



International Journal of Developmental
and Educational Psychology

ISSN: 0214-9877

fvicente@unex.es

Asociación Nacional de Psicología
Evolutiva y Educativa de la Infancia,
Adolescencia y Mayores

Pérez Lancho, María Cruz; Hernández Sánchez, Raquel

ABORDAJE DE LA COMUNICACIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DE VARIANTE
LINGÜÍSTICA

International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 2, 2016,
pp. 143-151

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y
Mayores
Badajoz, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851778015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ABORDAJE DE LA COMUNICACIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DE VARIANTE LINGÜÍSTICA

María Cruz Pérez Lancho

Raquel Hernández Sánchez

Universidad Pontificia de Salamanca

mcperezla@upsa.es

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.554>

Fecha de Recepción: 8 Septiembre 2016

Fecha de Admisión: 1 Octubre 2016

RESUMEN

El presente trabajo pretende mostrar cómo puede abordarse el deterioro del lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer. Teniendo en cuenta que la intervención cognitiva se programa en un contexto de pérdida progresiva de memoria, agnosia, apraxia y déficit ejecutivo, el abordaje no puede ser análogo al de las afasias adquiridas por lesión cerebral focal. Por tanto, es preciso realizar una valoración del perfil afásico en cada etapa de la enfermedad para diseñar la intervención que resulte más apropiada, a la vez que se informa a los familiares de las dificultades para la comunicación que van apareciendo y complicándose de forma paulatina y cómo afrontarlos. Se presenta un caso de demencia tipo Alzheimer, con dificultades comunicativas de aparición precoz, atendido en el Servicio Asistencial de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca. Se describe el proceso de evaluación del deterioro cognitivo y funcional, el estudio pormenorizado de los déficits del lenguaje, el planteamiento de la intervención en terapia individualizada y las pautas para mejorar las interacciones comunicativas con el cuidador, en el entorno familiar.

Palabras clave: Alzheimer, lenguaje, evaluación, tratamiento, cuidador

ABSTRACT

This work aims to show how language deterioration can be addressed in Alzheimer's disease. Taking into account that the cognitive intervention is programmed in a context of progressive loss of memory, agnosia, apraxia and executive deficit, the approach can't be analogous to that of aphasia acquired by focal brain injury. Therefore, it's necessary to make an assessment of the aphasic profile at each stage of the disease in order to create the most appropriate intervention, while patient's relatives are informed about the communication difficulties that appear and which become gradually more complicated and how to deal with them. It presents a case of Alzheimer - type dementia, with early onset communication difficulties, treated in the healthcare service of the

Pontificia University of Salamanca. The evaluation of cognitive and functional impairment, the detailed study of language deficits, the approach of individualized therapy and intervention guidelines to improve communication interactions with the caregiver in the family are described in this work.

Keywords: Alzheimer, language, evaluation, treatment, caregiver.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento cognitivo se considera como un proceso normal que ocurre a lo largo del ciclo vital, produce una pérdida de eficacia en el procesamiento de las operaciones mentales aunque se mantienen los conocimientos adquiridos. Esta pérdida de eficacia en el procesamiento se traduce en problemas de atención sostenida, dividida y selectiva, de memoria operativa y de control inhibitorio. En el ámbito de la comunicación, este hecho tiene repercusiones sobre tres aspectos: el acceso al léxico, el procesamiento sintáctico y la organización del discurso. La comunicación interpersonal sólo es eficaz si ambos interlocutores se prestan atención el uno al otro y si su atención se focaliza y cambia sobre los mismos contenidos. La comunicación también exige que lo que un interlocutor exprese sea relevante para el otro en cada contexto, seleccionando no solo los contenidos sino las formas lingüísticas pertinentes (Juncos-Rabadán, Pereiro y Facal, 2006).

En casos de envejecimiento patológico, concretamente en las demencias, se produce una suma de alteraciones cognitivas que impactan sobre la comunicación y el lenguaje en el contexto de un síndrome pluridimensional. Este hecho requiere que los profesionales que trabajamos en el ámbito de la comunicación abordemos la rehabilitación del lenguaje de estos enfermos de distinto modo a como lo hacemos en casos de afasia adquirida por lesión cerebral focal.

La demencia, actualmente denominada en el DSM5 como trastorno neurocognitivo mayor, es un síndrome plurietiológico caracterizado por un deterioro en las habilidades cognitivas previamente adquiridas. Este deterioro debe ser significativo en uno o más dominios cognitivos como la atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales, motoras o habilidades sociales. Asimismo, impacta en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y puede acompañarse de trastornos psiquiátricos como alteraciones de la conducta, depresión, ansiedad, alucinaciones, alteraciones motoras, etc. (APA, 2014). Esta degeneración provoca una pérdida progresiva de autonomía en la persona que, con el paso del tiempo y el avance de la enfermedad, dependerá totalmente de un cuidador o familiar.

Los diferentes tipos de demencia cursan con alteraciones de grado variable en cada uno de los dominios o funciones superiores. En este trabajo hacemos referencia al abordaje del deterioro del lenguaje y las funciones comunicativas, considerando su gran impacto sobre la calidad de vida del paciente y los familiares.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad crónica, de larga evolución, que va destruyendo las redes neuronales, provocando a la larga una atrofia cerebral con pérdida de las funciones mentales superiores. Según la Sociedad Española de Neurología, es una entidad clinicopatológica neurodegenerativa en la que se sucede un deterioro progresivo de múltiples dominios, originado por alteraciones proteínicas de beta-amiloide y de la proteína tau. Estas proteinopatías se identifican microscópicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas hipocampo-neocorticales, entre otros hallazgos histopatológicos (Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología, 2002).

Como en el resto de las demencias, la pérdida neuronal progresiva comienza de forma prácticamente asintomática e insidiosa, que fácilmente se confunde con el envejecimiento normal pero con el tiempo evoluciona hacia una dependencia funcional total. Los problemas de memoria son los síntomas más característicos de esta enfermedad y son los que hacen saltar la alarma en entorno

del enfermo. Acompañando a estos fallos de memoria encontramos otros trastornos psicológicos como conductas inapropiadas, trastornos del sueño, cuadros depresivos, agitación, etc.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría debemos encontrar uno o más dominios cognitivos alterados para diagnosticar la enfermedad.

A continuación presentamos los criterios diagnósticos DSM5 para la EA (APA, 2014):

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.

2. Aparecen los tres siguientes:

a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).

b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para el trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.

2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

3. Sin declive de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebro vascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Aunque la EA suele debutar con trastornos de memoria, varios estudios indican que pequeños trastornos de comunicación pueden constituir un signo precoz de inicio. Algunos autores afirman que las alteraciones discursivas pueden ser uno de los primeros síntomas, a menudo identificables años antes de que el déficit de memoria se haga evidente, por ejemplo, en aspectos de riqueza narrativa y la complejidad gramatical (Schröder et al., 2010). En concreto, parece ser que el lenguaje de las personas que se encuentran en la fase preclínica de la enfermedad se caracteriza por una menor informatividad, lo que se traduciría en la producción de enunciados incompletos, incoherentes y repeticiones de lo ya dicho (Murray, 2010).

En general, los estudios clínicos muestran que las alteraciones lingüísticas en la EA se sitúan preferentemente en el componente semántico y en el componente pragmático del lenguaje. Sin

embargo, los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico se encuentran relativamente preservados hasta la última fase de la enfermedad. Esto es debido a que las habilidades pragmáticas y semánticas exigen procesos más complejos dependientes de otras funciones cognitivas que se afectan precozmente, como la memoria o la capacidad ejecutiva. En cambio, en general no se registran problemas articulatorios ni de reconocimiento de fonemas hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Lo mismo ocurre con la morfosintaxis, que se ve afectada de forma tardía debido a que estos componentes lingüísticos se procesan en áreas frontotemporales del hemisferio cerebral dominante, normalmente el izquierdo, que se afectan en la EA en etapas intermedias (Pérez Mantero, 2012).

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es mostrar cómo evaluar el lenguaje en una persona con enfermedad de Alzheimer que presenta un significativo y precoz deterioro lingüístico, cómo programar la terapia individualizada y cómo orientar a los familiares.

PARTICIPANTE

Presentamos el caso de una mujer de 60 años (A.V), casada y con un hijo. Posee formación superior y no trabaja fuera de casa. Fue diagnosticada en el año 2012 de trastorno neurocognitivo mayor: Enfermedad de Alzheimer variante afásica incipiente. Participa en un ensayo clínico con un fármaco análogo a la Memantina. Recibe terapia cognitiva, pero las dificultades de comunicación son tan destacadas que precisa una intervención más específica.

INSTRUMENTOS

La paciente acude al Servicio Asistencial de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca, donde se realiza una evaluación cognitiva, funcional y lingüística mediante la administración de las siguientes pruebas:

Tests de cribado de deterioro cognitivo. MEC. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, Saz et al. (2002), adaptado del MMSE de Folstein et al., 1975 Test del reloj (TDR). Dibujo a la orden y a la copia (Cacho et al., 1999).

Evaluación Funcional de las Actividades instrumentales de la vida diaria. Escala Lawton y Brody (Lawton & Brody, 1969).

Estadificación. Escala de Deterioro Global (GDS de Reisberg, 1982). Clinical Dementia Rating (CDR de Huges et al., 1982).

Evaluación del lenguaje. Test de Boston para el diagnóstico de la afasia (BDAE) (Goodglass y Kaplan, 1972. Versión en castellano de García-Albea, del Viso y Bernardos. 1996).

RESULTADOS

1) Tests de cribado de deterioro cognitivo

a) MEC. Obtiene una puntuación de 13/35, sugerente de deterioro cognitivo.

b) Test del reloj (TDR). Ejecución a la orden 2/10 y a la copia 5/10. Apraxia visuoesquemática.

2) Evaluación funcional. En la Escala Lawton y Brody obtiene una puntuación de 3/8 lo que implica un grado importante de dependencia funcional para la mayor parte de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La paciente ha ido perdiendo progresivamente la capacidad de realizar eficazmente tareas como hacer la comida, compras, uso de transportes, etc. Utiliza el teléfono pulsando las opciones de la memoria, es capaz de lavar pequeñas prendas de ropa y realiza tareas sencillas del hogar como lavar platos o hacer camas. No es capaz de autoadministrarse su medicación y necesita que le ayuden a vestirse o comer.

3) Estadificación

a) Escala de Deterioro Global GDS 5: Déficit cognitivo moderadamente grave.

b) Clinical Dementia Rating CDR 2: Demencia moderada

4) Evaluación del lenguaje. En el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia (BDAE) obtiene los siguientes resultados (tabla 1):

Tabla 1. Resultados de A.V. en el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia

PRUEBA	SUBPRUEBA	PD	P
2. COMPRENSIÓN AUDITIVA			
2.A. Discriminación de palabras		63 / 72	60
2.B. Partes del cuerpo		15 / 20	40
2.C. Órdenes		9 / 15	35
2.D. Material ideativo complejo		2 / 12	20
3. EXPRESIÓN ORAL			
3.A. Agilidad oral	No verbal	1 / 7	15
	Verbal	9 / 14	30
3.B. Secuencias automatizadas		3 / 8	15
3.C. Recitado, canto y ritmo	Recitado	0 / 2	20
	Canto	0 / 2	20
	Ritmo	0 / 2	30
3.D. Repetición de palabras		9 / 10	50
3.E. Repetición de frases y oraciones	Alta probab.	3 / 8	30
	Baja probab.	2 / 8	35
3.F. Lectura de palabras		26 / 30	60
3.G. Respuesta de denominación		26 / 30	65
3.H. Denominación por confrontación visual		77 / 94	65
3.I. Denominación de partes del cuerpo		19 / 30	45
3.J. Nombrar animales		7 / 15	55
3.K. Lectura de oraciones en voz alta		5 / 10	45
4.COMPRENSIÓN LENGUAJE ESCRITO			
4.A. Discriminación de letras y palabras		4 / 10	25
4.B. Asociación fonética	Reconocimiento de palabras	8 / 8	90
4.C. Emparejar dibujo – palabra		9 / 10	60
4.D. Lectura de oraciones y párrafos		0 / 10	0

La paciente muestra un deterioro cognitivo y funcional acorde con el estadio de la enfermedad y numerosas alteraciones en el dominio del lenguaje compatibles con una afasia transcortical sensorial. El cuadro afásico que presenta la paciente se caracteriza por un lenguaje poco fluente, plagado de pausas, conductas de aproximación, con abundancia de parafasias fonológicas y verbales morfológicas. Uso de frases cortas y disintácticas. Discreta apraxia bucofonatoria. Trastorno de la comprensión auditiva de origen amnésico, sobre todo en frases largas y complejas. Preservados los mecanismos de repetición de palabras. Déficit anómico que se beneficia de ayudas fonológicas. Respecto a la escritura, presenta una severa agrafia afásica/aprática con pérdida incluso de la mecánica de la copia. Conserva la lectura de palabras, con mayor dificultad en la lectura de oraciones.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN LINGÜÍSTICA

A partir de los resultados de la evaluación se diseña un programa de estimulación específica de las habilidades comunicativas que complemente la terapia cognitiva de otros dominios y que refuerce las habilidades de comprensión y expresión del lenguaje.

Los objetivos de la terapia no buscan la restitución de las funciones perdidas sino que se centran en su compensación o sustitución.

Toda la intervención asume los siguientes principios generales:

- Estructurar las sesiones con un formato estable y previsible para el paciente.
- Trabajo sin error. Aceptar las emisiones del paciente sin hipercorregir los errores.
- Contextualizar los temas de conversación, empleando marcadores de los cambios temáticos del discurso.
- Considerar que los tiempos de latencia de pregunta/respuesta son más elevados.
- Apoyar los aprendizajes en la memoria implícita o priming. Presentar los estímulos lingüísticos antes de solicitar respuestas. No sobrecargar la memoria de trabajo.
- Proporcionar ayudas fonológicas en caso de anomia.
- Repetir las consignas si es necesario.
- Amplificar la comunicación oral mediante la utilización simultánea de códigos visuales (imágenes, objetos, palabras escritas, gestos).

Las áreas a trabajar serán la comprensión, la expresión, la repetición, la lectura y la escritura. En cada área se afianzarán especialmente los déficits semánticos y pragmáticos.

Comprensión:

1. Reconocimiento de un vocabulario básico y funcional de nombres y verbos de alta frecuencia de uso.
2. Reconocimiento de partículas gramaticales relevantes que complementen a nombres y verbos (partículas interrogativas, adjetivos, adverbios).
3. Comprensión de frases de complejidad y longitud gradual.

Expresión:

1. Ejercitación de praxias bucofonatorias.
2. Emisión de secuencias automatizadas: días de la semana, meses del año, alfabeto, números, etc.

3. Denominación de un vocabulario básico y funcional: nombres, verbos, partículas gramaticales, fortaleciendo las conexiones semánticas entre las palabras y su significado.

4. Estructuración de frases de complejidad y longitud gradual.

Repetición:

1. Repetición de palabras y oraciones funcionales (saludos, fórmulas sociales).

Lectura:

1. Realización de lectura conjunta.

2. Lectura de frases cortas acompañadas de imágenes.

Escritura:

1. Práctica de escritura a la copia.

2. Asociación de objetos o imágenes y su nombre a través de la copia.

PAUTAS DE ORIENTACIÓN A LA FAMILIA

La familia es informada periódicamente del transcurso de la intervención y se le ofrecen pautas que faciliten la relación comunicativa con el paciente. Los familiares deberán llevar el peso de la regulación de la comunicación, aprendiendo a introducir cambios en sus interacciones comunicativas para solventar los problemas que se presenten cada etapa de la enfermedad.

Inicio de la interacción

- No hacer comentarios sobre los comportamientos delante de la persona, creyendo que no comprende.

- Hablar con ella acerca de todo lo que desee saber.

- Mostrarle que queremos su atención tocando a la persona como señal de alerta, llamarle por su nombre.

- Tras lograr la atención de la persona, emitir el mensaje usando palabras adultas y simples hablando despacio y de forma calmada.

Cómo gestionar la información no verbal

a) Aspectos suprasegmentales del lenguaje.

- Utilizar la musicalidad del habla a su favor, esto es, poner énfasis en las situaciones más simples, como en el uso de preguntas o exclamaciones.

- No elevar la voz ya que en lugar de facilitar la respuesta, genera tensión y resistencia. Mostrar calidez y tranquilidad en la voz es la mejor forma de calmar al paciente cuando se siente agitado o inseguro.

- La música y las canciones ayudan también a relajar las situaciones tensas y activan reminiscencias felices del pasado.

b) Kinésica. El cuerpo comunica.

- Usar lenguaje corporal, gestos naturales y expresiones faciales para explicar afirmaciones facilita la comprensión. No olvidar que el cuerpo también habla. Utilizar ilustradores gestuales naturales o signos de significado transparente.

- Acompañarse no solo de la voz, sino también del a expresión corporal para expresar una pregunta o una exclamación. La expresión facial y corporal la mejor vía de transmisión emocional y la más sencilla de interpretar por el enfermo.

- Evitar movimientos bruscos y expresiones corporales de ansiedad o agresividad.

c) Proxémica. El espacio comunica.

- El lugar donde nos encontramos configura el contexto. Debe transmitir seguridad y ser conocido por la persona enferma si queremos apoyarnos en él para la comunicación.

- Si el entorno es desconocido o conflictivo, la comunicación puede tornarse imposible en ese contexto. Estar atentos a cualquier cambio que dificulte el entendimiento entre ambos. Si siente la tensión o el cambio en el entorno y le está afectando, es importante trasladar a la persona a un lugar seguro y tranquilo.

- Recordar que cada enfermo tiene un espacio de seguridad que le envuelve. Acercarse a él suavemente antes de iniciar la conversación sin invadir bruscamente este espacio.

d) Cronémica. El tiempo para la comunicación.

- El mejor momento para hablar de una actividad, se establece a la vez que se realiza. Tomarse el tiempo necesario para intercambiar la información con el paciente sobre las actividades mientras

ABORDAJE DE LA COMUNICACIÓN EN UN CASO DE ALZHEIMER DE VARIANTE LINGÜÍSTICA

se realizan. Anunciarlas con mucha antelación puede originar inseguridad, ansiedad y preguntas repetitivas.

- Si hablamos de hechos pasados o futuros, apoyar la comprensión en dibujos o fotografías.
- Los tiempos de procesamiento de la información y el tiempo de latencia de respuesta se dilatan con la enfermedad. Esperar el tiempo necesario para que nos comprenda y nos conteste, sin mostrar prisas.

- Buscar la oportunidad. Considerar si el momento para comunicarse es el adecuado. Si el enfermo o el familiar están enojados, es preferible esperar a un momento más propicio.

- Para hablar sobre elementos temporales, es preferible recurrir a eventos en vez de usar el reloj o cifras para medir el tiempo. Usar expresiones como “antes de ir al baño” o “después de la cena” para referirse al tiempo.

Cómo gestionar la comunicación verbal

- Para facilitar la comprensión escribir notas simples o palabras claves, es decir, las principales las principales palabras de la idea que desea transmitir.

- Cuando percibamos que no hemos sido comprendidos o que la respuesta no es coherente con nuestra pregunta, repetir la pregunta usando las mismas palabras. Cambiar las palabras puede aumentar la desorientación. Si no funciona, al repetir de nuevo mantener solo las palabras claves de la idea.

- Si la persona abandona una frase sin terminar, utilizar reparadores conversacionales, ayudas que completan la idea que el enfermo trata de transmitirnos.

- No insistir en que encuentre la palabra correcta por sí mismo si eso significa desviar la atención del tema que se está hablando y genera frustración. Es más importante resolver la comprensión que producir enunciados formalmente correctos.

- Valorar la respuesta dada por la persona puede ser una forma de alentarla a tratar de comunicarse en otras ocasiones. Esta valoración puede consistir en una repetición de lo que dijo o mostró.

- Formular preguntas objetivas y claras, usando solo las palabras necesarias para transmitir el mensaje y tratando de delimitar las posibilidades de respuesta, ya que ofrecer muchas opciones pueden generar confusión.

- Ante las preguntas repetitivas, ofrecer una respuesta sencilla, que estimemos que puede comprender. Escribir la respuesta en un papel, al alcance del paciente, puede ayudar a repasarla cuando la pregunta vuelve a surgir.

CONCLUSIONES

Los problemas de comunicación asociados a la demencia de Alzheimer afectan negativamente en la calidad de vida del enfermo y su familia. En el contexto de un deterioro progresivo y multidominio, con una importante pérdida de memoria, la afasia debe abordarse de forma diferente a las afasias adquiridas por lesión cerebral focal.

Los objetivos de la terapia no permiten la restitución de las funciones sino que se centran en su compensación o sustitución. Los familiares deberán aprender a minimizar los problemas que surjan en las interacciones comunicativas.

El diseño de la intervención requiere una evaluación previa del grado de deterioro cognitivo, del impacto del mismo en las actividades de la vida diaria, el análisis de las necesidades y recursos de comunicación del paciente y sus familiares y la caracterización de los déficit de lenguaje, en cada etapa de la enfermedad.

El enfermo se beneficia de una terapia del lenguaje individualizada, programada a partir de su perfil afásico. Se reforzarán los componentes semánticos y pragmáticos en todas las áreas del lenguaje: la comprensión, la expresión, la repetición, la lectura y la escritura. Se amplificará la comu-

nicación oral mediante la asociación de códigos visuales.

Los familiares deben conocer su papel activo en las interacciones comunicativas ya que el peso de la comunicación y la reparación de los errores recaerá sobre ellos cada vez en mayor grado. Por este motivo, se les ofrecen pautas sobre cómo iniciar la interacción, cómo cuidar del contexto espacial y emocional en los que se produce la comunicación, la importancia de la expresión gestual, del uso adecuado de la voz y el manejo correcto de los tiempos.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales: 5ª Edición*. América: American Psychiatric Publishing.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J.L. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 28 (7), 648-655.
- García-Albea, J. E., del Viso Pabón, S., & Bernardos, M. L. S. (1996). *Test de Boston para el diagnóstico de la afasia: adaptación española*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. (2002). *Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*. Barcelona: Masson.
- Hughes, C.P., Berg, L., Danziger, W.L., Coben, L.A., Martin, R.L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*, 140, 566-72.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. y Facal, D. (2006). Comunicación y lenguaje en la vejez. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, 67. Lecciones de Gerontología, XI Disponible en <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf>>
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining, and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-86.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002). *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA.
- Murray, L. (2010). Distinguishing clinical depression from early Alzheimer's disease in elderly people: Can narrative analysis help? *Aphasiology*, 24, 928-939.
- Pérez Mantero, J. L. (2012). El déficit lingüístico en personas con demencia de tipo alzhéimer: breve estado de la cuestión. *Pragmalingüística*, 20, 220-238
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de León, M.J. y Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Schröder, J., Wendelstein, B. & Felder, E. (2010). Language in the preclinical stage of Alzheimer's disease: Content and complexity in biographical narratives. *Alzheimer's & Dementia*, 6 (4) (Supl.), 360-361.