

El lenguaje en la enfermedad de Alzheimer: deterioro progresivo y proceso comunicativo

Neurociencias - Psicobiología
Ángel Moreno Toledo
Archidona (Málaga) España

RESUMEN

El lenguaje sufre un paulatino deterioro con el curso de la enfermedad de Alzheimer. Las habilidades comunicativas del afectado disminuyen a medida que el deterioro atraviesa cada una de sus fases, la comunicación debe adaptarse a estas variaciones, así como en mensaje y la intención de dichas revelaciones (verbales y no-verbales). La manifestación y severidad del déficit del lenguaje correlaciona con la gravedad del tipo de demencia. El trastorno progresa lenta y gradualmente para en su primer estudio, focalizar una anomia o déficit de la nominación hasta finalizar en una afasia global o mutismo, o en la abolición del lenguaje.

Palabras clave: Enfermedad de alzheimer, lenguaje, comunicación, anomia, afasia.

La lesión cerebral o el deterioro progresivo de las demencias afectan, entre otras áreas y funciones al lenguaje, como uno de los primeros indicios importantes en mostrarse al comienzo de la enfermedad. Las limitaciones incipientes pueden ser en principio, enmascaradas por el enfermo, observamos como limita sus relaciones sociales, así como la comunicación, transformándose este en producciones cortas, ausentes de información, dubitativas e infrecuentes. La conducta del afectado comienza a tornarse más indiferente hacia el contacto social, retraído, volviéndose en un “autoimpuesto” aislamiento. El empobrecimiento del vocabulario, las limitaciones y más que significativas fallas de memoria, condicionan una pobre conversación, el lenguaje queda relegado a constantes muletillas o circunloquios que perseveran hasta lograr o bien la ayuda del oyente o una indicación contextual que resuelva el mensaje fallido o incompleto.

La naturaleza del declinar memorístico discurre progresivamente en la habilidad lingüística. Los cambios acaecidos fruto del paulatino deterioro son evidenciados en cada una de las áreas paso a paso por los estadios (desde la semántica, a la fonología, la sintaxis, la lectoescritura y la pragmática). La compensación de esta carencia debe mediarse por el cuidador, fundamentado en el conocimiento de la enfermedad, y las evoluciones degenerativas en cada periodo, así perpetuar una u otra estrategia que pueda ser reivindicada con el uso del lenguaje verbal adaptado o el lenguaje no-verbal en caso de avance a deterioro severo. Contiguo a la limitación comunicativa, emerge, no siendo menos importante, los factores psicológicos y emocionales en el enfermo. La depresión, frustración, el aislamiento, la ansiedad incluso la labilidad emocional, asumen durante el curso de la enfermedad una grave manifestación consecuenta con esta traba

comunicativa. Sin embargo, la heterogeneidad de las demencias, la afectación o nivel de severidad o los estadios, se presentan dentro de una variabilidad prudente en cada uno de los sujetos. La investigación en el campo de las demencias se nutre en el diagnóstico de la valoración del lenguaje como carácter principal para clasificar la demencia y como un marcador de severidad dentro de la manifestación en cada individuo.

Alzheimer y alteración del lenguaje. Fases, características y dominios

La afectación del lenguaje es una de las consecuencias ampliamente corroboradas como una de las alteraciones de las demencias (Junqué y Barroso, 1999). En el ya temprano año 1907, Alois Alzheimer constató la disrupción del lenguaje y su manifestación, como uno de los elementos subyacentes al trastorno. Entre las dificultades que proyecta el lenguaje del enfermo, queda disgregado entre afasia, anomia, automatismos, parafasias, circunloquios, estereotipias y la ecolalia. Todos estos fenómenos van introduciéndose en el lenguaje del enfermo acrecentando las lagunas y los avances del progresivo deterioro cognitivo. Es así, que una de las manifestaciones tempranas del trastorno, conlleva problemas de denominación (Kirshner y otros, 1984; Hodges y otros, 1991), la dificultad para evocar aquella palabra que designe el objeto dado, localizado en un déficit de la memoria semántica. Des este modo, diversos autores (Burke y Harrold, 1988; Snowden, 1989 ; Cuetos y otros, 2009), sostienen un déficit en el acceso o recuperación de la información, estos problemas de acceso, dificultan que el enfermo comprenda, elabore y denomine dicho objeto, la evocación se encuentra seriamente afectada así como el proceso de selección, recuperación y producción. En otras palabras, el sujeto es un ser anómico, totalmente desconectado del significante adherido al objeto, exento de nominación, incapaz de evocar el correspondiente nombre del objeto señalado, constituyéndose esta limitación en la más común de los trastornos afásicos. Siendo la afasia un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral, en un sujeto que previamente tenía lenguaje (Vendrell, 2001), existe la ambigüedad de términos proferidos en la bibliografía especializada para clasificar este síndrome, destacan entre la afasia nominal, afasia anómica y afasia amnésica, en esta primera fase de dificultad nominativa.



Figura 1. Deterioro progresivo del lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer.

La determinación del déficit que predomine en la naturaleza de la afasia, vendrá regido por la topografía lesional. Los aspectos clínicos, la sintomatología, la manifestación

etiológica y el impacto de la lesión, compondrá las características que tendría el déficit lingüístico o la sintomatología afásica condicionada (Benson y Ardila, 1996). A este respecto, como señalan Toyota y otros (2007) una rápida evolución del trastorno lingüístico al inicio temprano de la demencia es el predictor de un pronóstico desfavorable, de este modo hipotetiza la gravedad de una demencia inusual, donde las manifestaciones clínicas son mayores al inicio, demuestra un deterioro neurológico global, progresivo y creciente. Asimismo, se concluye que una limitación inicial de este tipo postula un grave deterioro semántico, lo que constituye un valioso marcador del deterioro cognitivo y un revulsivo a un diagnóstico precoz y del grado de severidad de esa demencia.

Es destacable, en términos de la anomia valorada en la fase inicial, cómo esta salvedad es emplazada solo a aquellas palabras de baja frecuencia, las que no conforman habitualmente el léxico del sujeto y además la dificultad de reproducir nombres y adjetivos (Irigaray, 1967). Íntegramente, la gran laguna radica en el acceso a la palabra que denomina el objeto. Numerosos autores señalan a la memoria semántica como el origen de los déficits en el acceso y recuperación de la información (Cuetos y otros, 2009, Snowden, 1989), correlacionándose en un déficit de evocación que menoscaba la comprensión y la denominación, alúdase las pruebas en fluidez semántica, el evaluado refiere una baja ejecución en el número de elementos por categoría propuesta (Smith y otros, 1989), se elevan los tiempos de reacción en la producción (Juncos, 1998), y los enfermos demandan mayor número de claves para facilitar el recuerdo. Derivado de esta dificultad en el acceso, queda fundamentado el reportado fenómeno de “La punta de la lengua” (Tot’s) (Whorthey y Martin, 1988, Burke, Mackay, Whorthey y Wade, 1991), Astel y Harley, 1996, 2002) así como problemas destacados a nivel de procesamiento (Tweedy y Schulman, 1982; Hayflick, 1987; Robles y Vilariño, 1998 ; Pereiro y otros, 2006). Otros autores atribuyen estas disfunciones en pérdidas asociadas al proceso de envejecimiento y desfavorecidas además por el deterioro cognitivo, existen dificultades en el órgano de los sentidos, a nivel auditivo (Ryan et al, 1986; Lichstein, Bess y Logan, 1991), atencionales o procedentes del control ejecutivo (Baddelay, 1986; Juncos, 1998), y de la pérdida de de habilidades visuoespaciales o perceptivas (Rochford, 1971).

Las limitaciones concurren de modo gradual junto con el avance de la demencia. Desde un inicio focal (únicamente problemas de denominación, siendo la fluencia, comprensión, sintaxis, fonología y lectoescritura conservadas) a un déficit generalizado (en el que el proceso comunicativo es escaso, reducido a logoclonías y ecolalia, incluso al mutismo en últimas fases) ejemplificado en la afasia global (Silva Zabaleta, 2003).



Figura 2. Deterioro paulatino de la habilidad lingüística.

El retroceso lingüístico al comienzo de la enfermedad de Alzheimer (1ª Fase – GDS 3-4 – deterioro leve) está marcado por el déficit nominativo, existe la dificultad de hallar el nombre de las cosas u objetos, comienza a evidenciarse el distanciamiento comunicativo y la preocupación del enfermo, la depresión y la ansiedad así como los cambios en la personalidad, los olvidos y los problemas de orientación comienzan a vislumbrarse en esta etapa. La reiteración, la divagación, lentitud y sustituciones son frecuentes paulatinamente. Maneja ocasionalmente estos recursos con objeto de armonizar las producciones que deja irresueltas. Destaca un empobrecimiento del léxico e incluso habituales incoherencias en el discurso, siendo el resto del proceso comunicativo normal (si consta una mala ejecución en la comprensión de frases e ideas complejas). El lenguaje se vuelve anómico (Benson y otros, 1988), siendo esta la característica principal de una primera fase marcada por un trastorno aislado de la denominación, una leve dificultad en la evocación de palabras.

A medida que avanza el deterioro cognitivo, la involución lingüística y comunicativa progresa con el desarrollo del déficit, el estadio 2 o fase moderada (2ª Fase – GDS 4-5 – deterioro moderado). En esta fase, el enfermo presenta mayor dificultad en la comunicación, el perjuicio en el vocabulario, la incoherencia del lenguaje espontáneo y expresivo, fallos en la pragmática (respeto de turnos conversacionales y consideración del hablante) son más comunes, el deterioro en la habilidad de acceso y recuperación de información del léxico condiciona que el enfermo elabore y emita más producciones erróneas que cumplen como sustitutivo o ayuda léxica, o un elemento lingüístico anómalo que palie / conforme una expresión “útil” en la comunicación. Las parafasias, las perseveraciones, circunloquios o perífrasis son algunos de estos elementos. Los déficits agnósicos, apráxicos y afásicos comienzan en esta fase, para agravarse con el progreso de la demencia. En general el lenguaje de esta etapa es pobre, lento y carente de información o contenido, sustituido en partes por emisiones léxicas anómalas, tendente a la estereotipación.

El irreversible curso del deterioro cognitivo culmina en la última fase, (Fase 3, GDS 5-6 Deterioro severo), la afasia global o la pérdida de la capacidad verbal, la comunicación queda gravemente afectada siendo reducida únicamente a emisiones como gemidos o gruñidos, balbuceos, la expresión corporal y gestos y limitada al lenguaje no-verbal. La faceta comunicativa desaparece (mutismo).

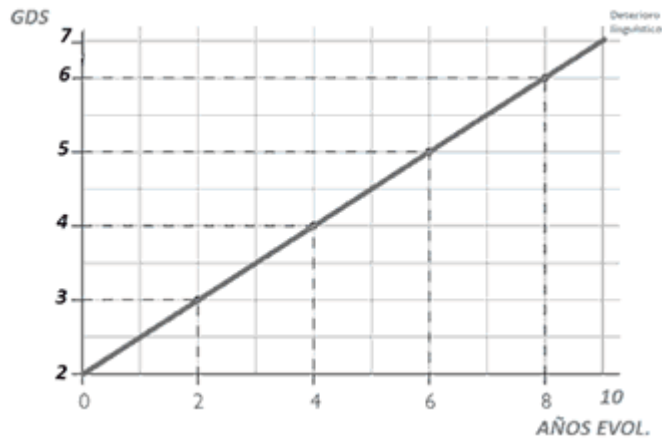


Figura 3. Deterioro global y progresivo de los dominios del lenguaje en la [enfermedad de Alzheimer](#).

Hipotética evolución figura del progresivo deterioro del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer (habilidad y competencia lingüística). 1) Anomia inicial: Déficit en la denominación. Aislamiento social. Afasia anómica. 2) Afasia: Repetición/incoherencia. Estereotipias. Parafasias. Conversación enlentecida. 3) Afasia Global: Desaparición del lenguaje. Mutismo. Ecolalia.

Trastornos del lenguaje. Valoración , inferencia y diagnóstico diferencial

Constituye una importante labor, dentro del campo de estudio de las demencias, la valoración, medición de las habilidades del sujeto, es más, recae mayor relevancia si cabe, el determinar aquellas facetas conservadas, cuales alteradas en la demencia para así recabar un diagnóstico fidedigno. Entre muchos de los actuales cuestionarios y tests lanzados al mercado, la valoración de los tipos de afasia (BDAE) (Goodglass y Kaplan, 1983), la capacidad comunicativa (CADL) (Holland, 1980), sintaxis y comprensión (Token Test) (McNeil y Prescott, 1978), EPLA, (PALPA) procesos psicolingüísticos y procesamiento del lenguaje (Kay, Lesser y Coltheart, 1994), CAMDEX (Roth y cols, 1986) visión global del trastorno cognitivo, (BORB) Análisis visual de objetos (Riddoch y Humphreys, 1994).

Algunas de las limitaciones que han presentado estas pruebas en la práctica han sido mostradas por diferentes autores, Wertz (1985) y Davis (1983) señalan que solo son válidas o apropiadas en pacientes con determinado déficit, de este modo, en afásicos globales o pacientes con deterioro severo, los ítems resultan ampliamente difíciles

(Brookshine, 1992). Estas limitaciones metodológicas, requieren de la necesidad de promover una selección de pruebas para proceder a una evaluación sistémica del lenguaje y de las habilidades comunicativas, potenciar aquellas capacidades conservadas, así como estimar el grado de déficit en cada uno de los parámetros del lenguaje y cuidar extremadamente la presentación de instrucciones y estímulos adaptándoles a los pacientes.

La necesidad de pautar, excluir otras entidades nosológicas que pueden enmascarar el déficit lingüístico en el Alzheimer, de otras limitaciones topográficas totalmente opuestas. No obstante en primer paso exigir un examen que descarte déficits sensoriales, que estén comprometiendo la comprensión, así como anular la depresión o la inestabilidad anímica grave. La afasia progresiva primaria (Mesulam, 2005) siendo una alteración del lenguaje desvinculada del Alzheimer, donde el déficit lingüístico constituiría una consecuencia secundaria al déficit memorístico dado, a este respecto se pronuncia Berthier (2005) basado el diagnóstico en técnicas de neuroimagen corroboradas en base a estudios topográficos (ubicándose la alteración de la APP en el hemisferio izquierdo). La consecuencia del envejecimiento normativo debe diferenciarse en fallas sin derivación o los cambios neuropsicológicos propios de los padecimientos de la edad (Junqué y Jurado, 1994).

Proceso comunicativo. Consideraciones generales

La comunicación subyacente a esta condición configura un proceso comunicativo especial o particular, adaptado y complejo, por lo tanto se considera fundamental hallar aquellas pautas comunicativas que permiten al enfermo comprendernos y que él, nos comprenda. Para ello una capacidad relevante en el contacto comunicativo, requiere del tratamiento de la emotividad, en cada intercambio, posibilitando una comunicación más saludable, cálida y eficaz (Moreno, 2008).

La expresión facial y los indicios como postura corporal, gestualidad y contacto visual (Elkman, 2003) enriquece la comunicación y aporta otros significantes fiables al enfermo desde el lenguaje no-verbal. El comunicador establece un enlace característico, donde expresa sentimientos, maneja su nivel de ansiedad y determina un papel activo durante el proceso (Moreno, 2008). Todos los intercambios comunicativos deben estar marcados por la emotividad, por una actitud positiva hacia el enfermo, una predisposición a escucharle, esforzarse por entenderle, a medida que el deterioro avanza existe la necesidad de tomar un papel más activo en este proceso. Recordemos que en esta fase coexiste un correlato de memoria emocional que permite un intercambio de afecto y estima así como una mediación entre el cuidador, que orienta la comunicación en esta etapa.

Para el interlocutor, el habla con el sujeto que padece Alzheimer se torna cada vez más dificultosa, frustrante y escasa, (Vallés, 2006) debe desarrollar la habilidad de escuchar, de la intuición (destacar lo que quiere decir buscando indicaciones en el entorno), adaptar el discurso transformándolo en breve, claro y pausado, captar la atención es muy importante (Strauss ,2006), puede valerse del lenguaje corporal y de las RC (recuperaciones conversacionales), en donde el hablante corrige o ayuda al enfermo a

hallar aquella palabra esquiva o intenta captar su atención (Orange y otros, 2006). Se traduce esta intención como un recurso, que utiliza el interlocutor en su haber para propiciar la coherencia y agrupación del discurso, así como para reducir la ansiedad que cause el déficit cognitivo en el lenguaje.

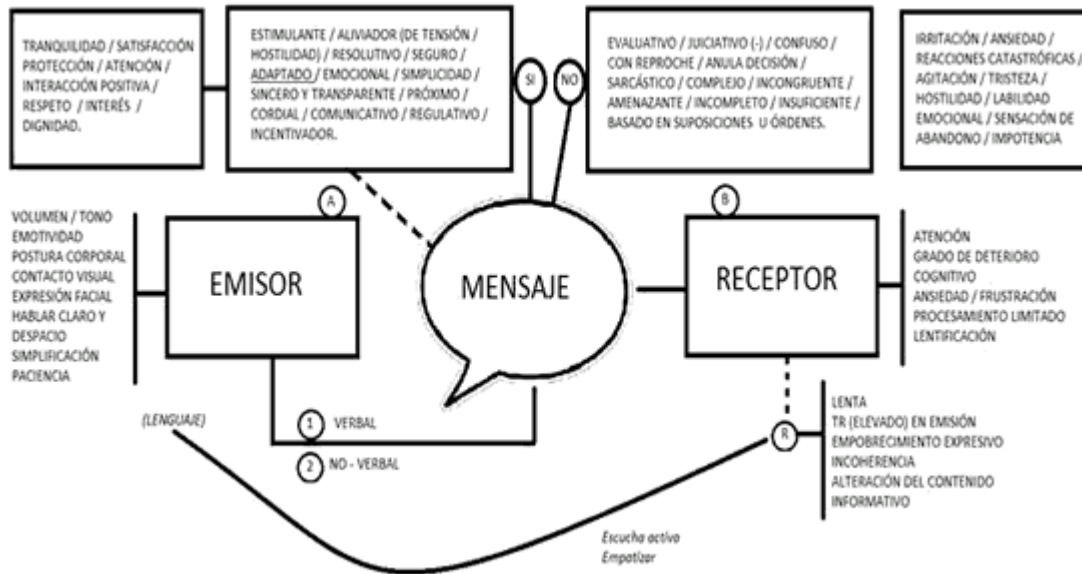


Figura 4. Interacción comunicativa

Las características pragmáticas del lenguaje se ven comprometidas con el avance de la enfermedad, la interrupción de turnos del hablante, discurso reiterativo e incoherente, pérdida de referencia en el diálogo, indiferencia o comunicación fragmentaria. La inevitabilidad del déficit comunicativo demanda al cuidador una serie de competencias que debe adquirir y considerar para lograr un intercambio eficaz. La infancia, el contexto y las estrategias comunicativas del cuidador cobran gran importancia a medida que avanza el déficit, es necesario un adecuado ajuste a cada situación que nos lleve el enfermo.

Algunas de las estrategias que deben adoptar los comunicadores en su intento de interactuar con el enfermo de Alzheimer, presente desde el lenguaje verbal, la reducción de frases o del mensaje, el uso de las recuperaciones conversacionales, el habla más lenta y pausada, la entonación ayudado de la gestualidad, el uso de las claves, la reducción de ruidos externos, el manejo de la frustración, tener entereza y paciencia (Ostuni y Santo Pietro, 1986; González Mas, 2000; Sabat, 2001; Small, Gutman y Makela, 2003; Orange y otros, 2006; Fera, 2006; Goldberg, 2008). Desde el lenguaje no – verbal, valiéndonos de la emotividad de nuestra interacción, haciendo de ésta un acontecimiento afectuoso, empático, sentimental, positivo y cercano. Trataremos la vertiente gestual, la expresión facial, actitudes, la mirada, sonrisa y la postura, la proximidad espacial entre los dos interlocutores, el contacto físico y cuidaremos la apariencia personal (Pascual y Borlés, 1999; Donoso Sepúlveda, 2001; Molloy y Caldwell, 2002; Elkman, 2003; Gleeson, 2003; Fera, 2006; Molinuevo, 2007; Moreno, 2008).

Conclusión

La evolución de los problemas derivados del deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer, provoca una degeneración paulatina en el lenguaje del enfermo. Las limitaciones comienzan a entorpecer los procesos comunicativos del enfermo con su entorno, caracterizando dichos intercambios como frustrantes, generadores de ansiedad, de aislamiento y de reacciones anímicas depresivas. La incapacidad de procesamiento, las lagunas de memoria (semántica y operativa), el mismo déficit cognitivo y la creciente merma comunicativa, exige del cuidador una dedicación especial, vinculada a prestar mayor atención y el uso de estrategias verbales o no verbales (gravitando del grado de déficit que padezca el enfermo).

La valoración metodológica debe vislumbrar aquellas áreas que conserva el sujeto, paliar irregularidades metodológicas y focalizar la evaluación desde el punto de vista unitario y global. La competencia de nuestro enfermo en el aspecto expresivo puede ser paliado mediante la aplicación de estrategias comunicativas.

<http://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-lenguaje-deterioro/>