



Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer



Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer



...a Vuestro Mercedes, ante todas cosas
... de Antona Pérez, naturales de
... por la cual causa de
... en la cual cargo de
... tenía molinero
... fue de mi, to
... reñada de el río
... nacido en el río





**Aspectos generales. Comunicación
y enfermedad de Alzheimer**



CONTENIDO

1. ¿En qué consiste la comunicación entre las personas?
2. Elementos básicos de toda comunicación.
3. La educación como sistema de comunicación.
4. La comunicación educativa.
5. El diálogo educativo.
6. La importancia de las diferentes formas de comunicación existentes.
7. Funciones de la comunicación.
8. El lenguaje como instrumento de comunicación.
9. Lenguaje y enfermedad de Alzheimer.
10. Los trastornos del lenguaje en el enfermo de alzhéimer.
11. La evolución del lenguaje en las distintas fases de la enfermedad de Alzheimer.
 - 11.1. *En la primera fase o etapa inicial,*
 - 11.2. *En la segunda fase o etapa moderada,*
 - 11.3. *En la tercera fase o etapa avanzada,*
12. Un ejemplo de evolución en la escritura llevado a cabo en una demencia.
13. Las alteraciones en la comunicación, expresión y comprensión.

Aspectos generales. Comunicación y enfermedad de Alzheimer

1. ¿EN QUÉ CONSISTE LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS?

Existen numerosas definiciones de comunicación, pues diferentes disciplinas (Lingüística, Psicología, Antropología, Sociología o Periodismo) han proporcionado abundante información y estudio.

Los seres humanos consideramos la comunicación como un acto propio de nuestra actividad psíquica, derivado del pensamiento y del lenguaje, que nos sirve tanto para desarrollar y manejar nuestras capacidades psicosociales como para relacionarnos con nuestro entorno. Todo ello nos va a permitir conocernos más a nosotros mismos, a los demás y al medio que nos rodea mediante el intercambio de mensajes principalmente lingüísticos.

A través de la comunicación las personas recibimos y transmitimos información expresando nuestras emociones, necesidades, criterios o aspiraciones. En resumen, compartimos algo con alguien.

El pedagogo Edgard Dale define la comunicación como «el conjunto de ideas y sentimientos en disposición de reciprocidad». Otro pedagogo, E. Redondo García, la describe como «la relación real establecida entre dos o más seres, en virtud de lo cual uno de ellos participa del otro o ambos participan entre sí».

2. ELEMENTOS BÁSICOS DE TODA COMUNICACIÓN

Para que se produzca una comunicación eficaz es preciso que existan cuatro elementos básicos: emisor, mensaje, canal comunicativo y receptor.

Cadena directa

El poder comunicativo en este nivel depende de la capacidad del emisor y el receptor para descodificar el mensaje. Un ejemplo se daría cuando la persona enferma habla y el cuidador escucha.

El receptor no emite ningún tipo de mensaje: su única función es captar la información que le envía el emisor y aceptarlo. Este modelo de comunicación es unidireccional, aunque el lenguaje sea oral, gestual, gráfico, etc.

A este tipo de comunicación se le denomina también cadena directa, la que se da, por ejemplo, en una lección magistral, en una conferencia o en la radio, la televisión o la prensa escrita.

En esta comunicación existe sólo un camino de ida, no habiendo posibilidad de contestar. La función del receptor es captar la información que transmite el emisor y aceptarla, ya que no tiene posibilidad de emitir ningún mensaje.

Emisor → ◆ mensaje → ◆ canal comunicativo → ◆ receptor

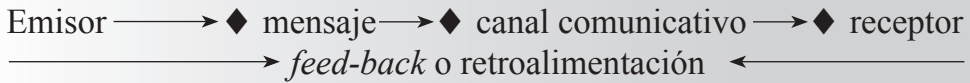
Este diagrama ilustra el flujo unidireccional de la comunicación directa. Comienza con el emisor, que envía un mensaje a través de un canal comunicativo hasta el receptor. Cada elemento está representado por un símbolo de diamante (◆) que indica un punto clave en el proceso.

Cadena refleja

Existe otro tipo de comunicación contrapuesta a la simple información unidireccional denominado cadena refleja. En este caso el emisor puede variar su conducta para hacerse más eficaz y adecuado en el acto comunicati-

vo. Se da este caso en clases magistrales, con alumnos que realizan preguntas al profesor. Éste modifica la explicación según las respuestas emitidas.

A este efecto se le conoce como *feed-back* o retroalimentación, ya que permite la variación de conducta en el emisor, el mensaje o el canal comunicativo.



Una de las múltiples ventajas que nos ofrece la inclusión de un sistema de retroalimentación a la hora de comunicarnos es la posibilidad de valorar si el receptor ha recibido adecuadamente la información que hemos deseado transmitir. Ésta sería una forma de comunicación activa, en contraposición a la comunicación magistral.

En la comunicación activa el emisor y el receptor parten del mismo punto y conjuntamente; mediante un continuo conocimiento y comprensión, llegan a un objetivo común: el verdadero diálogo, donde existe un verdadero canal bidireccional, es decir, que tiene capacidad de vuelta.

3. LA EDUCACIÓN COMO SISTEMA DE COMUNICACIÓN

La comunicación es uno de los pilares fundamentales de la vida social. Sin la capacidad de comunicación sería imposible la vida en grupo y los seres humanos permaneceríamos aislados física y psíquicamente.

La educación como sistema comunicativo es una puerta que abre enormes posibilidades tanto desde el punto de vista pedagógico como del tecnológico (ordenadores y sus lenguajes operativos, etc.). El enfermo de alzhéimer en la etapa inicial empobrece sus expresiones y frases a la vez que disminuye su iniciativa para hablar, pues suele darse cuenta de lo que le pasa (comienza a ver que le faltan palabras a la hora de expresarse). Así, procura no hacer comentarios y hablar lo menos posible para que las personas que se encuentran a su alrededor no se den cuenta de su déficit.

En la etapa intermedia el lenguaje se vuelve más pobre y suele aparecer la ecolalia. Al comienzo de la etapa avanzada de la enfermedad, ya existe una importante falta de iniciativa tanto para hablar como para comprender lo que se le dice.

Igualmente, uno de los problemas mayores que vamos a encontrar es el déficit de memoria en el afectado por la enfermedad de Alzheimer, lo que se estudiará más adelante.

4. LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA

Es más fácil quedarse en una relación unidireccional de comunicación, lo que no significa que pueda darse comunicación instructiva en forma de diálogo, pues aunque el emisor (profesor, ordenador, etc.) varíe su actuación según el resultado de las respuestas del receptor, todo se realiza conforme al plan previsto anteriormente, pudiendo variar el modo de presentación y el canal.

En el diálogo instructivo la bidireccionalidad de la comunicación existe siempre, aunque no impide que pueda darse la manipulación por el emisor respecto al receptor.

En cuanto a la educación, ésta va más lejos que la instrucción, por lo que exige una comunicación integral que abarque no sólo los contenidos objetivos, sino también las relaciones afectivas y sociales. Hay auténtica comunicación educativa cuando cada una de las personas intervienen de una forma completa, lo que significa que pueden expresar con total sinceridad las propias ideas y opiniones, aceptando totalmente las experiencias y sentimientos de los demás, pudiendo llegar a modificar, si fuese preciso, las intenciones y actitudes propias para encontrar la cooperación.

Las características de la auténtica comunicación educativa son:

- La postura abierta para la emisión y recepción de información, dentro de un clima de comprensión mutua entre el educando y el educador.
- La participación entre ambos miembros, ya que realmente comunicación y participación no son más que dos aspectos de un mismo fenómeno que se define como relación entre dos o más seres.
- Interacción, lo que lleva implícita la idea de *feed-back* como fruto del intercambio mutuo de ideas entre los interlocutores.

- Concepción democrática de la vida. La comunicación plenamente educativa rechaza todo lo que implique manipulación y dignifica todo lo que sea aceptación del otro y diálogo, no existiendo un único receptor ni emisor, sino que los interlocutores ejercen de manera libre e indistintamente ambos papeles.

Este tipo de comunicación conlleva libertad y bidireccionalidad para criticar y para pensar. No puede concebirse una educación en la que el educador posee toda la verdad y conocimientos, aunque esté en superioridad respecto al educando, sino que también él se educa y aprende por acción de aquél. Lo contrario sería un simple adoctrinamiento.

Mucchieli define muy bien las condiciones requeridas para una comunicación verdaderamente educativa:

- No existe comunicación educativa mientras el emisor sea egocéntrico.
- El educando (receptor) juega en todo momento un papel activo.
- No hay verdadera comunicación educativa hasta que no hay voluntad de establecer una relación verbal eficaz y hasta que no hay conciencia de un esfuerzo compartido, tanto en el emisor como en el receptor.

5. EL DIÁLOGO EDUCATIVO

Se materializa en las preguntas y respuestas que se dan entre el profesor y el alumno, ya que si las respuestas se ciñesen exclusivamente a los datos aportados por el profesor no existiría un auténtico diálogo educativo.

En el plano instructivo, la verdadera postura democrática aparece cuando el alumno puede participar con sus opiniones, dándosele entrada para que pueda exponer su punto de vista, y cuando se respetan sus conclusiones.

6. LA IMPORTANCIA DE LAS DIFERENTES FORMAS DE COMUNICACIÓN EXISTENTES

Los seres humanos utilizamos diferentes formas de comunicación, entre las que destacan las siguientes:

Verbal. Utilizamos el lenguaje de forma oral o de forma escrita.

No verbal. Utilizamos las manos, los gestos, las caricias, etc.

7. FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN

Informativa. Tiene que ver con la transmisión y recepción de la información que se desea transmitir. Por medio de ella se proporciona a la persona todo el caudal de la experiencia social e histórica, así como la formación de habilidades, hábitos y convicciones.

Afectivo-valorativa. El emisor tiene que dar a su mensaje toda la carga afectiva que el mismo demande. No todos los mensajes requieren la misma emotividad, así que es de mucha importancia para la estabilidad emocional de las personas y su realización personal. Gracias a esta función, los seres humanos pueden hacerse una imagen de sí mismos y de los demás.

Reguladora. Tiene que ver con la regulación de la conducta de las personas respecto a sus semejantes. De la capacidad autorreguladora y del propio individuo depende el éxito o el fracaso del acto comunicativo.

8. EL LENGUAJE COMO INSTRUMENTO DE COMUNICACIÓN

Platón señaló que «el lenguaje era un instrumento para comunicar uno a otro algo sobre las cosas».

En cualquier forma de comunicación, el lenguaje entra en contacto con los diferentes elementos que integran el esquema de la comunicación.

Es un órgano fundamental que sirve para comunicarnos estableciendo seis funciones básicas:

1.ª Función representativa o referencial. Es la base de toda comunicación. Define las relaciones entre el mensaje y la idea u objeto al cual se refiere. El hablante o emisor transmite al oyente o receptor sus ideas, conocimientos o, simplemente, le informa de algo objetivamente, sin que el hablante deje translucir su reacción subjetiva.

2.^a Función expresiva o emotiva. Define las relaciones entre el emisor y el mensaje. Expresa la actitud del emisor ante el objeto y a través del mensaje se capta la interioridad que el emisor desea expresar. Se utiliza para transmitir emociones, sentimientos o las opiniones del que habla.

3.^a Función apelativa o conativa. Define las relaciones entre el mensaje y el receptor. Se produce cuando la comunicación pretende obtener una reacción del receptor intentando modificar su conducta interna o externa. Corresponde a actitudes de mandato (modo imperativo) y preguntas.

4.^a Función poética o estética. Expresa la relación del mensaje con él mismo. Esta función aparece siempre que la expresión atrae la atención sobre su forma. Se da fundamentalmente en las artes, donde la referencia es el mensaje que deja de ser instrumento para hacerse objeto (el mensaje tiene fin en sí mismo). Aunque se utiliza esta función principalmente en la literatura, se encuentra también en nuestro lenguaje cotidiano y oral.

5.^a Función fática. Está orientada al canal que nos sirve de comunicación, su contenido informativo es nulo o muy escaso y su fin es consolidar, mantener, detener o iniciar la comunicación.

6.^a Función metalingüística. Se encuentra centrada en un código determinado.

Se da cuando la lengua se toma a sí misma como referente, es decir, cuando el mensaje se refiere al propio código. Éste se somete a análisis: gramática, diccionarios, lingüística...

9. LENGUAJE Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Gracias al lenguaje las personas podemos expresar lo que sentimos, conocer otros puntos de vista, realizar juicios de valor, controlar nuestra conducta y pensamientos, etc., motivo por el cual es fundamental prestar atención a su evolución y deterioro.

Posiblemente uno de los aspectos que más angustian al propio enfermo con demencia, a sus familiares y cuidadores, es su progresivo deterioro lingüístico, el cual parece que depende del nivel cultural del paciente. Di-

versos profesionales de la salud sugieren que existe una mayor resistencia al deterioro en las habilidades cognitivas verbales cuanto mayor es el nivel cultural del enfermo, aunque la demencia golpea por igual a catedráticos de universidad y a albañiles, pastores, actores de cine y de teatro o escritores.

El lenguaje es fundamental en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, principalmente en la primera etapa de la enfermedad, que se considera negativo cuando aparecen anomalías lingüísticas intensas y tempranas. Asimismo permite la distinción en el inicio precoz de la demencia en aquellos pacientes que poseen una historia familiar de enfermedad y presentan un desarrollo más rápido de ésta.

10. LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER

En 1907, el conocido médico psiquiatra y especialista en Neurología, Alöis Alzheimer, describió clínicamente la enfermedad en la paciente Auguste D., que a los 51 años presentó un trastorno clínico de delirio, deterioro progresivo de la memoria y dificultades en el lenguaje con parafasias, pausas en el habla, deterioro de la comprensión, así como de la lectura y escritura, agnosia e incapacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Auguste falleció a los 56 años en un estado de demencia avanzada. Al realizarle la necropsia, el doctor Alzheimer descubrió una importante atrofia del tejido cerebral, y la aparición en el mismo de numerosos ovillos y placas neurofibrilares no descubiertas hasta ese instante.

En cuanto a los trastornos de la capacidad del habla durante la enfermedad, es conveniente saber que existe afasia cuando hay una lesión cerebral focal en la zona cerebral que afecta al lenguaje, pero también se encuentran afectadas otras funciones superiores.

La mayor parte de los estudiosos del tema coinciden en que se trata de una afasia mixta, en la que aparecen déficits de comprensión y producción. Tampoco descartan que en determinados momentos de la enfermedad existan similitudes con otras formas de afasia, como la de Wernicke, o la global. Lo que a fecha de hoy aún no está claro es cuál es el origen

de las alteraciones del lenguaje, ya que no se sabe con certeza si se deben a una desorganización del sistema cognitivo o son el resultado de la acumulación de daños en determinadas zonas del cerebro, apuntándose hacia una enfermedad progresiva con afectación del conocimiento pragmático-semántico que requiere de procesos más complejos dependientes de la memoria que se encuentra seriamente alterada, así como otros sistemas mentales.

11. LA EVOLUCIÓN DEL LENGUAJE EN LAS DISTINTAS FASES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Este tipo de enfermos parece ser que presentan una evolución similar tanto en la evolución y desarrollo del lenguaje como en la sintomatología lingüística, siendo habitual en la mayor parte de las demencias degenerativas primarias, como es el alzhéimer.

Aunque desde el punto de vista neurológico esta enfermedad se divide en siete estadios o fases, nosotros la hemos dividido en tres etapas para resumirlo, simplificarlo y entenderlo mejor: inicial, media o moderada, grave o final.

11.1. En la primera fase o etapa inicial

Los primeros síntomas que se observan corresponden al empobrecimiento de las expresiones y frases, existiendo asimismo una paulatina disminución de la iniciativa para hablar. Por lo general el paciente es consciente de lo que le pasa y debido a eso procura que todos aquellos que le rodean (familia e incluso los compañeros del trabajo), no se den cuenta de lo que le pasa. Procura mantenerse al margen de comentarios, de participar en actividades con los demás; en definitiva, se autoexcluye.

En numerosas ocasiones dicen: «No me acuerdo de las cosas que acabo de decir o hacer, cada día que pasa me doy más cuenta de que estoy perdiendo la cabeza».

En la primera fase de la enfermedad observamos que los pacientes tienen un lenguaje más pobre que otras personas que no padecen demencia, reiterando una y otra vez la misma idea. Pero estos enfermos gozan aún de un amplio repertorio lingüístico, por lo que estos defectos pueden deberse a la aparición de depresión, así como al propio retraimiento de la persona en la relación con los demás, a la posible frustración definida como la verbalización de insatisfacción (no encuentra las palabras que quiere expresar) hecha por la propia persona enferma a la hora de generar el lenguaje.

Sin embargo, en los ejercicios de sintaxis, vemos que está preservada la capacidad para realizar y construir frases sintácticamente. Las explicaciones dadas por los teóricos del lenguaje y neurólogos respecto a estas dificultades expresan que pueden ser debidas a la desorganización de la memoria semántica, o quizás ésta puede estar preservada, pero no existe acceso a la misma debido a la pérdida de información o a defectos en la representación del lenguaje.

En esta etapa inicial no suele haber problemas de comprensión, sin embargo, a medida que la propia demencia va progresando, comienzan a aparecer las dificultades para comprender frases e ideas complejas.

La escritura es una tarea cognitiva compleja que aparece alterada en el inicio de la enfermedad, siendo la principal característica las alteraciones léxico-semánticas con múltiples errores agráficos, indicativos fundamentales en el desarrollo de demencia, coincidiendo las alteraciones leves de escritura con un grado leve de demencia.

Según los investigadores, la escritura es una compleja tarea cognitiva, por lo que el tipo de errores agráficos puede mostrar el deterioro cognitivo. Incluso existen científicos y neurólogos que consideran la agrafia como un síntoma temprano de demencia, aunque a día de hoy no hay unanimidad al respecto.

Los enfermos de alzhéimer presentan ciertas dificultades en la lectura correspondientes a una afectación leve de la enfermedad, siendo la evolución de la misma pareja al deterioro en la habilidad lectora. Sin embargo, dicha capacidad permanece más preservada que la de escritura o la de denominación, habiéndose comprobado que la lectura mecánica, generalmente, es uno de los aspectos más resistentes al deterioro.

Para otros autores, en las demencias las paragrafias se evidencian incluso antes que las dificultades en el lenguaje oral, aunque existen discrepancias entre unos y otros respecto a esto.

11.2. En la segunda fase o etapa moderada

Lo más característico de esta etapa es la aparición de la afasia, la agnosia y la apraxia, aunque al inicio son leves. Quedan afectadas las zonas del neocórtex cerebral, fundamentalmente en las áreas premotora y parietal posterior.

La afasia es de tipo mixto receptivo-expresivo, pero permanece la anomia, el lenguaje verbal más o menos fluido, la repetición se mantiene preservada y existe un marcado deterioro de la comprensión.

Para diversos investigadores el comienzo temprano de la afasia va asociado a una acelerada evolución de la enfermedad, ya que implicaría la existencia de signos neurológicos importantes, lo que indicaría un mal pronóstico.

En esta fase el lenguaje se vuelve más pobre, disminuyen las palabras y frases, se muestran dificultades importantes para reconocer objetos, denominarlos y se producen alteraciones numerosas en el léxico, dando lugar a la ecolalia, circunloquios y errores parafásicos, lo que coincide con un lenguaje pobre y vacío de contenido que va aumentando según evoluciona la enfermedad. Los problemas de comprensión sintáctica serán los más afectados.

Los errores en la comprensión también aumentan, aunque la repetición suele mantenerse preservada, así como la capacidad para leer en voz alta (lo que no implica que la persona enferma comprenda lo que está leyendo). Por el contrario, la capacidad para mantener proposiciones abstractas se halla notablemente deteriorada.

11.3. En la tercera fase o etapa avanzada

La persona enferma va a presentar un deterioro generalizado muy importante, ya que la demencia ha evolucionado paulatinamente alcanzando

un grado de afectación significativo. La afasia y la apatía son grandes, por lo que el lenguaje ha decrecido notablemente y el paciente carece de iniciativa para comunicarse o hablar.

La ecolalia y anomia son cada vez mayores, así como los problemas sintácticos, por lo que las expresiones son cada vez más incomprensibles (llegan a reducirse a meras sílabas).

La capacidad de comprender se encuentra igualmente muy afectada, existiendo incluso dificultades en las órdenes simples, e incluso se ven mermadas tanto la capacidad de leer como la de escribir, por lo que la incapacidad es grave. Lo habitual es encontrarnos con una situación de afasia general con mutismo asociada a la propia incapacidad.

Es un momento muy duro, ya no tanto para el paciente (que no es capaz de entender lo que le pasa) como para su familia y cuidador (ellos no le entienden a él, ni él a ellos). Sin lugar a dudas, cuando un ser humano es privado de la comunicación, autonomía y conciencia está abocado a la mayor incapacidad, física (llegan a terminar en numerosas ocasiones en posición fetal) y mental.

Al final de la enfermedad su existencia puede verse convertida en un circuito cama-sillón, pasando en numerosas ocasiones al encamamiento prolongado y a llevar una vida vegetativa, respondiendo a veces con monosílabos o sonidos guturales, aunque lo más habitual es una ausencia total de lenguaje, con los problemas que ello ocasiona en los cuidadores debido a la dificultad para comunicarse con el enfermo.

12. UN EJEMPLO DE EVOLUCIÓN EN LA ESCRITURA LLEVADO A CABO EN UNA DEMENCIA

Mujer de 95 años, diagnosticada de deterioro cognitivo moderado y probable enfermedad de Alzheimer. Ha trabajado toda su vida como maestra nacional (profesora de Educación General Básica) en Madrid. Actualmente realiza a diario ejercicios de estimulación cognitiva en Terapia Ocupacional.

Pruebas previas al diagnóstico:

Se le efectúan en el Servicio de Neurología de un gran hospital de Madrid diversas baterías de tests durante el mes de agosto del 2005.

El 18 de noviembre del 2005 se le realiza un TAC craneal con la siguiente interpretación radiológica:

Cisternas pre y lateropontinas con discreto aumento del espacio subaracnoideo.

Supratentorialmente retracción cortico-subcortical con aumento acompañante del sistema ventricular.

Existen numerosas hipodensidades parcheadas en la sustancia blanca periventricular relacionadas con probable arteriopatía de pequeño vaso.

Diagnósticos:

1. Retracción cortico-subcortical.
2. Demencia vascular, probable enfermedad de Binswanger.

Esta patología es un tipo de demencia vascular, de curso crónico y progresivo que se caracteriza por la existencia de infartos cerebrales (accidentes isquémicos transitorios) localizados generalmente en la zona subcortical del cerebro.

Según los especialistas estos pacientes sufren demencia subcortical y muestran enlentecimiento del pensamiento, alteraciones de la memoria, apatía y pérdida de interés por el medio que le rodea, todo ello relacionado con un cuadro de disfunción frontal cerebral.

Conforme va avanzando la enfermedad aparece la abulia, los déficits de orientación y dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En el caso de la persona estudiada, el deterioro intelectual y los trastornos de memoria no son severos, pudiendo en numerosas ocasiones comunicarte con ella, siendo capaz de comprendernos y expresarte lo que le decimos o nos dice, eso nos ayuda a poder establecer la diferencia con la enfermedad de Alzheimer, aunque haya sido diagnosticada así por el especialista, lo que nos lleva a pensar que el diagnóstico de fiabilidad en determinados casos es erróneo.

El mar La Mar

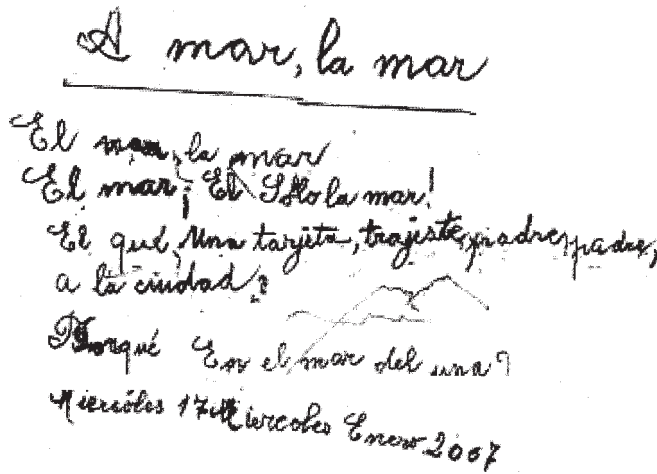
El mar, La mar.
El mar, ¡Solo la mar!
¿Por qué me trajiste, padre,
a la ciudad?
¿Por qué me desenterraste
del mar?
En sueños, la marejada
me tira del mar.
Se lo quisiera llevar:
Padre, ¿por qué me trajiste
así?

Miércoles 18 de Agosto del 2004

En este trabajo la residente estudiada, de profesión maestra, y que se encontraba al inicio de la demencia, copia un poema. Realiza la actividad en un corto espacio de tiempo, mostrándose muy cuidadosa con la ortografía y la caligrafía.

En la copia del mismo poema a fecha actual podemos observar que ya aparecen ciertos signos de afectación de la escritura debido al avance de la enfermedad (fase intermedia). Repite palabras o las confunde al copiarlas, por lo que no termina de escribir las frases u omite algunos vocablos. Aún así posee una buena base cognitiva que le permite todavía escribir con mucha claridad.

En un estadio más avanzado, se puede observar cómo en lugar de repetir palabras, repite sílabas de la misma palabra, por ejemplo: «padredredredre».



13. LAS ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN, EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN

La pérdida de la capacidad de comunicación es un síntoma característico de esta enfermedad. Dicha capacidad se verá más comprometida conforme vaya avanzando la patología.

A través del habla (y su potencial comunicativo) podemos relacionarnos e interactuar con los demás día a día. Diversos estudios han intentado sacar conclusiones sobre la funcionalidad del lenguaje en esta enfermedad, valorándose diversas cuestiones en la realización de actividades avanzadas (trabajar, coger un medio de transporte como el autobús, el tren o un taxi), actividades instrumentales (realizar la comida y usar los electrodomésticos) o actividades básicas (levantarnos, asearnos, vestarnos o controlar los esfínteres).

Los resultados revelan que la mayor parte de las personas estudiadas manifiestan algún grado de deterioro en un plazo de tiempo tan breve como es un año en las habilidades descritas, necesarias para la vida diaria. Sobre todo en el caso de la utilización del teléfono o el envío de una carta el 51 % de los pacientes mostraban importantes dificultades.

Capacidad de expresión:

Conforme va avanzando la enfermedad se observa una falta de iniciativa en el habla así como lentitud en las respuestas.

En la etapa inicial el enfermo aún es capaz de mantener una conversación con un lenguaje espontáneo coherente, y la longitud de las frases permanece estable, presentando, sin embargo, dificultades en cuanto al contenido de las mismas y el ritmo.

Posteriormente, y según va desarrollándose la demencia, aparecen los problemas a la hora de expresar argumentos lógicos y significativos, observándose incoherencias tanto en la repetición de una simple sílaba o palabra como en la repetición de frases y textos.

Diversos investigadores del lenguaje en enfermos con demencia han descubierto que las personas menos demenciadas no tienen grandes problemas para hablar coherentemente y, sin embargo, sí presentan enormes dificultades en la comprensión y denominación de objetos.

Un síntoma muy frecuente en todos los casos es el empobrecimiento del vocabulario. Se observa que los sustantivos se ven más afectados que los adjetivos, y éstos más que los verbos. Sin embargo, las preposiciones y conjunciones se suelen conservar bastante intactas.

La mayor parte de los enfermos utilizan las palabras más comunes porque son las que reproducen con más facilidad, siendo la ecolalia en la fase media algo habitual, incluso durante un diálogo con el paciente.

En cuanto a la memoria semántica, el enfermo de alzhéimer presenta dificultades en las tareas que requieren acceso a la misma. Es un indicador claro de pérdida de memoria semántica la dificultad para encontrar palabras, lo que se observa desde prácticamente el inicio de la enfermedad, que progresa conforme va deteriorándose el lenguaje. Por este motivo el paciente emplea repeticiones de frases o palabras para compensar sus problemas al denominar las cosas y objetos así como lo que desea decir, llegando en ocasiones a reproducir un lenguaje incoherente y vacío de contenido.

Por otra parte, la lectura en voz alta, en la etapa inicial así como en la media, está bastante bien conservada, lo que parece sugerir que, aunque existen déficit lingüísticos, las dificultades de visión y percepción no son habituales (a pesar de usar gafas o audífonos).

Capacidad de comprensión:

La comprensión oral no suele presentar dificultades, siendo capaces de comprender y responder a problemas concretos y órdenes simples.

La capacidad de comprensión para la lectura y escritura se encuentra igualmente deteriorada y va avanzando conforme transcurre la demencia, lo mismo que sucede con la mayoría de los diferentes aspectos del lenguaje: al inicio de la enfermedad existe dificultad para comprender frases u órdenes complejas, en la etapa moderada el contenido de las frases es incoherente, se presentan enormes dificultades en la lectura y escritura al final de la etapa media, lo que también provoca grandes dificultades para comunicarse no sólo con los cuidadores y resto de profesionales (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares y resto de personal), sino con su propia familia. Esto supone una importante carga emocional para ellos, ya que el enfermo, debido a su deterioro cognitivo, ya importante, no es capaz de darle la importancia que sus familiares le confieren.