

## ***PROBLEMAS DEL LENGUAJE EN LA TERCERA EDAD. ORIENTACIONES Y PERSPECTIVAS DE LA LOGOPEDIA***

***Onésimo Juncos Rabadán***

*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación,  
Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela.*

***Arturo Pereiro Rozas***

*Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Almería.*

### ***INTRODUCCIÓN***

La Logopedia siempre ha sido considerada como una intervención especial en diferentes patologías del lenguaje y de la comunicación. A primera vista puede parecer extraño que se hable de logopedia en la tercera edad. Algunos pensarán que se trata de trastornos del lenguaje en la tercera edad, otros se preguntarán si la tercera edad es una situación patológica en la que hay que intervenir y posiblemente los más, pensarán que es un esnobismo que tiene mucho que ver con que los temas de la tercera edad están de moda. No les falta razón a unos y a otros. En la vejez son más frecuentes determinadas patologías que afectan de forma específica al lenguaje, como son las afasias y las demencias. La tercera edad no es una situación patológica, pero sí un periodo del ciclo vital en que el deterioro biológico y cognitivo es un factor importante. Y, por supuesto, por razones sociales, demográficas y económicas, en todas las sociedades occidentales la situación de una gran parte de la población que supera los 65 años está al orden del día. Pero también podemos decir que para abordar los problemas de la afasia y las demencias ya hay una gran tradición en la Logopedia neuropsicológica y que la Gerontología clínica y social está intentando resolver los problemas médicos y sociales de la tercera edad. Entonces, ¿qué tiene que decir la Logopedia en la tercera edad, para ser tratada de una forma específica?. En primer lugar vamos a considerar los problemas de comunicación y lenguaje ocasionados en los ancianos sanos como consecuencia del paso del tiempo, después abordaremos algunas propuestas de intervención .

### ***COMUNICACIÓN Y LENGUAJE EN LA TERCERA EDAD***

En proceso de envejecimiento se produce un deterioro de la comunicación y del lenguaje, causado no solo por deterioros perceptivo-motrices (pérdida de audición señalada por Ryan et al. 1986; enlentecimiento motor señalado por Birren y Schaie en 1990), sino por alteraciones que tienen efectos sobre los procesos propiamente lingüísticos. Numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas (véase una revisión en Juncos, 1994, 1998) proporcionan evidencias parciales sobre

este deterioro asociado a la edad, que tiene lugar en diferentes culturas y lenguas como ha sido mostrado en nuestro estudio translingüístico realizado con 840 sujetos de catorce lenguas distintas (60 por lengua)(Juncos e Iglesias 1994). En él se analizaron, a través del BAT (Test de la Afasia en Bilingües, Paradis, 1993) los diferentes niveles (fonológico, morfológico, sintáctico y semántico) y mecanismos lingüísticos (comprensión, repetición, acceso al léxico y construcción de frases) de sujetos adultos distribuidos en dos grupos, uno de 50-59 años de edad y otro de más de 70 años. Se controló el nivel cultural de los sujetos y se comprobó un deterioro lingüístico de los adultos mayores de 70 años en el todos los niveles y mecanismos estudiados.

Los problemas que se producen en el lenguaje en la vejez normal, como producto de la edad, y no como producto de lesiones focales (afasias) o de un proceso de demencia, pueden ser considerados como un subproducto de alteraciones de los sistemas centrales y no propiamente del lenguaje como sistema modular. La distinción entre sistemas centrales y modulares fue hecha por Fodor (1980) para diferenciar entre procesos cognitivos que son específicos, como la percepción visual o el lenguaje, y procesos generales como la atención o la memoria. Con la edad se produce un deterioro de uno de los sistemas centrales, la Memoria operativa (MO), que afecta a todos los aspectos del lenguaje, especialmente a aquellos procesos más complejos. La MO ha sido definida como un sistema tripartito, compuesto por dos subsistemas subordinados (los almacenes fonológico y visuo-espacial) y un sistema atencional de control y supervisión que ha sido llamado Ejecutivo Central o Sistema Atencional Supervisor (Baddley, 1990, 1992; Shallice, 1988). Las alteraciones del lenguaje en la vejez normal no afectan a los módulos y por lo tanto, a diferencia de las afasias, no son selectivas de dominio (que afectan al lenguaje como sistema modular fonológico, sintáctico y léxico-semántico), sino afectan al Ejecutivo Central (EC), especialmente a los procesos atencionales y de inhibición que implican selección, planificación y supervisión. El deterioro del lenguaje en el proceso de envejecimiento se manifiesta especialmente en los aspectos del lenguaje en los cuales la capacidad de memoria operativa es más necesaria: acceso al léxico, comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso.

Los estudios sobre el léxico (Bowles y Poon, 1985; Bayles y Kasniak, 1987; Crook y West, 1990; Juncos, 1994; Juncos, Elosua, Pereiro y Torres, 1998) hablan a favor de una alteración del proceso de denominación, que nos permite diferenciarlo de otras alteraciones que se producen en ciertos estados patológicos como las afasias o las demencias. Tomando por base el modelo de Lesser (1988) sobre el procesamiento de los nombres, y la teoría de Levelt (1993) sobre el acceso al léxico, las alteraciones de los nombres en la vejez normal afectan al acceso a las unidades léxico-fonológicas, o en otras palabras, al Lexicón fonológico, traducándose en: (1) incapacidad para encontrar los nombres (especialmente los de personas, o de poca frecuencia), (2) en aumento de los tiempos de reacción y (3) en el uso de paráfrasis o circunloquios como estrategia compensatoria. No se encuentran alteraciones en Conceptualizador (i.e. en el proceso perceptivo y en la organización semántico-conceptual) que son propias de los problemas de denominación en la demencia tipo Alzheimer (Golstein et al. 1992). Tampoco parece que haya ninguna afectación en el Formulador a nivel del Lexicón semántico, a diferencia de lo que ocurre en algunos tipos de afasia (como la Afasia semántica de Luria (1976a)). El Léxicón fonológico (la estructura silábica, prosódica y fonética de las palabras) tampoco está alterado, como parece indicar el hecho de que no se encuentren parafasias fonológicas, alteraciones características en este subproceso. Puede ser que el problema consista en una dificultad del Formulador para acceder desde la estructura semántico-sintáctica (lema) a la estructura fonológica (lexema). La dificultad tiene un gran parecido con algunos tipos de anomia que se produce en algunos casos de Afasia, y con el fenómeno de "la punta de la lengua" en sujetos normales. El análisis de este problema fue realizado por Luria (1976a) en su revisión sobre la Afasia Anómica seña-

lando que “la dificultad para encontrar el nombre se debe, no a la ausencia de la palabra correspondiente, sino a la competencia por parte de muchas alternativas superfluas que complican el proceso de selección” (p.362). El acceso al Léxico Fonológico implica la conexión entre el lema y el lexe-ma, la inhibición de alternativas fonológicas irrelevantes (palabras relacionadas por el número de sílabas, acentuación, consonantes iniciales, etc.) y una toma de decisión acerca de la palabra requeri-da. Es un proceso de activación-inhibición que puede alterarse a causa de un cambio en la neuro-dinámica cerebral. La alteración de los mecanismos inhibidores, considerada como uno de los proble-mas claves en el procesamiento cognitivo en los ancianos, (Connelly, 1993; Zacks y Hasher, 1997) puede estar en la base de los problemas de acceso al léxico.

La explicación más convincente sobre los problemas en la comprensión y producción de estruc-turas sintácticas complejas en los ancianos ha sido proporcionada por Kemper (1989), que ha rela-cionado estas dificultades con alteraciones en la MO. El procesamiento sintáctico implica la parti-cipación de un procesador específico o sistema modular regido por leyes de la Gramática (Marcus, 1980; Berwick y Weinberg, 1984) y de un sistema central, la MO. Las dificultades encontradas en los ancianos en la repetición y comprensión de oraciones complejas podrían ser debidas a una alte-ración del procesador o a una alteración de alguno de los componentes de la MO. En el primer caso coincidirían con los problemas del agramatismo que aparecen en algunos casos de afasia y que han sido considerados como diferentes perturbaciones en el procesador sintáctico: falta de asignación de cualquier tipo de estructura a las oraciones (Schwartz et al. , 1980); alteraciones en el orden canónico de las palabras (Caplan et al., 1985); alteración en el movimiento (Grodzinsky, 1990); o como una regresión desde el modo sintáctico al modo pragmático (Juncos, 1992). En el segundo caso los problemas de comprensión sintáctica se deberían a alteraciones en el EC que controla y supervisa todo el proceso y sería una expresión más de las dificultades de los ancianos para operar simultáneamente con material complejo (Baddley, 1986).

Se han encontrado importantes dificultades de los adultos de más edad en comprender y contar adecuadamente diferentes textos o historias (Holand y Rabbit, 1990; Juncos, 1996; Pereiro, 1999). De forma intuitiva se observa que muchos ancianos, cuando cuentan historias pierden el hilo con-ductor o pierden los detalles de las mismas. Se ha concluido que el deterioro se manifiesta en: 1) efecto negativo de la edad sobre el recuerdo de información en el discurso; 2) la dificultad de los sujetos de edad avanzada para comprender la información estructurada de forma compleja en los textos orales o escritos que se presentan, o a partir de materiales visuales; 3) la dificultad para pro-ducir historias coherentemente estructuradas y con gran contenido informativo. El primer aspecto podría explicarse por alteraciones de la memoria asociadas a la edad. El segundo y el tercero tie-nen que ver con la organización de la estructura del discurso. La organización del discurso en estructuras o superestructuras (van Dijk y Kintsch,1977) es un proceso complejo, no solo lingüís-tico sino también de inducción y razonamiento. La teoría proposicional de van Dijk y Kintsch (1983) interpreta la comprensión y producción de un discurso como un proceso de tres estadios: 1) construcción de las proposiciones atómicas a partir de las cláusulas y oraciones; 2) establecimien-to de microestructuras, como coherencia local entre proposiciones por medio de relaciones entre los hechos denotados por las mismas; y 3) elaboración de la macroestructura que da coherencia global. En la realización del proceso intervienen, al menos, tres mecanismos: el proposicional y de razonamiento que según la formulación de Levelt (1989) corresponde al mecanismo “Conceptualizador”; el procesador sintáctico que permite la formulación de las proposiciones gene-rando formas sintáctica y fonológicamente aceptables; mecanismos de selección, control y super-vision (MO) que permiten la elaboración de material complejo. El proceso complejo puede verse afectado por un problema en el conceptualizador que afectaría a las capacidades proposicionales o

de razonamiento y cuyo resultado más evidente es la producción de un discurso sin coherencia o absurdo que tiene lugar en la Demencia tipo Alzheimer (Bayles y Kasniak, 1987); o por un déficit en el formulador sintáctico que produciría distintas formas de agramatismo, como en muchos casos de afasia. Pero las deficiencias observadas en los ancianos parecen estar producidas por una alteración en la MO y no en dificultades de razonamiento o agramatismo que no han sido descubiertas de forma generalizada en los ancianos normales sin alteraciones neurológicas. Operar con material complejo, ya sean oraciones, textos o historias, supone un proceso de atención, control y organización sobre los diferentes elementos implicados (las cláusulas, y sintagmas en las oraciones; y los elementos nucleares de la estructura narrativa de los textos o historias) que puede verse alterado en el caso de los ancianos.

Las dificultades en la evocación de los nombres, en la comprensión y producción de oraciones complejas, y en la comprensión y producción de textos o historias, que se producen en los ancianos (caracterizadas todas ellas por mayores tiempos de reacción) implican un deterioro en los procesos automáticos y también de los procesos voluntarios en los que interviene de forma fundamental la inhibición. Las alteraciones léxicas, las dificultades en la comprensión sintáctica compleja y en la organización del discurso pueden estar relacionadas con una alteración de la función del EC de integrar los diversos subprocesos. La atención selectiva y el control inhibitorio, que dependen funcionalmente del EC, tienen la responsabilidad de controlar el flujo de información en la MO, conectar los diferentes pasos del proceso y regular y supervisar su desarrollo. Las alteraciones de la atención selectiva y el control inhibitorio observadas en los ancianos pueden ser la causa de sus problemas de lenguaje. Algunos autores (Tun y Wingfield, 1997; Salthouse, Fristoe, Lineweaver y Coon, 1995; Salthouse y Meinz, 1995) van más allá y plantean que estas alteraciones están muy condicionadas por el enlentecimiento cognitivo que se observa en los ancianos, y algunos indicios fisiológicos así parecen respaldarlo (Amenedo, 1995; Dustman, Shearer y Emmerson, 1993).

### ***INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA TERCERA EDAD***

La intervención logopédica en adultos con problemas de la comunicación y del lenguaje se ha centrado durante mucho tiempo en las disfonías, afasias y disartrias. El sistema sanitario ha favorecido en los últimos años la atención logopédica a los adultos que presentan alteraciones en la comunicación y el lenguaje como consecuencia de lesiones cerebrales focales, o a aquellos que sufren problemas de la voz por causas diversas. Cada vez son más los centros asistenciales que cuentan con unidades o servicios de logopedia, que atienden estas patologías diversas. Pero la población adulta que presenta problemas en la comunicación y el lenguaje no se limita a esos sujetos. Existe un colectivo importantísimo que cada vez demanda más atenciones y servicios que es el colectivo de personas mayores, conocido como "tercera edad". Como sabemos el número de personas mayores va en aumento y dentro de este amplio colectivo, las dificultades de comunicación y del lenguaje se hacen cada día más evidentes. En algunos casos las dificultades están ocasionadas por diversos procesos de demencia, o derivados de lesiones cerebrales de etiología diversa, pero en la gran mayoría, los problemas de comunicación y lenguaje, como hemos comprobado en la sección anterior, son una consecuencia directa de la edad. El incremento de edad, gracias al cual es posible el desarrollo de los seres humanos, tiene también consecuencias negativas sobre muchos aspectos de la vida, entre ellos el lenguaje.

La intervención logopédica en adultos, desde el punto de vista de los servicios de salud, no puede limitarse a los problemas ya tradicionales de las disfonías, afasias y disartrias, sino que debe

plantearse , de forma cada vez más urgente, la atención a ese colectivo de la tercera edad, que como sabemos demanda cada vez más servicios sanitarios, de prevención y tratamiento.

Teniendo en cuenta el conocimiento actual sobre el desarrollo del lenguaje en la tercera edad, se abre una perspectiva de intervención logopédica que tendrá como objetivo la prevención, atenuación y compensación del deterioro. Los logopedas no verán limitada su labor a la rehabilitación de ancianos con patologías específicas, como las Afasias o las Demencias, sino que tendrán que actuar sobre los ancianos normales que ven como sus capacidades comunicativas se van deteriorando. La atención sobre estas capacidades puede ser uno de los objetivos de los equipos de atención geriátrica, como lo es la atención a las capacidades motrices. La intervención logopédica que aquí proponemos va dirigida a los ancianos normales que no padecen patologías específicas del lenguaje (dejamos, pues, a un lado la intervención en casos de afasias o demencias). Una intervención que tendrá dos pilares: a) posibilitar y desarrollar estrategias comunicativas que ayude a superar la disminución de interacciones sociales que entraña la vejez (alejamiento del sistema productivo, alteración de las redes familiares y sociales, etc); y b) paliar y compensar el deterioro lingüístico, que es en el que nos centraremos.

La intervención logopédica está enmarcada en una intervención neuropsicolingüística, que persigue como uno de sus objetivos generales el compensar y paliar el deterioro de los procesos atencionales e inhibidores. Para ello se desarrollarán actividades que faciliten la puesta en marcha de procesos voluntarios y la toma de decisiones. Toda la vida de los ancianos parece estar hecha de automatismos y rutinas. Los ancianos que viven en familia y los que viven en las residencias organizan o ven organizada su vida en función de actividades rutinarias que les permiten compensar sus pérdidas sensoriales, motrices o de memoria. Los automatismos y rutinas les proporcionan seguridad en su vida diaria. También en el lenguaje y en la comunicación se restringen y se repiten los interlocutores, los repertorios, los temas de conversación, etc. Sin embargo, los automatismos no pueden regir la vida de los ancianos. Los ancianos menos deteriorados son aquellos que tienen un mayor control en todos los aspectos de su vida, diversifican su acción, realizan actividades creativas, y toman decisiones. El control, la diversificación, la creación, en definitiva, la toma de decisiones, ponen en marcha mecanismos atencionales que permiten la elección ante diversas posibilidades, y mecanismos inhibidores que bloquean alternativas irrelevantes.

## ***1. Características generales de la intervención logopédica en ancianos.***

1. 1. Intervención sistémica. Desde las unidades de atención clínica hacia la familia y las instituciones sociales.

No se puede olvidar que los ancianos son personas que pertenecen a grupos sociales concretos, sus familias y sus barrios o pueblos, que están integrados en organizaciones sociales, culturales o recreativas, y que durante muchos años y antes de que se planifique la intervención , han sido miembros activos de estas instituciones. Tampoco podemos dejar de tener en cuenta que uno de los objetivos básicos de la intervención logopédica es facilitar la comunicación y la integración social de los sujetos. Por estos motivos la intervención ha de tener un carácter sistémico, es decir ha de incidir en todos los contextos familiares y sociales en los que los sujetos están inmersos. Desde las unidades de atención clínica, que son el lugar natural donde se programa la intervención, ésta debe expandirse hasta la familia, las instituciones y sus grupos vitales. Más adelante veremos las distintas maneras en que esta expansión puede materializarse.

1. 2. Intervención en equipo. El/la logopeda forma parte de un equipo de profesionales que intervienen en distintos aspectos coordinados, médico, psicólogo, trabajador social, educadores, fisioterapeutas, etc.

La intervención en equipo viene determinada por su carácter sistémico y porque los sujetos son personas totales, en los que la comunicación alterada influye de forma crucial en todos los aspectos de su vida y todos los aspectos de sus vidas tienen consecuencias sobre la comunicación. El estado físico y de salud general, el afrontamiento de su situación particular, las medicaciones que pueden estar tomando, sus condiciones socioeconómicas, sus relaciones familiares, el empleo de su tiempo libre, etc., constituyen una compleja trama que determinan su bienestar físico y psíquico. Por eso la planificación de la intervención logopédica ha de tener en cuenta la labor de varios profesionales: el médico que periódicamente controla el estado general de los sujetos; el fisioterapeuta, que desde su ámbito concreto participa constantemente en mejorar las condiciones psicomotrices con las repercusiones tan directas que esto tiene sobre el habla, la voz y el lenguaje de los sujetos; el trabajador social que aporta su conocimiento sobre las condiciones socioeconómicas, y puede ser un buen enlace con las familias; los educadores sociales que participan en distintos ámbitos socio-culturales de los sujetos; el psicólogo o psicoterapeuta que interviene directamente en el control y tratamiento de los problemas psicológicos y de adaptación personal.

1. 3. Intervención basada en el análisis neuropsicolingüístico de los sujetos. Estudio minucioso de sus capacidades de percepción, motricidad, atención, memoria y lenguaje.

La comunicación y el lenguaje son procesos complejos que exigen un estudio detallado para su tratamiento. La intervención logopédica no puede realizarse sin un análisis pormenorizado de las diferentes estructuras y procesos que pueden estar alterados. Se habrán de estudiar las interacciones sociales de los sujetos, sus capacidades de comprensión y producción a los diferentes niveles lingüísticos, fonológico, morfo-sintáctico, léxico y semántico, sus estrategias comunicativas y las dificultades encontradas, así como los problemas de tipo perceptivo, motor, de atención y memoria que completan el cuadro neuropsicolingüístico en los diferentes casos. Este tipo de estudio conlleva el centrarse en un análisis detallado de los casos individuales que estará acompañado por el estudio de los grupos y de las instituciones (centros de jubilados, residencias, clubes, etc.).

#### **1. 4. Intervención en la comunicación.**

Uno de los objetivos básicos de la logopedia es favorecer las posibilidades de comunicación de los ancianos que dependen de la reorganización de sus relaciones sociales cambiadas, en muchos casos, tras la separación sociolaboral que tiene lugar con la jubilación.

En relación con los trabajadores sociales y con los educadores sociales los logopedas han de procurar que la intervención se extienda a los lugares naturales de interacción social. Que la vida social de los ancianos y sus posibilidades de comunicación sean lo más ricas posible en el seno de sus familias y de los grupos e instituciones sociales y culturales en los que puedan participar. La educación y la cultura ofrecen posibilidades de ampliación de sus relaciones y permiten la participación en programas de formación permanente y en diversas actividades culturales. La participación en todos los ámbitos, familiar y social es la mejor manera de mantener un sistema complejo de relaciones sociales que permitan la comunicación. Naturalmente habrá que tener en cuenta las posibilidades de cada cual, pero en la mayoría de los casos siempre habrá algún tipo de actividad en la cual será posible su integración.

Orientar a las familias para que favorezcan las posibilidades de comunicación es la tarea principal de los logopedas que trabajan con este colectivo. Entendemos la intervención logopédica en el marco familiar como parte de los cuidados y atenciones que los miembros de la familia deben proporcionar a los ancianos que conviven en ella. No puede desligarse la comunicación y el lenguaje de toda la vida y de las interacciones que tienen lugar en el seno de la familia. Los agentes principales de la intervención serán los propios familiares. La logopedia, en este caso, forma parte de la orientación familiar aunque esperamos que en un futuro no muy lejano el logopeda pueda combinar su tiempo dedicado al trabajo directo en la clínica con el trabajo a programas de intervención directa en los domicilios y con las familias.

## ***2. Papel del/la logopeda en la intervención con ancianos.***

Si tenemos en cuenta las características que hemos esbozado en el apartado anterior habremos de definir al logopeda como un profesional especializado para la intervención en la comunicación y el lenguaje que realiza una intervención sistémica y que forma parte de un equipo.

Sus funciones vienen determinadas por el tipo de intervención y por el tipo de personas a las que atiende. 1) Participar en el diagnóstico de los problemas de comunicación y de lenguaje. El diagnóstico en estos casos, ha de partir de un estudio concreto de las condiciones neuropsicolingüísticas de los sujetos, de un análisis de sus relaciones sociales y familiares que determinan sus interacciones y su comunicación, y de un conocimiento lo más completo posible de su situación socio-laboral. El logopeda puede y debe contribuir al estudio neuropsicolingüístico, para poder conocer las capacidades, procesos y estrategias lingüísticas de los sujetos. También debe analizar las capacidades comunicativas y pragmáticas, a través de un estudio detallado de las interacciones y estrategias comunicativas de los mismos. 2) Participar en la programación general de la intervención contribuyendo al diseño de programas específicos de comunicación, lenguaje, voz y habla. 3) Desarrollar los programas específicos en el medio hospitalario o en las residencias especiales. 4) Participar en el diseño de programas de orientación familiar. 5) Desarrollar programas de intervención en la comunicación y el lenguaje en las familias y en las instituciones tales como centros de tercera edad, residencias, clubes, etc.

Estas funciones se realizarán a través de actividades concretas de dos tipos: a) específicas de lenguaje, a desarrollar en los programas específicos de fonética, léxico, sintaxis, semántica; y b) otras más relacionadas con otras dimensiones y que pueden formar parte de programas más globales. Nos detendremos en algunas de ellas porque podrían ser ejemplos de intervención sistémica y de colaboración con otros profesionales.

A) Actividades de terapia ocupacional. Talleres de carpintería, manualidades, costura, telar, pintura, cocina, horticultura, música, jardinería, etc.

Dentro de este tipo de actividades es especialmente adecuado trabajar el discurso procedimental por medio del cual los individuos son capaces de comprender y transmitir los procedimientos que deben guiar su actividad para alcanzar unos objetivos determinados. También se considera procedente trabajar aspectos de vocabulario y acceso léxico debido a la riqueza y componente innovador de los materiales y herramientas que deben usarse. El aspecto descriptivo del discurso puede ser desarrollada a través de la expresión de logros que persigue el individuo con su actividad o bien expresión del impacto emocional y estético que le producen las obras realizadas.

C) Actividades específicas de terapia física. Dramatización de situaciones y expresión corporal, gimnasia de mantenimiento, baile, juegos acuáticos, paseos ecológicos y culturales, seminario de hábitos alimenticios, etc.

Estas actividades están especialmente adaptadas para trabajar aspectos de lenguaje corporal, vocabulario, sincronización de aspectos gestuales y discursivos, discurso procedimental y descripción. Además incorporan ejercicios de rehabilitación psicomotriz que favorecen el mantenimiento de capacidades tales como respiración, relajación, coordinación y control motriz, tan necesarias en la vida de los ancianos.

D) Actividades específicas de terapia socializadora. Trabajo en grupos, comité exterior de acción social, seminario de comunicación y discurso, ejercicios de identificación con el grupo, foros temáticos, clubes sociales, grupos de autoayuda, grupos de ayuda al exterior, etc.

Especialmente adaptadas para trabajar aspectos de la interacción comunicativa, búsqueda de afinidades comunicativas, conocimiento de la dinámica de grupos y manejo de la discusión, etc.

E) Actividades de la Vida Diaria (ADL). Seminario de autocuidado, talleres de cocina, seminario de hábitos alimenticios, seminario de consumo, seminario de alfabetización funcional, seminario de economía personal, etc.

Aquí se considera oportuno trabajar los aspectos de higiene mental relacionados con las relaciones interpersonales y en particular a través de la interacción comunicativa, desarrollo del discurso procedimental, acceso léxico, etc.

F). Actividades específicas de voz y canto. Organización y promoción de coros, concursos de canciones y recitado, participación en emisiones radiofónicas.

Estas actividades que contribuyen a mantener y trabajar la voz en los ancianos pueden formar parte de programas específicos o ser incorporadas como actividades complementarias en otros programas de comunicación y de lenguaje.

### ***3. Intervención específica en el lenguaje.***

La intervención se basa en una reorganización intersistémica: reorganizar los procesos léxicos, sintácticos y discursivos afectados, partiendo de los sistemas modulares que no están afectados y a través de diferentes actividades paliar y compensar el deterioro de los sistemas centrales atencionales y de inhibición. Basarse en ejercicios lingüísticos de léxico, sintaxis y composición, preferentemente escrita, para poder desarrollar procesos atencionales e inhibidores.

El proceso léxico más deteriorado es el acceso a la unidad léxica partir de la unidad semántica correspondiente. La reorganización del proceso se basará en el buen funcionamiento del Lexicón fonológico y semántico y de una organización conceptual sin problemas. Se podrán realizar ejercicios de vocabulario con ayudas fonéticas, semánticas o léxicas. Ejercicios de fluidez verbal : dando un sonido encontrar palabras que empiecen por el; reconocimiento de palabras y no-palabras de una serie presentada de forma oral y por escrito. A partir de una definición seleccionar la palabra que mejor le corresponde, presentado varias posibilidades. Seleccionar en una lista los sinónimos y antónimos que corresponden a las palabras que se presentan de forma oral o visual. En todas las



actividades anteriores, que son solo ejemplos, se activan procesos de selección e inhibición en el acceso léxico, proporcionando las claves fonológicas y semánticas que los sujetos dominan sin dificultad.

Nombres de personas: A partir del reconocimiento de caras de personas conocidas :1º seleccionar los nombres de cada una a partir de una lista dada, 2º encontrar los cargos, ocupaciones de cada uno a partir de listas dadas. 3º seleccionar nombre, cargo-ocupación, y país de origen.

Sintaxis: Ejercicios de juicio de gramaticalidad, a partir de los cuales se haga reflexionar sobre las estructuras adecuadas, para luego utilizarlas en diversas oraciones que el sujeto ha de crear . Ejercicios de expresar varias ideas o proposiciones con diferentes estructuras gramaticales que se le ofrecen . Entre ellas el sujeto debe elegir: 1º la más breve, 2º la mas compleja, 3º la más adecuada en el lenguaje ordinario, 4º la más adecuada en el lenguaje culto. Ejercicios de construcción de oraciones a partir de palabras dadas.

Discurso: Organización secuencial de una historia a partir de viñetas separadas. Estructuración de textos escritos a partir de oraciones separadas en presencia de imágenes representativas. Narración oral de sucesos o historias; grabación de estas narraciones y estudio posterior de sus elementos, personajes, escenarios, acontecimientos, etc. Detección de errores en historietas gráficas. Detección de errores en historias cortas grabadas en video o audio.

#### ***4. Posibles marcos institucionales.***

Para desarrollar las funciones que hemos mencionado, se deben abrir marcos institucionales en los cuales la figura del profesional especialista en trastornos de la comunicación y del lenguaje vaya siendo reconocida como esencial. Vamos a hacer una relación de los posibles marcos institucionales dentro de los cuales se contemple la figura profesional del logopeda. Nos limitaremos naturalmente a marcos institucionales relacionados con la atención en el área de la salud, y que podemos llamar marcos clínicos de asistencia logopédica.

##### **1) Hospitales.**

Todos los hospitales deberían contar con un servicio de Logopedia que contemplase dentro de sus obligaciones asistenciales la atención a las personas mayores. Aunque existen en muchos hospitales aún no están generalizados, y aunque atienden a muchos ancianos con alteraciones neurológicas, hay muchas personas mayores sin lesiones neurológicas que no reciben ningún tipo de asistencia logopédica. La atención especializada se puede realizar en el hospital a los pacientes ingresados o en régimen ambulatorio como ya se está realizando en los centros donde existen unidades de logopedia.

##### **2) Residencias de ancianos.**

Es de desear que en un futuro no muy lejano todas las residencias de ancianos, sean éstas asistidas o no, cuenten con un servicio de logopedia para intervenir no sólo en los casos de afasias y demencias que en ellas se puedan encontrar, sino para mejorar las capacidades de comunicación y de lenguaje de los ancianos normales.

La figura del logopeda en las residencias de ancianos, atendería, por un lado a los casos de afasias y demencias, y por otro planificaría programas de comunicación y de lenguaje, integrados den-

tro de la programación general del centro y en relación con otros profesionales. Con los ancianos normales, sin lesiones neurológicas, se realizarían en grupo y contribuirían a prevenir y mejorar los problemas posibles de aislamiento, problemas léxicos y discursivos, a través de actividades de la vida diaria, de tipo cultural, recreativo, y de mantenimiento físico, como las que hemos expuesto anteriormente.

### 3) Centros de atención primaria.

En los centros de atención primaria los/las logopedas pueden contribuir a diseñar programas de intervención en la comunicación y del lenguaje en el marco de las familias y otras instituciones sociales que pertenecen a su área de influencia. Desde el centro de atención primaria se pueden realizar programas de atención familiar que impliquen bien una orientación permanente a las familias o bien una intervención directa en los domicilios de los sujetos. También se puede contribuir desde los centros de atención primaria a llevar a cabo programas de comunicación y de lenguaje en colaboración con centros de día, con hogares de jubilados, con asociaciones de vecinos, etc.

## CONCLUSIONES

De todo lo dicho se desprenden dos tipos de conclusiones. 1) Los profesionales de la logopedia pueden ampliar a lo ancho y a lo largo, los horizontes de su intervención. A lo ancho para que su intervención en el caso de los adultos afásicos no se limite a la logopedia directa sobre los individuos, sino que adquiera un carácter más sistémico. A lo largo porque su intervención con los adultos no se limita a las personas que presentan problemas concretos de afasias, disfonías y disartrias, sino que puede extenderse al amplio colectivo de las personas mayores.

2) La segunda conclusión afecta a las instituciones públicas o privadas comprometidas con el bienestar social y la salud. Estas instituciones deben de dar salida a la enorme demanda de servicios en el área de la comunicación y del lenguaje hecha no sólo por las familias que tienen casos de adultos lesionados cerebrales, sino también por una parte importante de la sociedad como son las personas mayores en su conjunto.

Esperamos que con el trabajo de todos, profesionales e instituciones, la atención amplia, organizada y de calidad en prevención y tratamiento sobre uno de los aspectos más importantes del ser humano como es la comunicación y el lenguaje, sea una realidad en nuestro país en un futuro no muy lejano.

## REFERENCIAS

- Amenedo Losada, M. E. (1995). *Estudio Transversal del Proceso de Envejecimiento mediante Potenciales Evocados: Procesos Perceptivos de Atención y de Memoria*. Tesis Doctoral, inédita. Universidad de Santiago de Compostela
- Baddeley, A.D. (1986). *Working Memory*. Oxford: Oxford University Press
- Baddeley, A.D. (1992) Working memory, *Science*, **255**, 556-560.
- Bayles, K.A. y Kasniak, A.M. (1987). *Communication and Cognition in Normal Aging and Dementia*. London: Tylor and Francis Ltd.

- Birren, E. y Schaie (1990). *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego, Ca. : Academic Press.
- Bowles N.L., y Poon, L.W. (1985). Aging and retrieval of words in semantic memory. *Journal of Gerontology*, **40**, 71-77.
- Burke, D.M., y Harrold, R.M. (1988). Automatic and effortful semantic processes in old age: experimental and naturalistic approaches. En L.L. Light y D.M. Burke (Eds.), *Language, Memory and Aging* (pp. 100-117). New York: Cambridge university Press.
- Connelly, L. 1993. "Inhibition and aging: The role of inhibitory mechanisms in the cognition processes of the elderly". Symposium on inhibition. TENNET, Montreal 13 May..
- Corso, J.F. (1985). Communication, presbycusis, and technological aids. En H.K. Ulatowska (Ed.). *The Aging Brain: Communication in the Elderly* (pp. 35-51). San Diego, CA: College-Hill Press.
- Crook, T.H. y West, R.L. (1990) Name recall performance across the adult life-span. *British Journal of Psychology*, **81**, **3**, 335-351.
- Damasio, A.R. (1989). Time-locked multiregional retroalimentionation: A system level proposal for the neural substracts of recall and recognition. *Cognition*, **33**, 25-62.
- Dustman, R. E., Shearer, D. E. y Emmerson, R. Y. (1993). EEG and event-related potentials in normal aging. *Progress in Neurobiology*, **41**, 369-401.
- van Dijk, T.A. y Kintsch, W. (1977). Cognitive psychology and discourse: Recalling and summarizing stories. En W.U. Dressler (Ed.), *Current Trends in Textlinguistics* (pp. 61-80). Berlin: De Gruyter.
- Emery, O.B. (1986). Linguistic decrement in normal aging. *Language and communication*, **6** (1-2), 47-64.
- Fodor, J. (1983). *The Modularity of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Freedman, M., Knoefel, J., Naesser, M., y Levine, H. (1984). Computerized axial tomography in Aging. En M.L. Albert (Ed.), *Clinical Neurology of Aging* (pp. 139-149). New York: Oxford University Press
- Golstein, F. C., Green, J., Presley, R. y Green, R.C. (1992). Dysnomia in Alzheimer's Disease: An evaluation of neurobehavioral subtypes. *Brain and Language*, **43**, **2**, 308-323.
- Holland, C.A. y Rabbit, P.M.A. (1990). Autobiographical and test recall in the elderly: an investigation of a processing resource deficit. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, **42A**, **3**, 441-471.
- Huff, F.J. (1990). Language in normal aging and age-related neurological diseases. En F. Boller y J. Grafman (Eds), *Handbook of Neuropsychology*, V. 4, (pp.251-264). Amsterdam: Eservier S. Pub.
- Juncos, O. (1992). The processing on negative sentences in fluent aphasics: semantic and pragmatic aspects. *Brain and Language*, **43**, 96-106..
- Juncos, O. (1994). Lenguaje y envejecimiento. Una aproximación cognitiva. *Cognitiva*, **6**, 198-211.
- Juncos, O. (1996). Narrative speech in the elderly. Effects of age and education in telling stories. *International Journal of Beharioral Development*, **19**, 669-6855.
- Juncos, O. (1998). *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la Intervención*. Barcelona: Masson.
- Juncos, O. e Iglesias, F. (1994). Decline in the elderly's language: evidence from cross-linguistic data. *Journal of Neurolinguistics*, **8**, 183-190.
- Juncos, O. Elosua, R. , Pereiro, A.X. y Torres, M.C. (1998). Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención. *Anales de Psicología*, **14**, 169-176.
- Levelt, W.J.M. (1989). *Speaking. From Intention to Articulation*. Cambridge, MA.: MIT Press.
- Kemper, S. (1988). Geriatric psycholinguistics: syntactic limitations of oral and written language. En L.L. Light and D.M. Burke (Eds.), *Language, Memory and Aging*, (pp58-76). New York: Cambridge University Press.

- Kemper, S., Kynette, D., Rash, Sh., O'Brien, K. y Sprott, R. (1989). Life-span changes in adult's language: effects of memory and genre. *Applied Psycholinguistics*, **10**, 49-66.
- Lesser, R. (1987). Cognitive neuropsychological influences on aphasia therapy. *Aphasiology*, **1**, (3), 3-54.
- Lesser, R. (1989). Some issues in the neuropsychological rehabilitation of anomia. En X.Xeron, y G. Deloche (Eds.), *Cognitive Approaches in Neuropsychological Rehabilitation*, (pp.65-104). Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Light, L.L. y Burke, D. M. (1988). *Language, Memory and Aging*. New York: Cambridge University Press.
- Luria, A.R. (1976a). *Basic Problems of Neurolinguistics*. The Hague: Mouton (versión española, *Fundamentos de Neurolingüística*, Ed. Masson. Barcelona, 1980)
- Mirsky, A.F., Brunoi, J.A., Duncan, C.A. Ahearn, M.B. y Sheppard, K.G. (1991) Anaysis of the elements of attention: A Neuropsychological Approach. *Neuropsychology Review*, **2**, 2, 109-145.
- Moscovitch, M. y Umilta, C. (1990). Modularity and Neuropsychology: Modules and Central Processes in Attention and Memory. En M.F. Schwartz (ed.) *Modular Defictits in Alzheimer-Type dementia* (pp. 1-61). Cambridge, Ma: MIT Press.
- Obler, L.K. y Albert, M.C. (1984). Language in aging. En P.C. Albert y M.C. Albert (Eds.), *Clinical Neurology of Aging*, (pp. 245-253). New York: Oxford University Press.
- Pereiro, A.X. (1999). *Capacidade Narrativa na Vellez. Factores de Procesamento*. Tesis doctoral. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Posner, M.I. y Raafal, R. D. (1987). Cognitive theories of attention and the rehabilitation of attentional deficits. En M.J. Meier, A.L. Benton y L. Diller (Eds.), *Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 182-201). Edimburgh: Churchill Livingstone.
- Salthouse, T. A. y Meinz, E. J. (1995). Aging, inhibition, working memory, and speed. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *50B*, 6, 297-306
- Salthouse, T. A., Fristoe, N. M., Lineweaver, T. T. y Coon, V. E. (1995). Aging of attention: Does the ability to divide decline?. *Memory and Cognition*, *23*, 1, 59-71
- Sandson, J., Obler, L.K., y Alber, M.C. (1987). Language changes in healthy aging and dementia. En Sh. Rosenberg (Ed.), *Advances in Applied Psycholinguistics . VI.* (pp. 264-293). Cambridge, Ma: Cambridge University Press.
- Tun, P. A. y Wingfield, A. (1997). Language and communication: Fundamentals of speech communication and language processing in old age. En A. D. Fisk y W. A. Rogers, *Handbook of Human Factors and the Older Adult* (pp. 125-149). San Diego, California: Academic Press, Inc.
- Ulatowska, H.K., Cannito, P.H., Hayashi, M.M., y Fleming, S.C. (1985). Language abilities in the elderly. en H.K. Ulatowska (ed) *The aging Brain: Communication in the Elderly*. San Diego, Ca.: College Hill Press.
- Ulatowska, H.K., Hyashi, M.M., Cannito, P.M., and Fleming, S.G. (1986). Disruption of reference in the elderly . *Brain and Language*, **28**, 24-41.