decir nombres de animales carnívoros); c) encontrar la palabra exacta ante una definición. También se produce en los ancianos un incremento de episodios de tener la palabra “en la punta de la lengua” (PDL) tanto en situaciones de lenguaje espontáneo como en situaciones experimentales. Consiste en la demora o imposibilidad absoluta de decir la palabra adecuada, pero con la sensación de certeza absoluta de conocer esa palabra. Son situaciones que a veces se resuelven espontáneamente en el curso de la conversación o después de utilizar varias estrategias de búsqueda (buscar información relacionada, buscar la

primera sílaba, etc., preguntar a alguien, etc).(Burke, MacKay, Worthley y Wade, 1991; Juncos-Rabadán, Facal, Álvarez y Rodríguez, 2006).

Los ancianos tienen dificultades en la comprensión, repetición y uso espontáneo de oraciones complejas tanto en el lenguaje oral como escrito. Estas dificultades se han relacionado con alteraciones en el funcionamiento de la memoria operativa (Kemper, Herman y Liu, 2004) para organizar, controlar y supervisar el proceso de organización de los elementos (sintagmas, asignación de papeles temáticos, movimientos, etc.) implicados en la oración..

Muchos ancianos tienen problemas en comprender historias o noticias complejas, se quejan de dificultades para seguir las películas, y se dan cuenta de que hablan demasiado y se pierden cuando quieren contar una historia. En los estudios sobre el tema se informa de dificultades de los mayores en la comprensión de textos escritos, en la comprensión y producción de la conversación, en las descripciones, en narraciones orales y escritas y en los relatos autobiográficos. Las dificultades se concretan en: a) no se comprende toda la información del texto; b) se reduce la densidad de contenido informativo (contenido dividido por el número de palabras); c) aparecen dificultades para mantener la cohesión (disminuye en número de elementos cohesivos, como son las partículas referenciales); y d) aumenta la cantidad del discurso o locuacidad. Las dificultades en la comprensión pueden deberse a los problemas para organizar la información en un todo coherente. La reducción de la densidad de contenido informativo está acompañada, en muchas ocasiones, con el incremento de interpretaciones y adiciones subjetivas (Juncos-Rabadán, Pereiro y Rodríguez, 2005). Esto se ha interpretado como una dificultad para organizar y estructurar la información compleja o como la expresión de un estilo más interpretativo y subjetivo propio de los mayores. El aumento de la locuacidad se ha interpretado también en un doble sentido: como expresión de la dificultad para inhibir palabras, y como manifestación de la necesidad pragmática de comunicación.

Las dificultades lingüísticas mencionadas pueden atenuarse e incluso desaparecer cuando se incrementa el nivel educativo, cuando se establece una comunicación motivadora y emocionalmente positiva, y cuando se dispone de un conocimiento previo adecuado o experto del tema.

2. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en el envejecimiento excepcional (demencias y afasias)

2.1. Deterioro del lenguaje en las demencias.

En las demencias se produce un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas, comunicativas y lingüísticas que se presenta inicialmente en forma de dificultades similares a las del envejecimiento normal (Perkins, Whitworth, y Lesser, 1997). A veces es difícil determinar si estas dificultades se corresponden a un proceso normal de envejecimiento, a un deterioro cognitivo leve o a un verdadero proceso de demencia. Especialmente difíciles de diagnosticar son los problemas de acceso léxico que aparecen de forma similar en los tres procesos mencionados. En los momentos actuales, en los que existe tanta información y tanta preocupación por la demencia, son numerosas las personas que al pasar los sesenta años, y ver incrementados sus episodios de PDL se empiezan a preocupar por si estuvieran iniciando un proceso de demencia. Por eso es importante tener algunos conceptos claros sobre las alteraciones del lenguaje en casos de demencias (ver Robles y Vilariño, 1998).

2.1.1. Deterioro del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer (DTA).

Las primeras manifestaciones de deterioro aparecen en el léxico. Los pacientes y sus familias relatan que olvidan los nombres, o que tienen problemas de denominación. El examen detallado de las dificultades léxicas indica que la alteración fundamental se da en la organización semántica y conceptual (Garrard, Lambon, Patterson, Pratt y Hodges, 2005). Los pacientes pueden repetir fácilmente palabras así como decir listas de palabras que empiezan por un fonema o sílaba determinado. Esto parece indicar que la organización fonológica del léxico está

preservada. Los problemas aparecen especialmente en la denominación, decir los nombres de objetos reales o representados en dibujos, en decir el nombre que corresponde a una definición, en generar nombres a partir de una categoría (ejemplo: nombres de frutos secos), y en la comprensión de palabras.

A medida que va avanzando la enfermedad el deterioro semántico se incrementa. La destrucción de otras áreas cerebrales, especialmente del hemisferio izquierdo produce alteraciones afásicas similares a la afasia transcortical sensorial, con problemas de comprensión sintáctica y discursiva y parafasias semánticas y paragramatismo en la producción. El deterioro cognitivo, que afecta especialmente a la atención, la memoria operativa y la memoria a largo plazo, hace que los problemas del lenguaje sean mucho más graves que en el caso de afasia. Los pacientes, y especialmente sus familias, van experimentando que no sólo se altera su lenguaje, sino también su conocimiento del mundo. A pesar de esta destrucción cognitiva los pacientes conservan su capacidad de comunicación no verbal que se ve afectada, sin embargo, por las alteraciones en su personalidad y conducta (cambios de humor, irritabilidad, etc.). En las últimas fases de la enfermedad, se llega a una abolición casi absoluta del lenguaje y de la comunicación. En algunos casos pueden mantenerse aspectos muy elementales de la comunicación a través del contacto corporal y del sentido del olfato.

2.1.2. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en la demencia frontotemporal (DFT)

En este tipo de demencia, que produce atrofia y degeneración del lóbulo frontal y temporal, aparecen problemas en la comunicación a causa de las alteraciones en la personalidad y en la conducta social. Problemas que tienen que ver con la dificultad de inhibición y falta de atención. Los pacientes no pueden atender ni participar adecuadamente en la conversación. Por su comportamiento desinhibido, obsesivo y a veces paranoico no pueden mantener las reglas de la interacción, ni respetar los turnos, ni mantener las pautas de la conversación, por lo que la comunicación se hace muy difícil.

Las alteraciones frontales afectan especialmente a la memoria operativa en su elemento principal el Ejecutivo Central, por lo que los pacientes pierden la capacidad de planificación, organización y control. Se ve afectado el lenguaje espontáneo, porque el paciente pierde la iniciativa para hablar y la capacidad de organizar el discurso. Su discurso puede aparecer como reiterativo, con perseveraciones y ecolalia. También tienen dificultades en la comprensión del discurso por la dificultad de organizar y estructurar en un todo coherente. Se mantiene bastante bien su capacidad léxica, tanto en comprensión como en producción. Cuando la degeneración afecta principalmente al hemisferio izquierdo, y se ven afectadas las áreas de Broca y la corteza temporal se produce una afasia progresiva. En este caso el lenguaje tanto comprensivo como productivo se va deteriorando progresivamente, también en el léxico y la sintaxis. Si predomina la atrofia temporal se producen alteraciones semánticas que afectan al léxico, y a la comprensión, por eso se suele llamar también a estas alteraciones “demencia semántica”. En las fases finales de la enfermedad se llega a un deterioro global de la comunicación y del lenguaje.

2.1.3. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en las demencias subcorticales.

En la demencia parkinsoniana, los trastornos del lenguaje empiezan afectando a la articulación a causa de los problemas articulatorios (disartria), y a la entonación o prosodia. Se mantienen los aspectos estructurales del lenguaje, como la organización del léxico, la sintaxis y el discurso. A medida que avanza la enfermedad y se deterioran los aspectos cognitivos también se alterará la organización del lenguaje. En la enfermedad de Huntington se altera en primer lugar la articulación y la fluidez del lenguaje. El avance de la enfermedad lleva consigo un deterioro cognitivo y de control motriz que puede acabar en una abolición absoluta del lenguaje.

2.1.4. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en las demencias vasculares.

En las demencias vasculares, dado la variabilidad individual, las alteraciones del lenguaje pueden ser muy diferentes de unos casos a otros. Dependiendo de qué áreas cerebrales estén afectadas así será el proceso de la enfermedad tanto desde el punto de vista cognitivo como comunicativo y lingüístico. Pueden darse procesos similares a los de la DFT, o a las DTA, o a las demencias subcorticales, con alteraciones que pueden afectar inicialmente a la fluidez del lenguaje, a su organización semántica o a la articulación del habla. El proceso de avance incrementa el deterioro cognitivo, comunicativo y lingüístico.

2.2. Deterioro del lenguaje en las afasias.

Situaciones excepcionales de envejecimiento se pueden producir por lesiones cerebrales focales que dan lugar a alteraciones específicas del lenguaje que tradicionalmente han sido llamadas con el nombre de afasias (Goodglass y Kaplan, 1986). Las causas más frecuentes de lesión cerebral son los accidentes cerebrovasculares, los procesos tumorales y los traumatismos.

En las afasias se alteran fundamentalmente los procesos lingüísticos, quedando bien preservadas las capacidades comunicativas (Whitworth, Perkins, y Lesser, 1997). Esto significa que las personas podrán comunicarse utilizando otros medios, tales como los gestos, u otros sistemas alternativos. Los procesos cognitivos, especialmente la atención y la memoria operativa, pueden estar más o menos conservados dependiendo de la localización y amplitud de la lesión. En las afasias los problemas del lenguaje aparecen de forma súbita a consecuencia de la lesión. A diferencia de las demencias el deterioro no es progresivo, sino que se estabiliza cuando se estabiliza la dinámica cerebral del área lesionada. Las alteraciones del lenguaje varían en los distintos tipos de afasia, que tradicionalmente se han clasificado en los siguientes: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia

Transcortical Sensorial, Afasia Transcortical Motora, Afasia Anómica y Afasia Global (Goodglass y Kaplan, 1986; Peña-Casanova, 1990).

En la Afasia de Broca, se altera la organización sintáctica del lenguaje tanto en la producción como en la comprensión. El habla de los pacientes se caracteriza por ser poco fluida y sus producciones son muy cortas, con falta de estructuración sintáctica. Es lo que se ha llamado lenguaje telegráfico y agramatical. Los pacientes tienen también dificultades para comprender frases sintácticamente complejas. El léxico está bien conservado, porque la organización semántica del lenguaje se mantiene. La Afasia de Broca se suele acompañar de problemas articulatorios que hacen difícil la comunicación. En los casos más graves el lenguaje productivo es completamente imposible y ha de ser sustituido por sistemas alternativos de comunicación no verbal (gestos y otros signos pictóricos).

En la Afasia de Wernicke, las principales alteraciones se dan en la organización fonológica y semántica. Los pacientes tienen dificultades en la discriminación de los fonemas y por lo tanto no pueden comprender el lenguaje, en sus diferentes segmentos, palabras, frases y discurso. Su habla es fluida pero plagada de parafasias fonémicas y neologismos, es decir de palabras alteradas fonológicamente y que son difíciles de comprender. A veces sus expresiones constituyen una auténtica jerga, imposible de entender, y que ha sido llamada jergafasia.

En la Afasia Transcortical Sensorial, se produce una grave desorganización semántica. Los pacientes tienen graves dificultades en la comprensión de palabras, de frases y del discurso. Los síntomas son muy parecidos a los que se manifiestan en los estadios iniciales de la DTA, pero no tiene lugar el deterioro cognitivo que caracteriza a esta demencia.

En la Afasia Transcortical Motora, las alteraciones afectan al lenguaje espontáneo y producen una dificultad para producir un discurso organizado. Se producen perseveraciones y estereotipias. No se producen alteraciones en el léxico, ni en la sintaxis. Los problemas tampoco afectan a la comprensión. Los síntomas de falta de espontaneidad y perseveraciones tienen mucho parecido con los

síntomas iniciales de la DFT, pero no van acompañados de alteraciones de la personalidad ni de deterioro cognitivo.

La Afasia Anómica, se ha caracterizado por dificultades de acceso al léxico, con dificultad o imposibilidad absoluta para decir nombres (anomia), pero sin problemas en la comprensión de los mismos. Los problemas léxicos de la Afasia Anómica son muy parecidos a las dificultades de acceso al léxico que se producen en el envejecimiento normal. La diferencia estriba en que son más frecuentes y más difíciles de resolver.

La Afasia Global se utiliza para caracterizar un deterioro grave del lenguaje, con grandes dificultades para la comprensión y la producción. Es un deterioro que se suele dar en los estados iniciales y graves de alteración del lenguaje por lesión cerebral. Suele ser un estado que puede evolucionar a otros tipos de afasia, o se mantiene en los casos muy graves.

3. Intervención en la comunicación y el lenguaje.

La intervención en la comunicación y el lenguaje en personas mayores tiene que cumplir cuatro requisitos fundamentales, dos de tipo institucional que son: ser sistémica, y realizada en grupo; y dos de tipo personal, que son: estar basada en un estudio completo del individuo e ir orientada a mejorar su calidad de vida (Juncos y Pereiro, 2003). Tiene que ser sistémica, es decir realizada sobre los individuos desde las unidades de atención clínica, servicios sociales o educativos, que son los lugares naturales donde se programa la intervención, y expandida hasta la familia, las instituciones y los grupos vitales de los ancianos. La intervención en la comunicación y el lenguaje forma parte de una intervención totalizadora, que implica a un equipo de profesionales, como son logopedas, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, fisioterapeutas, etc. Tiene que estar basada en un estudio minucioso de los ancianos, tanto desde el punto de vista neuropsicológico como personal y social. Ha de estar orientada a mejorar la calidad de vida de los

mayores mejorando su satisfacción emocional y su interacción social, y optimizando su capacidad cognitiva.

3.1. Intervención en el envejecimiento normal.

En la intervención con personas mayores sanas, sin deterioro neurológico, los objetivos principales son estimular el deseo de comunicación; mantener y desarrollar las habilidades comunicativas y conversacionales; y mantener y desarrollar habilidades lingüísticas. Comunicar es, en primer lugar, deseo de comunicar, tener un plan para compartir algo. Por eso la intervención tiene que conseguir estimular la voluntad de compartir y comunicar. Además de desear comunicarse hay que saber hacerlo, dominando habilidades comunicativas y conversacionales, y utilizando habilidades lingüísticas, de comprensión y producción léxica, sintáctica y discursiva.

En primer lugar es necesaria comunicación personal entre los profesionales (logopeda, psicólogo, educador) y los mayores para que éstos puedan exponer sus necesidades y deseos. Después, se perseguirá que las personas mejoren sus habilidades de interacción y conversación en los siguientes aspectos: a) manejo de los turnos, control de las veces que uno toma el turno, del tiempo consumido en cada turno, del seguimiento y respeto de los turnos; b) control del tema, seguimiento del tema principal e introducción de nuevos temas; c) respeto de las normas de la conversación, en cuanto a cantidad de información, cualidad o veracidad, relación o relevancia, modo (concisión y ordenado); y d) reparación de las dificultades, pidiendo y haciendo aclaraciones, dando explicaciones y haciendo autocorrecciones.

Los problemas perceptivos y motrices de muchos ancianos exigen un reaprendizaje de las habilidades para oír y hablar. La pérdida de audición puede dar lugar a problemas de discriminación y de comunicación. Conviene aprender estrategias que permitan discriminar palabras y frases en contextos de ruido, ayudándose de la lectura labial y de los gestos corporales. También los cambios de intensidad y tono de la voz, pueden dificultar la comunicación. Se hace necesario mejorar la voz y la articulación de las palabras. Medidas de tipo ambiental, como la

reducción de ruidos y la estructuración de los espacios tanto privados como comunitarios, pueden ayudar a compensar las dificultades.

Como hemos visto anteriormente, uno de los problemas más frecuentes en el envejecimiento es el acceso a las palabras, especialmente a los nombres. Conseguir recuperar la palabra apropiada en el momento justo suele ser una ardua tarea que no siempre acaba con éxito. Un objetivo concreto de la intervención será desarrollar estrategias que faciliten y ayude a encontrar los nombres, proporcionando información conceptual, semántica y ayudas fonéticas.

Los ancianos suelen tener dificultades en la organización del discurso, como consecuencia de los problemas en la memoria operativa que entorpecen el procesamiento de información compleja. Sin embargo, la conservación de otros mecanismos metacognitivos, como el conocimiento de las reglas del discurso, y el conocimiento general y de contenidos concretos pueden ser de gran utilidad en la intervención. El objetivo de la intervención, en este caso, será desarrollar estrategias de organización y estructuración de distintos tipos de discurso, narrativo, expositivo, procedimental y argumentativo, basadas en el conocimiento de las reglas que gobiernan cada uno de estos tipos discursivos.

La intervención en la comunicación y el lenguaje se ha de organizar en el contexto de programas integrados en los cuales se aborden el mantenimiento físico, la estimulación cognitiva, el desarrollo personal y social. Estos programas hacen posible que se mejore la comunicación y el lenguaje a partir de cualquier actividad, ya sea física, cognitiva, social o personal.

3.2. Intervención en el envejecimiento excepcional (demencias y afasias).

En casos de demencias y afasias, se pueden aplicar los mismos principios generales ya mencionados. El objetivo primordial es conseguir el mayor nivel de comunicación posible dentro de la situación particular de cada persona. En muchos casos será necesario el uso de sistemas alternativos o aumentativos de comunicación, y en otros nos conformaremos con alcanzar un nivel básico de comunicación funcional.

En las demencias, como el deterioro de la comunicación y del lenguaje es progresivo, los objetivos de la intervención serán retrasar el proceso y mantener en la medida de lo posible las capacidades comunicativas. Por ese motivo es importante intervenir lo antes posible, en cuanto empiezan a aparecer los primeros síntomas. Otras recomendaciones son: a) mantener y desarrollar al máximo las actividades de la vida diaria; b) participar en programas de estimulación cognitiva; c) mantener y desarrollar las relaciones sociales; d) participar en programas de entrenamiento en relaciones personales y sociales; y e) participar en programas específicos de logopedia.

En las fases iniciales es necesario que los familiares, especialmente la persona o personas que más directamente estén relacionados con los pacientes, participen también en programas de entrenamiento y ayuda, para conocer la enfermedad y practicar estrategias de intervención en comunicación y lenguaje. A medida que avanza la enfermedad y el deterioro se va haciendo más importante, los objetivos de la intervención serán mantener las capacidades comunicativas que permitan al paciente una mayor calidad de vida y satisfacción personal. En muchos casos en los que el lenguaje no es suficiente para mantener un nivel de comunicación adecuado, se recurrirá a sistemas alternativos de comunicación adaptados a las capacidades sensorio-motrices y cognitivas de los pacientes.

En la intervención en personas mayores con afasia, hay que tener en cuenta la edad de los pacientes y la extensión de la lesión; a mayor edad y mayor extensión, peor pronóstico de recuperación. Las principales pautas generales son: 1)

empezar la intervención lo antes posible; 2) intervenir lo más frecuentemente posible; 3) tener en cuenta las habilidades previas a la lesión, y en especial el nivel educativo; 4) utilizar la conversación como marco principal de intervención comunicativa y lingüística; 5) implicar a los familiares en la intervención; y 6) utilizar sistemas alternativos de comunicación cuando la comunicación lingüística sea imposible. Los programas se concretarán para cada tipo de afasia y para cada persona (ver revisión en Guell y Olivé, 2001). En las afasias tipo Broca los programas se centrarán en el desbloqueo del lenguaje; tratamiento de los problemas articulatorios; tratamiento de los problemas de sintaxis; y tratamiento de los problemas de organización discursiva. En las afasias tipo Wernicke los objetivos más importantes de la intervención serán la reorganización de la discriminación de los fonemas; la eliminación de las parafasias y la jerga; la mejora de la comprensión de las palabras, de las frases y del discurso. En la afasia transcortical sensorial el objetivo principal será la reorganización semántica para mejorar la comprensión de las palabras, frases y textos. En la afasia transcortical motora, el objetivo es recuperar la capacidad de planificación, control y organización del lenguaje espontáneo. En la afasia anómica el objetivo principal consiste en reorganizar los procesos de acceso al léxico

Conclusiones

En el envejecimiento normal se producen dificultades en la comunicación y en el lenguaje que están muy relacionadas con problemas cognitivos, especialmente en la atención y la memoria operativa. En las demencias se produce un deterioro en las capacidades comunicativas y lingüísticas causadas por el deterioro cognitivo y de la personalidad. En las afasias se producen alteraciones específicas del lenguaje que tienen repercusiones en sus capacidades comunicativas. La intervención en el envejecimiento normal va destinada a mantener y desarrollar sus capacidades comunicativas y lingüísticas utilizando programas integrados que contemplen actividades cotidianas, culturales, recreativas y específicas de comunicación y lenguaje. La intervención en las demencias tiene por objetivos retrasar y paliar el

deterioro y mantener al máximo las capacidades comunicativas. Los programas de comunicación y lenguaje deben combinarse con programas de estimulación cognitiva, personal y social. La intervención en las afasias tiene objetivos específicos sobre la articulación, el léxico, la sintaxis y el discurso. Se utilizarán programas específicos en los distintos tipos de afasias, que combinarán estrategias para los distintos déficits.

Lecturas recomendadas

1. Juncos, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*. Masson. Barcelona. 1998.

El libro ofrece información sobre comunicación, lenguaje y voz en la vejez normal; sobre los trastornos del lenguaje en las demencias y sobre programas de intervención.

2. Nussbaum, J. F. y Coupland, J. (2004). *Handbook of communication and aging research*. 2nd Edition. Mahwah, N J: Lawrence Erlbaum.

Es un manual que estudia la influencia sobre la comunicación de las personas mayores de diversos aspectos sociales, como los estereotipos, las relaciones intergeneracionales, las relaciones de pareja y la jubilación

2. Worrall, L. E y Hickson, L. M. (2003). *Communication disability in aging: From prevention to intervention*. Clifton Park: Delman Learning

El libro analiza los problemas de comunicación y del lenguaje en el envejecimiento normal y excepcional, y propone alternativas para prevenirlos, resolverlos o paliarlos.

Referencias

Burke, D. M., MacKay, D., Worthley, J. y Wade, E. (1991). On the tip of the tongue: What causes word finding failures in young and old adults?. *Journal of Memory and Language*, 30, 542-579.

Burke, D. M., y Shafto, M.A. (2004). Aging and language production. *Current Directions in Psychological Science*, 31, 21-24.

power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*, 14, 41-49.

Garrard, P., Lambon, M.A., Patterson, K., Pratt, K.H. y Hodges, J.J. (2005). Semantic feature knowledge and picture naming in dementia of Alzheimer's type: A new approach. *Brain and Language*, 93, 79-94

Goodglass, H. y Kaplan, E. (1986). *La evaluación de la afasia y trastornos asociados*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana.

Guell, M. y Olivé, M.C. (2001) Rehabilitación de la afasia. En M. Puyuelo (Ed.), *Casos clínicos en logopedia 3* (pp. 73-144). Barcelona: Masson.

Juncos, O. y Pereiro, A.X. (2003). Comunicación y lenguaje en edades avanzadas. En .M.Puyuelo, y J.A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje .Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto* (pp. 565-586). Barcelona: Masson.

Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A.X. y Rodríguez, M.S. (2005). Narrative speech in aging: Quantity, information content and cohesion. *Brain and Language*, 95, 423-434.

Juncos-Rabadán, O., Facal, D., Álvarez, M. y Rodríguez M.S. 2006. El fenómeno de la punta de la lengua (PDL) en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*, 18, 3, 500-505

Kemper, S., Herman, R. E, y Liu, Ch. (2004). Sentence production by young and older adults in controlled contexts. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, P220-P224

Peña Casanova, J. (1990). *Normalidad, semiología, y patología neuropsicológica. Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona*. Barcelona: Masson.

Pereiro, A. X. y Juncos, O. (2000). Deterioro atencional en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 35(5), 283-289.

Perkins, L., Whitworth, A., y Lesser, R. (1997). *Conversation analysis profile for people with cognitive impairment*. London: Whurr Publishers.

Prutting, C. y Kirchner, D.M. (1987). A clinical appraisal of pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 105-119.

Robles, A. y Vilariño, I. (1998). Trastornos del lenguaje en la demencia. En O. Juncos (Ed.), *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención* (pp. 73-97). Barcelona: Ed. Masson.

Tsvetkova, L. S. (1978). *Reeducación del lenguaje, la lectura y escritura*. Barcelona: Fontanella

Verhaeghen, P. (2003). Aging and vocabulary scores: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 332-339.

Whitworth, A., Perkins, L., y Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia*. London: Whurr P.