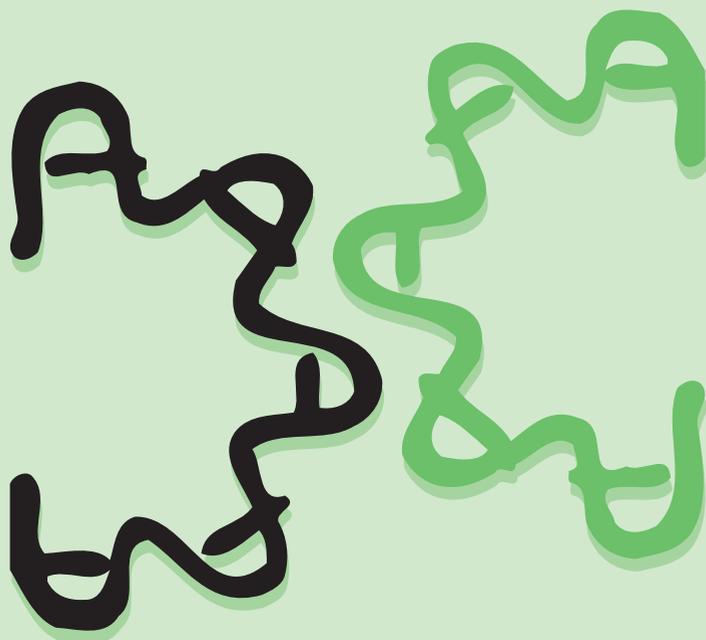


M^a José de Domingo Ruiz de Mier.
Pilar Iglesias Asensio.
Catalina Rodríguez Ponce.
Francisco Núñez Zamora



La comunicación con el enfermo de ALZHEIMER



CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
FAMILIARES DE
ENFERMOS DE
ALZHEIMER
Y OTRAS DEMENCIAS



OBRA SOCIAL

La comunicación con el enfermo de ALZHEIMER

Título: LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

Autores:

- M^ª José de Domingo Ruiz de Mier.
Psicóloga.
AFA Andalucía (Málaga).
Miembro del Comité Científico de CEAFA.
- Pilar Iglesias Asensio.
Psicóloga.
AFA Andalucía (Málaga).
- Catalina Rodríguez Ponce.
Enfermera.
AFA Andalucía (Málaga).
Miembro del Comité Científico de CEAFA.
- Francisco Núñez Zamora
Psicólogo y Logopeda.
Viñetista.

Edita: CEAFA Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.

© 2004 CEAFA. Todos los derechos reservados

Imprime:

Depósito legal:

CEAFA agradece la ayuda prestada por la Obra Social de Caja Madrid en la elaboración de este manual.

6. Caso práctico	7
7. Glosario de términos	7
8. Anexo 7	
9. Agradecimientos	7
10. Bibliografía	7
11. Federaciones miembros de CEFA	7

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: DESCRIPCIÓN, EVOLUCIÓN DEL PROCESO Y SINTOMATOLOGÍA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

La demencia es un síndrome adquirido, producido por múltiples causas orgánicas, caracterizado por una reducción progresiva de diferentes funciones intelectuales, lo que ocasiona en un paciente consciente, crecientes limitaciones para su desenvolvimiento tanto en el ámbito familiar como en el social.

Las demencias constituyen, en la actualidad, un grave problema, y las previsiones epidemiológicas y demográficas para los próximos años hacen prever que el problema se va a ver enormemente agravado.

En la actualidad, se conoce la existencia de más de sesenta causas de demencias. Dentro de ellas la más frecuente, que aglutina entre el 60 y 80 % de las mismas, es la enfermedad de Alzheimer, entendiendo por tal un síndrome demencial de origen aún desconocido y para el que todavía no existe tratamiento curativo.

La enfermedad de Alzheimer es considerada una demencia primaria, es decir, que tiene una causa propia, ya que no es efecto secundario de cualquier otra enfermedad y/o traumatismo físico o psicológico. Es una demencia irreversible, es decir, que sigue un proceso involutivo y no recuperable. Y es progresiva, es decir, que una vez iniciada, generalmente de forma lenta, insidiosa y larvada, va empeorando paulatinamente.

Esta demencia tiene una prevalencia del

5% en las personas mayores de 65 años, que asciende a un 20% entre los mayores de 80 años. En este momento unas 600.000 personas están diagnosticadas en España. Pero si, además, consideramos el carácter sociofamiliar de dicha patología, podemos estimar que en nuestro país unos dos millones de personas se ven afectadas en la actualidad, directa o indirectamente, por el mal de Alzheimer.

Descrita por Alois Alzheimer a principio de siglo, la enfermedad que lleva su nombre, consiste en un deterioro intelectual irreversible, de causa orgánica, ocasionado por una lesión cerebral, de origen hasta ahora desconocido, y que trae como consecuencia limitaciones progresivas para el desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana.

Para el diagnóstico clínico de la demencia se usan, básicamente dos tipos de clasificaciones: el DSM - IV y el ICD - 10.

- Según los criterios del DSM - IV se considera que un proceso patológico puede ser etiquetado de demencia cuando el paciente presenta déficit cognitivos múltiples.

Entre ellos, alteración de la memoria y al menos uno de los siguientes:

- » *Afasia o problemas con el lenguaje de recepción y de expresión.*
- » *Apraxia o incapacidad para llevar a cabo movimientos coordinados.*
- » *Agnosia o incapacidad de reconocimiento, en especial de las personas.*

» *Disturbio de la función ejecutiva o alteración en la planificación de la organización secuencial y de la atención.*

Estos déficit cognitivo son:

» *Lo suficientemente intensos como para interferir significativamente con el funcionamiento laboral y/o social.*

» *Que represente el deterioro de una función previa más elevada.*

» *Que no se produce exclusivamente en el curso del delirium.*

• El ICD -10 habla de demencia cuando existe:

» *Presencia de cada uno de los siguientes aspectos:*

◦ *Deterioro de la memoria.*

◦ *Deterioro de las capacidades intelectivas.*

» *Ausencia de alteración de la conciencia. Deterioro en la conducta social, control emocional o motivación.*

» *Duración de la sintomatología de, al menos, seis meses.*

1.2. EVOLUCIÓN DEL PROCESO.

Se establece que, la enfermedad de Alzheimer evoluciona por fases, etapas o estadios, aunque cada enfermo es totalmente distinto y resulta muy difícil diferenciar claramente el final de un/a y el inicio del/la siguiente.

En la bibliografía actual se describen dos formas de exponer el proceso evolutivo de la enfermedad:

• una de ellas, establece que pasa por tres fases evolutivas:

» *FASE I -> Inicial o Leve*

» *FASE II-> Intermedia o Moderada.*

» *FASE III-> Terminal, Final o Grave.*

• La otra evalúa la degradación mediante la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg, que clasifica la enfermedad en siete niveles evolutivos:

» *GDS 1-> Sin deterioro cognitivo.*

» *GDS 2-> Deterioro cognitivo muy leve.*

» *GDS 3-> Deterioro cognitivo leve. Demencia incipiente.*

Diagnóstico diferencial con:

AMAE = Alteración Amnésica Atribuida a la Edad y/o

DECAE = Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad).

» *GDS 4-> Deterioro cognitivo moderado. Demencia leve.*

» *GDS 5-> Deterioro cognitivo moderadamente grave. Demencia moderada.*

» *GDS 6-> Deterioro cognitivo grave. Demencia moderadamente grave.*

» *GDS 7-> Deterioro cognitivo muy grave. Demencia grave.*

Pudiendo establecer un paralelismo entre ambas, ya que:

• La Fase Inicial-> Equivaldría a un GDS 3 /4.

• La Fase Intermedia-> Equivaldría a un GDS 5 /6.

• Fase Final-> Equivaldría a un GDS 7.

Nosotros hemos optado por la modalidad de definirla en tres Fases: I, II y III.

A continuación, adjuntamos una tabla en la que recogemos, en un esquema comparativo, según adaptación propia, la relación existente entre las tres fases evolutivas antes mencionada, y la degradación, por estadios, de los procesos cognitivos que establece la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg.

ESTADIO/ AREAS COGNITIVAS	CONCENTRACION	MEMORIA FIJACION	MEMORIA EVOCACION	O
GDS 1	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	A tr ni
GDS 2	Fácil distracción.	Ausencia de trastornos evidente con quejas subjetivas	Quejas subjetivas sobre ubicación de objetos y/o nombres conocidos.	Q
GDS 3	Defecto evidente en entrevista clínica sin queja subjetiva	Defecto objetivo de memoria para hechos muy específicos	Defecto objetivo para evocar palabras y/o nombres. Poca retentiva.	D o p
GDS 4	Trastorno moderado evidente en sustracción seriada de "sietes".	Recuerdo deficiente de acontecimientos recientes.	Ligero defecto en recuerdos autobiográficos.	D lu co de te
GDS 5	Trastorno importante evidente en sustracción seriada de "cuatros o doses".	Seria dificultad para recordar datos relevantes del presente	Importante defecto en sucesos autobiográficos relevantes	F de te
GDS 6	Trastorno severo. Incapaz de contar de "10 a 1 y a veces de 1 a 10".	Imposibilidad para memorizar datos y/o experiencias actuales.	Defecto severo en el conocimiento de su autobiografía. Permanecen fragmentos.	D te O re p
GDS 7	Progresiva incapacidad total.	Progresiva incapacidad total.	Progresiva incapacidad total.	P in

ORIENTACION	LENGUAJE	PRAXIS	CALCULO	FASES
Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	FASE I INICIAL
Quejas subjetivas	Quejas subjetivas sobre nombres de personas y/u objetos.	Ausencia de trastornos evidentes ni quejas subjetivas.	Dificultad para sustracciones de gran complejidad.	
Desorientación ocasional en lugares poco conocidos.	Dificultad para evocar palabras y/o nombres. Titubeos.	Dificultad para dibujo tridimensional.	Dificultad para sustracciones de mediana complejidad.	
Desorientación en lugares poco conocidos. Ligera desorientación temporal.	Ligera anomia. Ligera dificultad de expresión. Tendencia al mutismo.	Capacidad para dibujo geométrico angular plano.	Dificultad para sustracciones de escasa complejidad.	
Frecuente desorientación temporoespacial.	Anomia importante. Dificultad de expresión. Confusión de vocablos.	Capacidad para dibujo geométrico curvilíneo.	Dificultad para sustracciones simples.	FASE II INTERMEDIA
Desorientación temporoespacial. Orientación con respecto a su persona.	Marcada pobreza de lenguaje dirigido y ausencia de lenguaje espontáneo. Neologismos.	Capacidad para garabatear.	Imposibilidad para sustracciones y dificultad para sumas complejas.	
Progresiva incapacidad total.	Progresiva incapacidad total.	Progresiva incapacidad total.	Progresiva incapacidad total.	FASE III SEVERA

1.3. SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

1.3.1. SINTOMATOLOGÍA

DE LA FASE I:

En esta fase el enfermo suele presentar la siguiente sintomatología:

- Percepción subjetiva de pérdida real de memoria.
- Dificultad reiterada para recordar hechos de cierta importancia: lugar donde deja las cosas, recados, fechas significativas, nombres de lugares o de personas conocidas, teléfonos habituales,...; lo que hace aparecer y/o aumentar la inseguridad y dificulta el desarrollo de su vida cotidiana.
- Ligeras desorientación temporoespacial.
- Dificultad para nuevos aprendizajes que requieran procedimientos razonados y con cierta complejidad, así como para adaptarse a nuevos entornos y/o ambientes.
- Ligeras alteraciones en el uso del lenguaje, tanto de expresión como de comprensión, alteraciones que constituyen un grave inconveniente para mantener una conversación fluida, por lo que suelen aislarse y evitan el tener que participar en reuniones familiares.
- Ligeras dificultades en la escritura, con producción de escritura imprecisa y generalmente empobrecida, lo que les puede llevar a inhibirse para la ejecución de tareas de este tipo.
- Dificultad para el cálculo: manejo de dinero, operaciones bancarias, finanzas, etc.
- Ligeras dificultades en la praxia: manejo de electrodomésticos, fuego, destrezas laborales, dificultades para la ejecución de tareas automatizadas,... lo

que suele ocasionar un rendimiento laboral, extra e intradoméstico en disminución.

- Cambios de personalidad y de carácter que dificultan su trato y manejo; generalmente con agudización de los rasgos previos: los celosillos presentan celotipia, los que miraban la peseta se vuelven tacaños, los de genio vivo se tornan iracundos,... En ocasiones puede suceder lo contrario: los ariscos se vuelven cariñosos, los tristes comienzan a ser alegres,...
- Alteraciones en el estado de ánimo y comportamiento: desinterés, apatía, pérdida de iniciativa, abandono de aficiones que, hasta ahora resultaban gratificantes, quejas físicas diversas, labilidad emocional (pasan del llanto a la risa sin causa aparente), sentimientos de culpabilidad, trastornos de la autoestima, sentimiento de inutilidad, estado depresivo o ansioso...

1.3.2. SINTOMATOLOGÍA

DE LA FASE II:

En este periodo suelen hacer aparición síntomas como:

- Desorientación temporoespacial grave con importantes despistes. Dificultad para reconocer lugares habituales, incluso en el propio domicilio, lo que da lugar a frecuentes pérdidas. Confusión entre el día y la noche. Percepción errónea del espacio, con dificultad para el cálculo de las distancias.
- Deterioro marcado de memoria: pérdida

- de conocimientos generales. Dificultad/incapacidad para relatar una historia acaecida. Dificultad para el aprendizaje de nuevas tareas perceptivo - motoras.
- Alteraciones gnósicas. Incapacidad para reconocer personas, caras, lugares, objetos familiares y conocidos. Incluso no reconocimiento de la propia imagen reflejada en un espejo.
 - Incapacidad para asimilar de acontecimientos personales y/o familiares muy significativos: muerte de un hijo, boda de una nieta...
 - Dificultades serias para la praxia con limitaciones graves para realizar movimientos complejos o acciones secuenciadas que conduzcan a un fin como realización de las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
 - Pérdida de control sobre gestos y/o movimientos significativos y aprendidos con anterioridad. Vagabundeo.
 - Empobrecimiento significativo del lenguaje con falta de palabras, reiteración de términos, o repetición de lo que acabamos de decirle. Confusión de palabras, utilizando una por otra. Creación de palabras nuevas e incluso verborrea incoherente.
 - Dificultades importantes para la escritura, el dibujo y la construcción de dibujos o figuras tri o bidimensionales.
 - Disfuncionalidad y reacciones conductuales diversas: conductas de riesgo, reacciones catastróficas, frustraciones, agresividad, agitación, fobia a determinadas tareas, abandono del cuidado personal, obsesiones, ...
 - Pérdida de actividad laboral extra e intradoméstica.
 - Modificación de la sexualidad pudiendo

aparecer hiperactividad y desinhibición.

- Alucinaciones e ilusiones frecuentes, visuales, auditivas, olfatorias, gustativas y/o táctiles.
- Frecuentes alteraciones del sueño.
- Pérdidas del control de esfínteres que genera incontinencia.

1.3.3. SINTOMATOLOGÍA

DE LA FASE III:

En la última fase de la enfermedad suele presentarse una sintomatología análoga a:

- Grave afectación del lenguaje y/o ausencia de este.
- Grave alteración de las praxias relacionadas con las AVD muy básicas: vestido, comida, higiene, etc. o apraxia total para la realización de estas.
- Desorientación temporo-espacial total con incapacidad para el reconocimiento del propio cuerpo.
- Doble incontinencia total: vesical y fecal.
- Pérdida total de memoria, excepto de la afectiva.
- Graves trastornos del movimiento que van desde alteraciones graves en el equilibrio y en la marcha hasta la inmovilidad total, con el consiguiente riesgo de la aparición de problemas derivados de éste como son las úlceras por presión, el estreñimiento, el éxtasis de secreciones, etc.
- Pérdida de reflejos excepto de los más primarios: aprensión, succión.
- Aparente aplanamiento emocional y desconexión total de mundo que le rodea.
- Frecuente alteración en el descanso y sueño.

» » 2 EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN

2.1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN.

Podemos definir la comunicación como un acto mediante el cual un individuo (ser humano o animal) establece con otro u otros un contacto que le permite intercambiar una determinada información.

Los elementos que intervienen en el proceso de comunicación son:

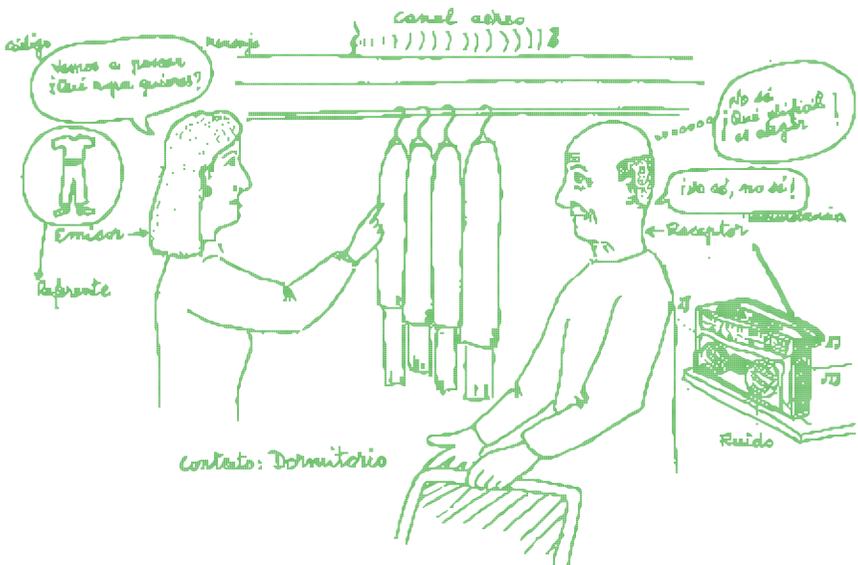
- Emisor.- Sujeto que produce el acto de comunicación. “El que habla o escribe”.
 - Referente.- La realidad a la que hace referencia el mensaje comunicativo. “Lo que queremos expresar.
 - Código.- Conjunto de signos, relacionados entre sí, y de reglas de construcción, a disposición del emisor y del receptor (acústicos, gráficos...).
 - Mensaje.- Resultado de la codificación, portador de la información o conjunto de informaciones que se transmiten. El mensaje es el portador de contenido (información) e intención (sentimientos).
 - Canal.- Medio físico por el que circula el mensaje (teléfono, aire, televisión, periódico...).
 - Receptor.- Sujeto que descodifica y recibe el mensaje. “El que escucha”.
- Contexto.- Conjunto de factores y circunstancias en las que se produce el mensaje y que deben ser conocidas tanto por el emisor como por el receptor. Podemos distinguir varios tipos de contexto:
 - » *Contexto situacional.- Circunstancias espaciales y temporales en las que se produce el acto comunicativo.*
 - » *Contexto sociohistórico.- Conocimiento de la época en la que se producen los mensajes.*
 - » *Contexto lingüístico.- Lo dicho antes o después de un enunciado puede condicionar su interpretación.*
 - Ruido.- Perturbaciones no previstas ni previsibles que destruyen o alteran la información. El ruido aparece en la mayor parte de los procesos comunicativos.
 - Redundancia.- Elementos innecesarios que aparecen en un mensaje y que sirven, entre otras cosas, para combatir el ruido. Las redundancias pueden ser de dos tipos:
 - » *Redundancias que dependen del propio código (palabras que se repiten...).*
 - » *Redundancias que dependen de la voluntad del emisor o en el caso de los pacientes de Alzheimer, de su deterioro cognitivo.*

Podemos encontrar dos tipos de procesos comunicativos:

- Comunicación unilateral.- Acto en el que un emisor formula un mensaje que el receptor percibe en otro momento. Por ejemplo: una nota que dejamos en la nevera. En nuestro caso los familiares y cuidadores establecen, en muchas ocasiones, este tipo de comunicación, teniendo la impresión de que,

aún en presencia del enfermo, éste no está actuando como receptor, ya que su deterioro se lo impide.

- Comunicación bilateral.- Acto en el que un emisor expresa un mensaje que percibe el receptor y que posteriormente, ese receptor se convierte en emisor de un nuevo mensaje que captará el antiguo emisor; por ejemplo: una conversación.



2.2. DEFINICIÓN DE LENGUAJE

El lenguaje, tanto de emisión como de recepción, constituye la base de la comunicación oral. Desde que las personas adquirimos la capacidad del lenguaje, es la comunicación basada en la palabra, inicialmente verbal y con posterioridad también escrita, la técnica más usada para comunicarnos entre nosotros.

La comunicación oral es considerada por todos como el método más eficaz, a la vez que sencillo y económico, para relacionarnos. Siendo la posesión del lenguaje una característica definitoria del estado de independencia de los seres humanos, que orienta muchas e importantes acciones de las personas a favor de su adquisición. Conseguir o procurar que individuos a nuestro cargo consigan el dominio del léxico es un objetivo prioritario de las personas que vivimos en relación, en grupos y/o en comunidades, ya que poseer un sistema capaz de proporcionarnos una comunicación eficaz nos hace autónomos y por encima de todo, humanos.

La ausencia del lenguaje es sinónimo de pérdida de autonomía y en último término, de pérdida de la naturaleza del ser humano, de ahí que cuando se produce dicha merma todos nos esforcemos en su recuperación y/o en la búsqueda de sistemas alternativos que nos permitan seguir relacionándonos y, por tanto, seguir siendo autónomos y, en último término, humanos.

Podemos definir el lenguaje como el conjunto de signos lingüísticos o sonidos articulados, señales y gestos con los que el

ser humano se comunica, manifestando lo que piensa o siente. El lenguaje nos posibilita también el almacenamiento de datos o conocimientos en la memoria. Este archivo de datos se puede catalogar por su sonido, por su representación gráfica (escritura) o por su imagen o concepto.

La base de todo proceso de comunicación es el signo, elemento con el que el emisor codifica su mensaje. Una primera definición de signo podría ser: Objeto perceptible por los sentidos que representa a otro objeto.

Los signos podemos dividirlos en dos grandes grupos:

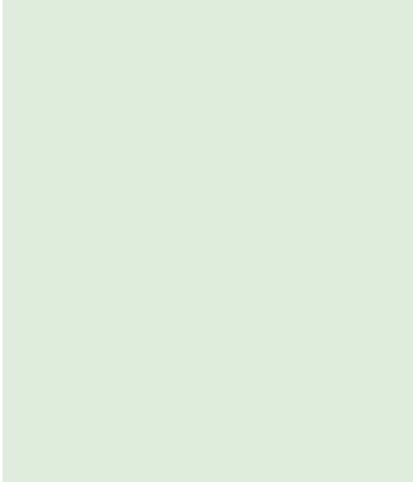
- Indicios.- Fenómeno natural, producido involuntaria e inmediatamente perceptible, que nos da a conocer algo sobre otro hecho que no es perceptible de forma inminente (tos, estornudo...)
- Indicio convencional, producido de forma artificial. A un objeto representante (ORT) se le hace corresponder un objeto representado (ORD). A esto se le llama función sígnica y presenta una serie de características:

Es una asociación constante, perdurable e irreversible y como en su momento definió el lingüista Ferdinand de Saussure, *“El signo lingüístico es una entidad psíquica de dos caras en la que se unen un significante (imagen acústica) y un significado (concepto)”*.

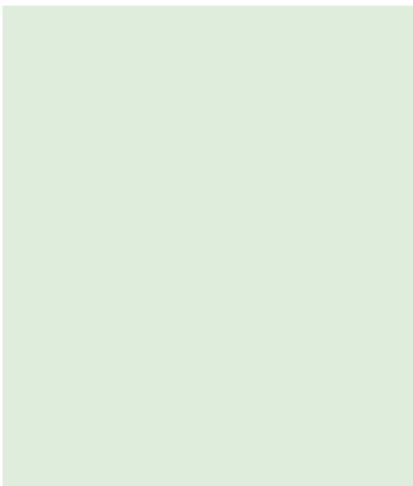
Podemos señalar también distintos tipos de señales dependiendo del grado de

semejanza entre el ORT (el representante) y el ORD (lo representado).

» Icono.- Semejanza total. Ejemplo. El dibujo de un perro representa al concepto de perro.



» Símbolo.- Semejanza parcial. Ejemplo: un cigarro tachado significa prohibido fumar.



» Signo.- Ausencia de semejanza. Esta es la base del signo lingüístico y, por tanto, del lenguaje natural humano. Ej. La palabra perro como signo acústico o escrito nos hace imaginar a un perro porque es lo que tratamos de representar cuando la escribimos o la emitimos.

Ejemplo:

PERRO

Fue Louis Hjelmslev el que formuló el esquema definitivo del signo lingüístico. Este autor nombró a las dos caras del signo con términos diferentes:

SAUSSURE	HJELMSLEV
SIGNIFICANTE	EXPRESIÓN
SIGNIFICADO	CONTENIDO

2.3. TIPOS, FUNCIONES Y DESARROLLO DEL LENGUAJE.

2.3.1. TIPOS DE LENGUAJE.

El ser humano utiliza tres tipos de lenguaje:

- Lenguaje oral: El significante es el signo lingüístico que se produce a través de la emisión de sonidos (palabras, frases...) formadas de acuerdo con las reglas de cada lengua o idioma.
- Lenguaje escrito: El significante es la letra o los distintos códigos de escritura.
- Lenguaje corporal o gestual: Nos comunicamos también a través de nuestros movimientos corporales, la mirada, la expresión del rostro o el movimiento de las manos, las posturas e incluso la distancia entre los interlocutores. El volumen y el tono también son elementos comunicativos.

Haremos especial mención a algunos de éstos, ya que suelen ser menos conocidos y nos pueden ser útiles en la correcta comunicación con los enfermos.

- » Los gestos realizados con la cabeza:
La inclinación de la cabeza hacia delante indica atención y escucha si además la acompañamos de un contacto visual y/o táctil adecuado y una expresión sonriente favorecemos los sentimientos de simpatía con el interlocutor. Sin embargo, cuando la inclinación se produce hacia un lado y hacia atrás, la expresión es la de estar pensando sobre lo que hemos oído.
Los movimientos afirmativos de cabeza realizados con un ritmo rápido revelan que entendemos y deseamos que

continúe la comunicación, si son moderados pueden expresar acuerdo y comprensión, mientras que mover la cabeza muy lentamente de arriba abajo quiere decir que se está poco convencido o confuso.

- » El espacio personal: es decir, la distancia entre nuestro cuerpo y el de nuestro interlocutor.
- » Es muy importante considerar el espacio personal como parte de la comunicación no verbal. Ese espacio varía, según la familiaridad que atribuimos a la persona con la que hablamos, siendo de apenas unos centímetros para nuestros seres más queridos como pareja y familiares; algo mayor para amigos y compañeros con quienes mantenemos una buena relación.

Generalmente no nos sentimos cómodos si los extraños nos tocan o se sitúan demasiado cerca de nosotros invadiendo nuestro espacio. Puede que esto nos produzca, enfado, irritación o temor.

Todos hemos comprobado lo que sucede cuando estamos en el ascensor demasiado cerca de un desconocido, en esos momentos el cuerpo se tensa y se evita todo contacto ocular.

El espacio personal no es el mismo en todas las culturas, siendo mayor en las culturas consideradas más frías, por lo que a veces se producen involuntariamente invasiones del espacio personal ante las cuales se suele retroceder un paso para evitar la sensación de agobio que esto produce; si la otra persona no

es consciente repetirá el movimiento de acercamiento. Por tanto, nuestra recomendación es situarse a un lado en lugar de caminar hacia atrás.

También existen diferencias según el sexo o la personalidad, siendo más amplio el espacio personal de las personas introvertidas, que necesitan mantener una mayor distancia entre ellos y su interlocutor. Las mujeres suelen ser más permisivas en la invasión de su espacio con respecto a sus congéneres que para los miembros del sexo opuesto, en especial si el acercamiento es entendido como una insinuación sexual no deseada.

» Gestos realizados con manos o extremidades; dentro de los cuales especificamos:

Cruzar los brazos es otro de los gestos que, realizados ante un interlocutor próximo, indica una actitud defensiva o bien puede reflejar incertidumbre o inseguridad.

Por supuesto apretar el puño denota agresividad y apretar los brazos con las manos señala una gran ansiedad o enfado. Entre los signos de hostilidad, se encuentran golpear el suelo o algún objeto con el pie, estirar o pellizcar partes de la cara, apretar la mandíbula o morderse los labios.

Cuando nos sentimos nerviosos o ansiosos, nuestro lenguaje corporal va a reflejarlo. Es muy probable que nos toquemos de forma insistente alguna parte de nuestro cuerpo, como el pelo o la nariz, incluso, puede que nos frotemos las manos, etc.

Tocarse determinadas partes del cuerpo es también una forma de confortar-

se o relajarse. Masajearse la nuca, acariciarse el pelo o la barba, humedecerse los labios o chupar algún objeto, denotan cierto nerviosismo cuando se hace a menudo. Y lo mismo se puede decir de los pies y dedos inquietos: jugar con objetos, alisarse la ropa, golpear el cigarro contra el cenicero aunque no haya ceniza que tirar... (¿??)

» Tono y volumen de voz:

La utilización de un volumen de voz elevado denota agresividad, mientras que la correcta modulación del volumen y del tono favorece la simpatía y el interés de nuestro interlocutor.

Por último, el susurro invita a la intimidad y a la privacidad.

2.3.2. FUNCIONES DEL LENGUAJE.

Al establecer cualquier proceso de comunicación nuestra intención principal es comunicar un determinado contenido a un receptor, pero, aparte de esa función primordial, el lenguaje puede ser usado para desempeñar muchas otras funciones. En referencia a lo establecido por Román Jakobson en la década de los 60, la función principal del lenguaje es la de comunicar, los actos comunicativos no tienen por qué manifestar una única función, sino que lo habitual es que aparezcan varias mezcladas, aunque en cada caso pueda predominar una sobre las otras. Podemos querer comunicar para influir, para transmitir un deseo o expresar un sentimiento y que este produzca, a su vez un cambio conductual o emocional en nuestro interlocutor. Aunque, en cada caso pueda predominar una sobre las otras.

2.3.3. PROCESO DE LENGUAJE.

El lenguaje sigue el siguiente proceso:

- **Recepción y decodificación:** realizado a través de los sentidos implicados. Si estamos usando el lenguaje oral, nuestra percepción y posterior decodificación serán principalmente auditivas, mientras que si nuestra comunicación es escrita o corporal el sentido más implicado es, obviamente, la vista.
- **Percepción, integración, comprensión:** las informaciones obtenidas a través de los sentidos las asociamos y organizamos formando ideas que nos permiten entender el mensaje recibido.
- **Expresión o codificación:** Elaborada mentalmente la respuesta, utilizamos nuestros órganos fonatorios (labios, lengua, paladar y cuerdas vocales) y el sistema respiratorio para producir las palabras o frases con la articulación conveniente. En la comunicación no verbal utilizamos en especial las manos y la cabeza.

En este proceso pueden aparecer los filtros que distorsionan la buena comunicación entre el receptor y el emisor del lenguaje, dichos filtros tienen que ver en numerosas ocasiones con la falta de sincronía entre la expresión verbal (contenido) y la intención. Es decir, tenemos intención de expresar un mensaje pero las palabras que usamos para ello o la estructura de la frase, no recogen adecuadamente nuestra intención, a esto lo llamamos filtro del emisor. Pero también puede suceder que sea el receptor el que tenga los filtros que distorsionen el mensaje interpretando erróneamente el contenido o la emoción que constituyen al mensaje.

Como podemos imaginar, todos tenemos estos filtros que dificultan nuestra comunicación en la vida cotidiana, en ocasiones la manera de comprobar que estamos en sintonía con nuestro interlocutor es la solicitud de confirmación a éste.

3 COMUNICACIÓN EN PRIMERA FASE

3.1. CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN EN ESTA FASE.

Abordamos las características y problemas de comunicación en esta etapa de la enfermedad desde la doble perspectiva del enfermo y del familiar/cuidador.

3.1.1. CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DEL ENFERMO.

Durante la primera fase de la Enfermedad de Alzheimer, que corresponde, como hemos mencionado, en párrafos precedentes, a los estadios 3 y 4 de la Escala Reisberg, el paciente evoluciona durante algunos años, desde no tener prácticamente alteraciones en el uso del lenguaje hasta presentar una dificultad manifiesta para encontrar las palabras correctas que le permitan mantener un discurso coherente, a veces con interrupciones o bien con un leve titubeo o tartamudeo que refleja su inseguridad en el uso del vocablo; todo esto añadido a la manifestación de la percepción subjetiva de dificultad para recordar nombres de objetos o de personas relativamente conocidas para él, es decir, que no forman parte de su entorno habitual.

En ocasiones cambia el nombre de los objetos que cita, confunde una palabra con otra, dándose cuenta de ello, lo que le produce malestar y le influye en su carácter, prefiriendo permanecer en silencio por miedo a cometer errores.

Ejemplo:

el paciente trata de decirnos que le demos

la esponja y dice "Dame la espuma, ¡ay no!, ¿cómo se llama eso?..., lo de regarme, ¡uhm...! la esponja. ¡Por Dios que desastre ya ni siquiera puedo decir lo que quiero!".

Así mismo, puede mostrar desinterés por las manifestaciones de sus familiares o seres queridos que en otro tiempo despertaban su atención, a veces parece que no escucha o que no le interesa lo que le estamos contando, siempre refiriéndonos a temas que en otra época de su vida hubieran centrado toda su atención.

Por regla general, una persona de cultura media utiliza en la vida ordinaria entre 2000 y 3000 palabras, pero éstas se van a ir reduciendo progresivamente con la evolución de su enfermedad ya que, como todos sabemos, ésta afecta desde el inicio a su memoria.

Generalmente, los trastornos del lenguaje se interpretan como una degradación de la memoria semántica que forma parte de la memoria a largo plazo, la cual contiene la representación permanente de nuestro conocimiento del mundo y nos permite relacionar los significantes (palabras o gestos) con los significados (objetos o acciones).

A veces pierde el hilo de la narración o de la comprensión (sobre todo si el diálogo se realiza con párrafos muy largos entre los interlocutores), por lo cual el paciente tiende a expresarse con frases cortas y simples.

Por supuesto, tiene serias dificultades para seguir el argumento de una película o el hilo conductor de una conversación entre varios interlocutores. La comprensión del contenido de libros o artículos de periódicos que sean muy extensos le va a resultar casi imposible, esto tiene relación con el deterioro de su memoria de trabajo y del almacenamiento de la información disponible para el normal funcionamiento en la comunicación.

En el último estadio correspondiente a esta fase el paciente puede presentar defectos en la articulación.

Ejemplo:

el paciente quiere decir “Chaqueta” y dice “Chapeta”.

Tiene tendencia a divagar, a mezclar ideas, a recurrir a reiteraciones en el uso de argumentos, insistencia o recurrencia a los mismos temas.

Otra característica del deterioro de la comunicación en los últimos años de esta fase, es que nuestro paciente a veces dice “*impertinencias*” que no son propias de él o usa palabras vulgares o “*tacos*” cuando a lo largo de su vida no los había utilizado.

En cuanto al lenguaje escrito, la persona conserva en estos niveles de deterioro, la mecánica de la escritura aunque podemos comprobar la aparición o el aumento de las faltas de ortografía ya que se van olvidando las reglas.

Con respecto a la habilidad lectora, en esta fase se encuentra preservada por lo cual podemos contar con estas habilidades como instrumentos que facilite nuestra labor en el objetivo que perseguimos.

En términos técnicos diremos que nuestros pacientes van a ir presentando alteraciones del lenguaje, esto se denomina afasia, etimológicamente *“sin habla”*. Su definición sería la siguiente: trastorno del lenguaje oral con signos posibles tanto en la emisión de elementos sonoros (expresión) como en la comprensión, como consecuencia de las lesiones neurológicas ocasionadas por su enfermedad degenerativa.

Algunas de las transformaciones que presenta el lenguaje en las demencias leves-moderadas son:

- Parafasias: El sujeto hace pausas en el lenguaje para buscar las palabras. Sustituye fonemas (fonémicas) o usa otros vocablos (semánticas) para expresar lo que quiere decir.

Ejemplo:

Acércate al, al, al,...sidón.

(Por sillón = fonémica).

Acércate al, al, al,...sifón.

(Por sillón = semántica).

- Anomia: La reducción del vocabulario disponible para el sujeto le impide encontrar los nombres, verbos, etc.

que el comunicante necesita para emitir correctamente su discurso.

Ejemplo:

“Por favor, enciende la... , la... , lo que sirve para que yo vea mejor” (por lámpara).

- Palabra ómnibus: uso de palabras generales que utilizamos para la comunicación de cualquier contenido: *“esto”, “eso”, “cosa”, etc.*

Ejemplo:

“dame eso”, en lugar de decir “dame la chaqueta”.

Este hecho sucede cuando no encuentra la palabra que nombra a ese objeto.

Todo esto va haciendo que se pierda fluidez y riqueza en la comunicación y que en su lenguaje abunden las paráfrasis y circunloquios.

Ejemplo:

el paciente quiere pedirnos que le demos el reloj y nos dice: “acércame éso, lo que me pongo aquí - señalándonos su muñeca -; sí, lo que sirve para mirar la hora”.

Va a reflejarse en su comunicación la pobreza de pensamiento y la disminución de sus capacidades creativas derivadas de las pérdidas que se están produciendo en los diferentes ámbitos cognitivos, como son la orientación temporoespacial, la atención, la concentración, la capacidad de juicio y especialmente, como ya hemos mencionado, la memoria. Todo ello nos explica el empobrecimiento y simplicidad de sus narraciones o descripciones de los hechos, así como la dificultad para la abstracción y la síntesis de ideas, esto es, su dificultad para llegar a conclusiones después de un diálogo.

Hemos de tener en cuenta que, hacia el final de esta fase, el paciente pierde la iniciativa para entablar diálogos o conversaciones, remitiéndose a escuetas respuestas cuando le demandamos conversación y/o incurriendo en el mutismo.

El paciente puede en ocasiones aportar alternativas improvisadas para salir de la sensación molesta de estar perdido en el discurso, recurriendo a temas fuera de contexto o a lugares comunes, interrumpiendo el proceso de comunicación en curso y/o manifestando sus sentimientos de torpeza y enfado.

En cuanto a la comunicación no verbal, es decir los tonos, los gestos, las distancias interpersonales o el volumen de voz, cuya importancia hemos de destacar, ya que nos va a facilitar y completar, como sabemos, la comunicación verbal, está preservada en las demencias leves, deteriorándose progresivamente en las moderadas, sobre todo, en lo relativo a la comprensión de gestos poco comunes o fuera de contexto, que pueden ser interpretados erróneamente dando lugar a equívocos.

Las personas de edad, con pérdidas sensoriales importantes de la visión (presbicia) o la audición (presbiacusia), pueden aumentar sus limitaciones en cuanto a la comunicación verbal y no verbal, por lo tanto tendremos que revisar y corregir en la medida de lo posible (ejemplo: mediante el uso de gafas y audífonos) estas pérdidas sensoriales para minimizar su impacto en los problemas que ya, de por sí, desencadenan la demencia.

3.1.2. CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DEL FAMILIAR Y/O CUIDADOR.

Cuando hablamos de comunicación siempre lo hacemos desde la perspectiva de dos o más interlocutores. Al referirnos a las características y problemas de la comunicación en la primera fase de la enfermedad de Alzheimer, hemos de ampliar nuestra perspectiva e incluir las dificultades que encuentra el otro interlocutor/es en sí mismo, para enfrentar este proceso.

Sabemos que el proceso de aceptación y afrontamiento de los cambios que la demencia impone en las vidas de los cuidadores también pasa por fases.

Lo habitual es que los cuidadores atraviesen un periodo de incomprensión y negación de los síntomas que va presentando el enfermo, aferrándose a su imagen anterior y tratando por todos los medios de mantener el estilo de vida y por supuesto, de comunicación, como siempre.

Ésto es natural; la inercia de nuestro sistema de comunicación con nuestro familiar y los hábitos desarrollados a lo largo de muchos años de convivencia no son fáciles de cambiar.

Aceptar aquello que la vida nos presenta a diario, una y otra vez, cuando ésto no sólo no es agradable, sino que nos va evidenciando un camino de pérdidas irreversibles, como el no poder contar con el consejo y la experiencia de un ser querido, nos hace sentir en muchas ocasiones impotentes y rebeldes, lo cual redundan en el aumento de la dificultad para la aceptación de esa

realidad y el enfado con aquel que nos lo hace evidente: el enfermo.

A todos nos irrita que nos repitan mil veces las mismas cosas, que no se recuerden las instrucciones que hemos dado, o que parezca que algo que es importantísimo para nosotros, no lo es para la persona que, hasta hace no mucho, compartía la mayor parte de nuestras responsabilidades sociales, económicas y familiares así como las inquietudes y preocupaciones de la vida cotidiana.

“Echo mucho de menos hablar con él de nuestros hijos, especialmente de mis dudas y temores hacia ellos, que ya no puedo consultarlas con él; compartir los problemas y las alegrías, proyectar algo, todo eso forma parte del pasado; ésto es muy triste”.

“Me pongo muy nerviosa cuando me repite constantemente: ¿a qué hora vamos a salir?, sé que lo hace porque se le olvida, pero no puedo evitar irritarme”.

“Mi marido le contaba a nuestros amigos cosas que no habíamos hecho, como ir de viaje o acudir a unos baños árabes la semana anterior, escondía cosas en casa que después no encontraba y nos acusaba a mis hijas y a mí de querer volverle loco. Ante nuestros ojos se estaba convirtiendo en otra persona, todo esto me tenía desconcertada ya que él era un hombre que jamás mentía y que siempre había sido ordenado y formal. Por eso en lugar de separarme, que en más de una ocasión

fue de lo que me entraron ganas, lo llevé al médico y éste después de muchas pruebas, mi marido tenía entonces 54 años, le diagnosticó Alzheimer”

Los sentimientos de los familiares oscilan desde la sorpresa, la impaciencia, el aburrimiento, el estar enfadado e incluso herido, hasta la preocupación, culpabilización, tristeza, y puede que vergüenza; saber que todas estas emociones van a interferir nuestro mensaje al enfermo generando desde nuestra emisión dificultades en la comunicación nos permitirá encontrar soluciones, (nosotros, que podemos) a estas interferencias (filtros).

A modo de resumen de este epígrafe podemos concluir que en esta fase el enfermo presenta las siguientes dificultades:

- Ligera dificultad para nombrar objetos de uso poco común o personas poco habituales en su entorno. Ligera anomia.
- Confusión entre términos con conciencia del error.
- Pérdida de la fluidez en el uso del vocabulario.
- Enlentecimiento del lenguaje, titubeos o tartamudeos.
- Pérdida de la iniciativa en las conversaciones. Tendencia al mutismo.
- Desinterés o apatía en la escucha de su interlocutor.
- Pérdida del “hilo”, de la narración o de la comprensión en párrafos largos o complicados.
- El lenguaje escrito se encuentra preservado aunque con algunas faltas de ortografía.

- Sin problemas en la lectura.
- Al final de esta fase ligeras dificultades de expresión. Recurrencias. Redundancias. Impertinencias.
- La comunicación no verbal se encuentra preservada, salvo al final de la fase para la comprensión de gestos difíciles o descontextualizados.
- Dificultades emocionales como irritación, apatía, pérdida de autoestima y de confianza en sus capacidades comunicativas.

De igual modo en esta etapa el cuida-

dor presenta los siguientes problemas:

- Desconocimiento de las dificultades comunicativas del enfermo.
- Incomprensión y negación de los síntomas de la enfermedad.
- Inercia del sistema de comunicación habitual.
- Estrés ante los déficit o las repeticiones y redundancias.
- Ansiedad anticipatoria: miedo a la evolución de la enfermedad.
- Sentimientos depresivos ante la progresiva pérdida de un interlocutor fundamental en su vida.

3.2. RECOMENDACIONES GENERALES.

Para afrontar de forma exitosa la comunicación con el enfermo:

- Considere en primer lugar que el conocimiento de las características del lenguaje y de la evolución de la enfermedad del Alzheimer es básico para que se vaya produciendo la correcta atribución y la aceptación de la nueva situación familiar. Es de este modo importantísimo recoger información actualizada sobre los procesos que se están iniciando en nuestro familiar. La información va a facilitar su adaptación a las nuevas circunstancias en las que habrá de manejarse.
- En segundo lugar, tenga en cuenta que sus emociones van a influir en el proceso comunicativo, por lo que deberá tratar de aumentar la vigilancia y el control sobre lo que hemos dado en llamar los filtros del cuidador. Para ello, se debe empezar por reconocer, validar y entender los sentimientos

antes mencionados, ejerciendo mayor control sobre la expresión verbal y no verbal de estas emociones ante el enfermo, pero verbalizándolas y compensándolas en otros contextos comunicativos más adecuados.

- Le sugerimos que acuda a otras personas que puedan entender estos sentimientos en lugar de pretender que el paciente se haga cargo de ellos y los comprenda, como hacía en el pasado, ésto es más fácil si se dirige a aquellos conocidos, que hayan pasado por situaciones similares o mejor aún a los que en este momento sufren una situación como la suya. La mayoría de las Asociaciones de Familiares de Alzheimer de España, cuentan con grupos de autoayuda, donde podrá encontrar eco a estos sentimientos y aprender a reconocerlos, entenderlos, aceptarlos, compartirlos con otros, compensarlos, afrontarlos y controlarlos en la medida de lo posible.

Con gran probabilidad, en este contexto se va a favorecer un cambio y enriquecimiento tanto interior, ya que aprenderá estrategias de afrontamiento y habilidades de comunicación, como exterior, pues podrá aumentar su red de relaciones sociales, lo cual va a redundar en muchas ocasiones en una mejor convivencia con el paciente, ya que entre estos nuevos compañeros encontrará el espacio comunicativo que ya no tiene con su familiar, lo que permitirá una importante compensación de la evidente pérdida que ambos sufren.

- Para iniciar el proceso de aceptación y afrontamiento, lo primero que debe hacer es mantenerse atento a la evolución de las dificultades de los implicados en el problema (enfermo, cuidador/es, amigos, vecinos, personal clínico y sanitario) sin perder la conciencia de lo que aún conserva.
- Conocer las características antes mencionadas e identificarlas en su paciente como síntomas de su enfermedad, no como algo propio de la edad o del carácter, le ayudará en el proceso de aceptación.
- Adaptarse a la realidad, sin perder de vista que aún en ella va a disfrutar de momentos y emociones muy agradables con su ser querido, sobre todo si no se centra sólo en lo que ambos han perdido, sino en lo que todavía mantienen.
- Fijese el firme compromiso de optimizar su situación, estimulando al paciente y convirtiéndose Ud. en elemento facilitador del proceso comunicativo.

Si reflexionamos sobre ello, podemos comprobar que todos tenemos la capacidad de adaptar nuestros estilos comunicativos a nuestros interlocutores, a las circunstancias o a los diferentes medios que utilizamos.

Por ejemplo, no nos dirigimos igual a un niño de tres años, que a un adolescente, ni le hablamos igual a éste que a un anciano con problemas de audición; no usamos ni los mismos tonos, ni incluso usamos el mismo vocabulario. Ni que decir tiene, el cambio que experimentan nuestras expresiones si nos dirigimos a un extranjero que conoce pocas palabras de nuestro idioma o cuando utilizamos el móvil o Internet.

Por lo tanto sabemos y tenemos que evidenciar que podemos ir adaptándonos al empobrecimiento y enlentecimiento del lenguaje que va a sufrir nuestro familiar en esta fase, sin por ello tener la impresión de estar desarmados e indefensos para tal desafío. No rechazamos la realidad, contemos con ella y planteémonos el reto de mejorarla en la medida de lo posible.

- Mantenga durante estos primeros años de la demencia, una visión clara, realista, posibilista, compensatoria y situada en el presente, es decir, no haga comparaciones con anteriores situaciones, ni se proyecte demasiado hacia el futuro. Eso le puede permitir mantener una aceptable comunicación con el enfermo, tanto en el terreno de los contenidos, como en el de las emociones.
- No realice una demanda excesiva hacia el enfermo. No le exija por encima de sus posibilidades actuales, lo que le evitará la angustia derivada de la pre-

sión exterior, esto aliviará su percepción subjetiva de deterioro y por lo tanto le estará protegiendo de la pérdida de autoestima.

- Considere que las emociones del enfermo pueden distorsionar el contenido de sus mensajes y pueden conducirlo hacia prolongados silencios o expresiones hoscas y fuera de contexto.
- Diferencie cuando el enfermo trata de decirle algo, pero su inquietud, inseguridad, enfado... se lo impiden o cuando es un mensaje con contenido emocional que el enfermo trata de expresar pero el cuidador no lo permite porque quizá le duela escuchar y le resulte difícil aceptar.

En la actualidad la mayoría de nuestros enfermos no conocen su diagnóstico, aunque en ocasiones, sobre todo, si se ha realizado un diagnóstico precoz puede tener conciencia del alcance de su deterioro e incluso, tener una visión de futuro que le preocupe profundamente y que le pueda llegar a deprimir.

Las familias optan, en un alto porcentaje de casos, por ocultar y negar a su familiar enfermo el conocimiento y la información que les da el médico, con la intención de protegerle de sentimientos desesperanzadores.

Sentimos un profundo temor a que la información pueda aumentar el sufrimiento del enfermo y sea contraproducente para el desarrollo del proceso involutivo.

Nuestra cultura fomenta este aspecto protector respecto a la comunicación del

diagnóstico, cercenando con ello el derecho a la toma de decisiones del propio sujeto sobre como ha de planificar su vida.

No hay tradición de asumir de manera consciente la realidad existencial médico-jurídica, ni en las demencias (cuando estas se diagnostican precozmente), ni en otras enfermedades con pronósticos graves.

Esta realidad está cambiando y podemos comprobar que en otros países de nuestro entorno ya se ha evolucionado hacia planteamientos que respetan el derecho del enfermo a conocer lo que, previsiblemente, le sucederá a él mismo.

Hemos de añadir que hasta hoy eran minoría las personas que antes de padecer demencia tenían información sobre la enfermedad y su evolución, con lo cual podíamos, tanto los profesionales, como los familiares restar importancia a lo que el enfermo evidenciaba, atribuyéndolo a la edad o a estados ansiosos o depresivos cuando el enfermo era aún relativamente joven. Todos hemos dicho frases como *“lo que te pasa es normal, son los años”*, *“pero si yo estoy peor que tú, se me olvida todo, son los nervios, ya verás como con lo que te ha mandado el médico se mejora mucho”*.

No creemos que en el futuro todo esto sirva para aliviar el sufrimiento y la preocupación de personas que, como nosotros, vamos conociendo a fondo la evolución de los síndromes demenciales, así que tendremos que plantearnos la aceptación y la tolerancia de las manifestaciones de dolor emocional que nos hace nuestro enfermo per-

mitiéndole que se exprese sin negarle la evidencia, sino más bien permaneciendo en una escucha tranquila, empática y tranquilizadora.

Permitamos que el enfermo nos exponga sus preocupaciones, admitamos que exprese sus sentimientos y temores, algunos de los cuales pueden ser los siguientes:

“Creo que me estoy volviendo loco”.

A esto podemos contestar diciendo: “No es así, lo que de verdad ocurre es que a veces no puedes controlar tu carácter y que por eso te sientes extraño contigo mismo”.

“¿Qué me va a pasar?, ¿empeoraré rápidamente?”.

Nuestra respuesta puede ser algo así: “Tengo entendido que, de momento, con la medicación que estás tomando y con los ejercicios que hacemos a diario pueden pasar años en los que estés mas o menos igual y después ya veremos porque cada día hay avances en la investigación. Por lo pronto, ahora, podemos hacer muchas actividades interesantes y pasarlo bien, que es lo importante”.

“Algunas veces estoy de muy mal humor y muy enfadado, me pregunto que he hecho yo para merecer esto”.

A esto podemos aducir algo como esto: “es normal que te sientas así, tú no has hecho nada, esto le pasa a muchísimas personas fantásticas, pero hay otras cosas peores, enfermedades dolorosas y problemas infantiles difíciles de sobrellevar. Si te sientes triste podemos ir a ver una película divertida o un partido de tu deporte favorito”.

“Cuando no encuentro la palabra que quiero decir y veo que me salen las cosas peor que antes, me frustró”.

En este caso podemos contestar: “claro eso nos pasa a todos, pero me tienes a mí y yo a ti, juntos unimos nuestras fuerzas y encontramos las palabras que necesitamos”.

“¿Qué va a ser de mí, y de nosotros en el futuro?”.

A esto podemos responder diciendo: “si quieres, podemos planificar algunas cosas y me dices lo que prefieres en el caso de que tengas alguna idea, también yo puedo expresarte mis voluntades por si me pasa algo antes que a ti, o quizás podamos hablar los dos con nuestros hijos”.

Como podemos comprobar se trata de ofrecer puntos de vista sinceros pero optimistas, acogiendo el sentimiento expresado pero aportando ideas y/o actividades que le permitan sobreponerse a ellos. La idea general es que su vida puede ser hermosa durante bastante tiempo, si se programa para disfrutarla, aunque tenga problemas de memoria u orientación. La clave está en disfrutar del presente, este no nos lo escatima esta enfermedad.

Mantener una correcta comunicación con este tipo de enfermos, y que ellos la conserven con sus cuidadores, va a ser una constante a lo largo de toda la enfermedad, aunque el deterioro que se va produciendo con la evolución del proceso hará que las formas de conseguir un nivel óptimo de comunicación/relación, se vayan modificando y adaptando.

Considere que en una primera etapa las dificultades para la comunicación son oca-

sionales, por ello la estimulación se va a centrar en la necesidad de tener que incitarle e incentivarle para mantener la comunicación, ya que un cierto mutismo y retraimiento interior son, como hemos mencionado anteriormente, problemas propios de esta fase.

Mención aparte y dirigida especialmente a aquellos cuidadores que son cónyuges de un enfermo de Alzheimer, abordaremos la sexualidad como expresión comunicativa que es.

La sexualidad de un enfermo de Alzheimer suele estar alterada, aunque esto no signifique ausente.

La sexualidad entre parejas de personas mayores ya es un tema rodeado de muchos mitos y que solemos rehuir; si a esto le unimos que estamos tratando de la posible sexualidad de un demente, el tema puede considerarse inaudito. Es, por tanto, que el cónyuge sano tema que si lo plantea va a recibir una mala acogida y/o mala interpretación por parte del equipo sanitario que lo atienda, de ahí que, generalmente, lo evada; es por tanto responsabilidad de los profesionales (enfermeros, psicólogos o médicos) hacer que el tema se trate como una necesidad más y que sea evaluada adecuadamente.

Los trastornos que con mayor incidencia se presentan en esta fase son los de apatía por el sexo, aunque ocasionalmente también puede presentarse el extremo opuesto, es decir, un interés desmesurado por la actividad sexual.

La apatía por la sexualidad, puede ser una manifestación del estado depresivo o

de la pérdida de iniciativa general que el enfermo presenta; así mismo puede deberse a un olvido de las prácticas sexuales, con coito o sin él, de una pareja de esta edad: las caricias, los preámbulos, su rol en las prácticas sexuales...

Hay que aconsejar normalidad, es al cónyuge sano a quien corresponde tomar la iniciativa y hacer que las prácticas sexuales sean lo más parecidas posibles a las que realizaban antes de la enfermedad.

Debe tomar conciencia de que si mantiene sus relaciones con el enfermo sin violencia, no comete ninguna violación ni se está aprovechando de un demente; así mismo hay que mentalizarse de que cuando se decida abandonar estas prácticas, porque ya no le apetezcan, está en su derecho de evitarlas.

Si el enfermo rechaza la relación sexual más frecuentemente, el coito, o cualquier otra práctica sexual, igual que venimos haciendo en otros apartados de este tema, el consejo debe ser no insistir, ya que la insistencia no suele conducir más que a un estado de agitación.

El interés excesivo por el sexo y/o por las prácticas sexuales, es más característico de la segunda etapa, consecuencia de la desinhibición que experimentan algunos pacientes.

Si ambos disfrutan con la frecuencia y tipo de las relaciones, se deben mantener. Si a pesar del aumento de frecuencia el enfermo se encuentra insatisfecho y acude a prácticas sexuales alternativas, como las

caricias o la masturbación, se pueden permitir, aunque si se producen en un momento o lugar inadecuado, actuación más propia de una fase más avanzada, se debe apartar al enfermo y/o distraerle con un entretenimiento alternativo.

Una adecuada actividad física y una buena planificación de las actividades cotidianas del paciente pueden ayudar a mantener a éste activo y hacerle olvidar comportamientos compulsivos, consecuencia en muchos casos, del aburrimiento.

En el supuesto de falta de cónyuge sano al lado de la persona enferma, por fallecimiento de este o porque la familia haya decidido la separación física de la pareja, total o parcial, podemos encontrarlos, sobre todo, con problemas para la satisfacción de esta necesidad en el cónyuge sano, al cual se le ha de asesorar sobre la posibilidad no culpable de prácticas alternativas.

En resumen recomendamos:

- Informarse sobre las características y problemas de comunicación y sobre la evolución de los diferentes síntomas que suelen presentar los enfermos.
- Observar la evolución de las dificultades para afrontarlas mejor y con ello mejorar nuestra aceptación de la misma.
- Reconocer, validar y entender los sentimientos (evidenciar y neutralizar sus filtros emocionales y los del enfermo), canalizarlos y afrontarlos va a formar parte del esfuerzo como facilitador de la comunicación eficaz. Mejorar su control sobre la expresión verbal y no verbal.

- Acudir a grupos de apoyo.
- Incentivar al enfermo para mantener la comunicación, sin forzarle, ni plantearle situaciones que estén por encima de sus posibilidades actuales.
- Programar la vida diaria como un campo de entrenamiento para la estimulación de las habilidades comunicativas de los interlocutores.

» *Tome la iniciativa e incentive las conversaciones.*

» *Observe las dificultades que presenta el enfermo y si es posible anótelas para su posterior ejercitación. Nos referimos especialmente al uso de vocablos que notamos que al sujeto le cuesta decir, por ejemplo el individuo nos dice "Ábreme el arbero" cuando lo que pretende es decir "Ábreme el armario o el ropero".*

- No forzarle a mantener la comunicación en un momento o circunstancia que no desee y dar por terminada ésta si el enfermo muestra su desagrado.
- No intentar que de forma permanente esté conversando,
- No plantearle interrogantes complicados, ni situaciones en las que tenga que elegir entre muchas opciones o sean muy novedosas.
- Respetar los silencios y usar éstos como técnicas de comunicación.
- Cuando tenga que decirle algo significativo, que quiera que entienda y/o que recuerde, es importante:
 - » *Escoger el momento en que esté más relajado.*
 - » *Escoger un lugar tranquilo, sin ruidos y con buena iluminación.*
 - » *Utilizar un lenguaje sencillo y simplificado.*
 - » *Repetir cuanto sea necesario.*

3.3. EJERCICIOS PARA LA ESTIMULACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN ESTA FASE.

Basaremos nuestra propuesta de intervención en la estimulación de las capacidades intelectuales de nuestro paciente, especialmente, en la ejercitación del lenguaje. Para ello utilizaremos las técnicas más usuales de la intervención cognitiva, ésta abarca todo un conjunto de métodos y estrategias que pretenden optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de los pacientes y, de este modo, mejorar en último término su calidad de vida e incrementar su autoestima.

Aunque existen patrones generales reconocibles y propios de la enfermedad de Alzheimer, el deterioro es heterogéneo; es decir distinto en grado o evolución de unas personas a otras, por tanto y en función de las fases en que se encuentre cada paciente y de sus características personales tendremos que ir adaptando esta propuesta.

Los objetivos generales que se pretenden son los siguientes:

- Estimular/mantener y optimizar las capacidades comunicativas y, a través del lenguaje, mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales especialmente con el cuidador principal. Mantener la sociabilidad y combatir la soledad e indefensión de enfermos y cuidador/es.
- Transmitir seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Estimular el sentido de pertenencia, de

identidad y autoestima. Dignificar.

- Los objetivos específicos con respecto al lenguaje son los siguientes:
 - » *Facilitar y estimular la expresión verbal.*
 - » *Mantener o aumentar el uso del vocabulario.*
 - » *Favorecer la fluidez verbal.*
 - » *Estimular la comprensión verbal.*
 - » *Practicar la lectura y escritura.*
 - » *Ejercitar la atención, la orientación y la memoria.*

El propósito final es, por supuesto, mejorar la calidad de vida del paciente y la de los familiares.

Proponemos una intervención llevada a cabo en su propio domicilio y con un alto grado de apariencia informal, sin menoscabo de realizar de forma complementaria otro tipo de intervención sistemática y estructurada, como las que se pueden realizar en talleres de estimulación, unidades de memoria, sesiones de gimnasia, yoga, musicoterapia...

Planteamos la realización de tareas y ejercicios que estimulen el lenguaje como vehículo de comunicación y como elemento de acceso a otros procesos cognitivos como la orientación, la memoria y el juicio.

Para su desarrollo proponemos:

- Utilizar todas las actividades de la vida cotidiana como base para la estimulación.
 - » *Al levantarse, asearse y vestirse, se realizarán preguntas para iniciar diálogos del*

tipo de:

“¿Cómo has dormido?, ¿Qué hora es?, ¿Qué tiempo hace hoy?, ¿Qué se ve desde la ventana?, ¿Qué te vas a poner?”

» Al programar las actividades laborales, domésticas o lúdicas preguntaremos:

“¿Qué vamos a hacer hoy? ¿Y si...?”.
Miremos la agenda.

» A la hora de las comidas:

“¿Preparamos el desayuno?, ¿Qué te apetece?”.

» En el momento de las compras.

Elaborar con él la lista según el menú del día o de la semana.

» En situaciones como lectura de periódicos, escuchar la radio, ver TV., etc. puede, por ejemplo, pedirle al enfermo que lea en voz alta los titulares y hacer preguntas del tipo: “¿Qué te parece eso?, ¿Qué opinas tú?, ¿Te parece que hacen bien?, ¿Te alegra?, ¿Crees que es una buena idea?, ¿Qué haríamos si eso nos pasara a nosotros?”, etc.

» Las salidas fuera de casa y su entorno.

- » *Visitas de amigos o familiares.*
- » *La historia de vida del enfermo. Rememore (conversando sobre ello) su infancia y la vida en común. Elabore con él un álbum que nos permita visionar un resumen de todos los acontecimientos importantes de su vida.*

Se trata de que la estimulación vaya encaminada a favorecer la expresión y la comprensión verbal, y a mantener la lectura y escritura. Tomemos conciencia de las distintas áreas del lenguaje que estamos favoreciendo cuando conversamos.

- Facilitar y estimular la expresión verbal, ejercitando las siguientes áreas del lenguaje:
 - » *Conversación (narración de hechos y acontecimientos).*
 - Hablemos con el enfermo mientras desarrollamos la actividades de la vida diaria, es decir, durante los acontecimientos comunes y significativos propios del entorno familiar actual. Esto no es nada nuevo, probablemente

es lo que siempre hemos hecho, sólo que ahora lo haremos conscientes de su importancia y en muchas ocasiones tomando la iniciativa del diálogo.

Si hasta el momento nuestro rol con el enfermo ha sido más pasivo en este campo, si hemos sido más bien silenciosos, hemos de plantearnos un esfuerzo y para ello esperamos que le sean de utilidad los modelos de preguntas y sugerencias que le proponemos en la guía.

- Los acontecimientos sociales, culturales o deportivos, es decir, los temas que hayan aparecido en los medios de comunicación pueden ser elementos que nos ayuden a iniciar y mantener gratas conversaciones.

Es importante escoger los que interesen al paciente, para ello recomendamos la lectura diaria del periódico de la ciudad, así como tener a mano revistas, ver la televisión y escuchar la radio. Elijamos aquellos temas que susciten reacciones emotivas y estimulen la imaginación.

- o Facilitemos la expresión de los sentimientos y las ideas del paciente referente a temas diversos, en un ambiente de total respeto, libertad de elección y expresión, evitando los enfrentamientos y/o fuertes divergencias sobre sus posibles razonamientos.

Quizá no sea lo que hasta ahora hacíamos, ya que lo normal es que ante diferencias de opinión sobre cualquier tema mostremos y reforcemos con nuestra capacidad dialéctica nuestra visión. Como podemos imaginar, ahora hemos de plantearnos estas conversaciones sin perder de vista el objetivo, es decir, se trata de favorecer la expresión del enfermo, no de discutir hasta ganar.

- o Mantengamos conversaciones que favorezcan la orientación temporal mediante el uso de instrumentos como el reloj, el calendario y la agenda:
 - Asociemos en nuestras conversaciones las actividades que hemos de realizar con la hora del día en que las que habitualmente se llevan a cabo.
 - Actualicemos el calendario de mesa o pared cada día con el paciente y preguntémosle con asiduidad el día de la semana y del mes, estación y año.
 - Pidámosle que nos lleve una especie de diario o agenda personal en la que anotemos las festividades (tradicionales, personales y familiares) del año. Para ello podemos usar las agendas oficiales en las que se señalan las fiestas específicas del lugar donde vive el paciente y añadir en ella las fiestas personales y familiares.

La lista de fiestas tradicionales del año puede servir para dialogar sobre el cambio que se ha experimentado en estas festividades ahora y antes, destacando diferencias y similitudes.

» *Conversación (descripción de escenas, imágenes y situaciones).*

Estimulemos la conversación a partir de las fotografías, comentarios o escenas que aparecen en los distintos medios de comunicación. Se trata de mostrárselas y pedirle que describa lo que ve.

No debemos permitir que se limite a dar nombre a lo que hay, sino que le animaremos a construir frases y elaborar narraciones descriptivas. Podemos intervenir haciéndole preguntas o comentarios y conversando sobre el tema.

- o También podemos hacer ésto ante paisajes y situaciones que, a diario, vemos o contemplamos en la calle o cuando vamos en los medios de transporte, incluso en las visitas a familiares y amigos.

» *Denominación (nombrar)*

Estimular la producción de vocabulario nos ayudará a corregir la incipiente anomia que el enfermo va presentando y a favorecer la fluidez de su lenguaje.

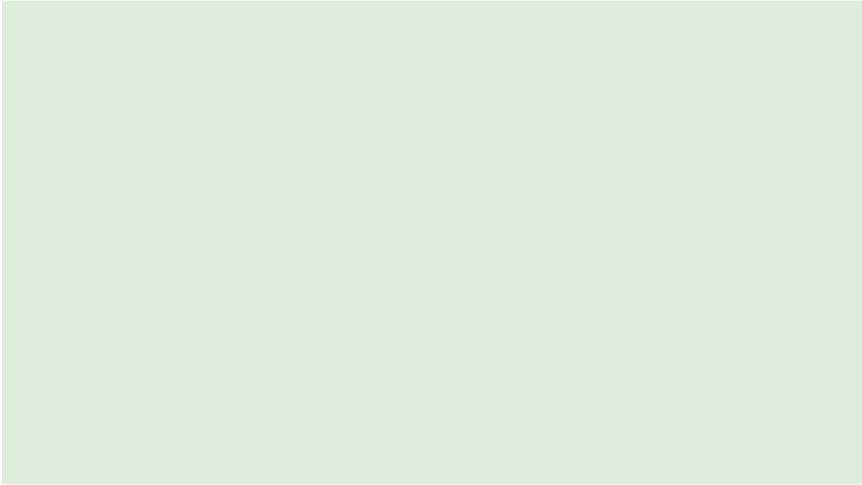
- o En las actividades diarias le pedimos que diga el nombre de las personas, objetos u acciones que le vamos mostrando o desarrollando. En caso de dificultad podemos ayudarle con pistas formales o semánticas (el inicio de la palabra o para lo que sirve el objeto). Por ejemplo al mirar escaparates, en el mercado, al ver a personas conocidas en la calle o a personajes famosos en

los medios de comunicación. En este caso no se trata de que desarrolle un discurso narrativo, sino que se limite a nombrar.

- También es importante para la fluidez del lenguaje que ejercitemos su habilidad para la denominación de categorías

y sus elementos.

Preguntar al paciente la categoría (frutas, verduras, árboles y flores, animales, muebles, prendas de vestir...) a la que pertenecen los objetos que podemos ver, por ejemplo, en un folleto publicitario de un hipermercado.



Elaborar la lista de la compra por departamentos por ejemplo. *“de la droguería necesitamos: detergente para lavadora, limpia cristales... de la frutería: plátanos, naranjas...”*.

- Pidámosle que denomine, o sea, que nos diga el color de objetos y elementos del entorno. Ésto lo podemos practicar al elegir la ropa, los alimentos, al visitar puestos de flores, tiendas, museos, etc. Es decir, se trata de preguntar de qué color son los objetos que señalamos cuando realizamos las diferentes actividades de la vida diaria.
- Nombre o evoque con él los objetos reales de la casa agrupados por ámbi-

tos o categorías (baño, cocina, comedor, dormitorio y prendas de vestir). Esta tarea se puede plantear como un juego; primero nombramos lo que se ve y después se le pide que cierre los ojos y nos diga lo que recuerda, podemos y debemos ir dando pistas para que el juego sea exitoso. A continuación lo hacemos nosotros también.

- Otro ejercicio sería jugar a algo parecido al famoso concurso Un, dos, tres, responda otra vez, pidiéndole que evoque o denomine nombres de las categorías de objetos antes mencionadas, se puede jugar con niños u otros familiares.

Para mantener o aumentar el vocabulario podemos plantearnos ejercitarnos con el paciente en las siguientes áreas y tareas:

El paciente debe denominar lo que se está describiendo mediante indicios. Esta tarea es muy importante para la estimulación semántica y es aconsejable trabajar las palabras que se usan para la denominación. Ej: un electrodoméstico que sirve para enfriar. La respuesta sería frigorífico.

» *Evocación de sinónimos y antónimos (lo que significa igual y lo contrario)*
Pedir que busque palabras que signifiquen lo mismo y lo contrario en las actividades diarias. Un ejemplo sería el siguiente: estamos en el supermercado en la sección de carnicería comprando carne de cerdo, le pedimos que nos diga otra manera de decirlo. A continuación podemos pedirle que diga lo contrario de caro.

• **Para mantener/favorecer la comprensión verbal:**

» *Debemos cerciorarnos de que se está produciendo la comprensión de nuestro discurso o de los textos o diálogos mantenidos en su entorno, esto lo podemos hacer mediante preguntas que nos permitan verificar que el paciente ha entendido.*

» *No debemos dar por supuesta la comprensión, sino que hemos de comprobarla, tanto en las conversaciones que mantenemos con él, como con respecto a las noticias que recibe del exterior.*

» *Como mencionábamos en las características de esta fase, la comprensión en contextos situacionales que dispersen su atención o ante procesos comunicativos extensos va a ir deteriorándose, el enfermo se pierde.*

» *Es muy probable que necesitemos repetir varias veces la información, ya que con estas verificaciones evidenciaremos cómo, progresivamente, su capacidad de concentración y atención va disminuyendo.*

Su memoria inmediata va a ir deteriorándose, es decir que aunque de hecho entienda lo que oye, y hayamos comprobado su comprensión, puede presentar dificultades para retenerlo, sobre todo si lo expuesto no es emocionalmente relevante para el enfermo.

» *A medida que la enfermedad avance tendremos que ir acortando la longitud de la información que el paciente ha de asimilar, procurando mantener su atención y su mirada mientras se esté conversando.*

• **Ejercicios para la estimulación del lenguaje:**

Ejercicio 1.

Denominación. Lo que sirve para.

Ejercicio 2.

Evocación Categorical. Nombra tres objetos.

Ejercicio 3.

Evocación Léxica. Palabras que empiezan por.

Ejercicio 4.

Conversación. Narración. Conversemos sobre.

Ejercicio 5.

Descripción. Narración.

Ejercicio 6.

Lectura de textos en voz alta.

Ejercicio 7.

Comprensión y elección de sinónimos.

EJERCICIO 1.

DENOMINACIÓN - LO QUE SIRVE

PARA

Se trata de que nuestro enfermo nos diga las palabras que denominan los objetos que definimos por su utilidad o finalidad.

Ejemplo:

Lo que sirve para

Clavar clavos Martillo

Mejorar nuestra visión Gafas

Barrer Escoba

Escribir Lápiz

Mantener las manos calientes

Guantes

Peinarse Peine

Sentarse Silla

Tender la ropa Pinzas

Iluminar las habitaciones Lámparas

Apagar nuestra sed Agua

Aliviarnos el dolor Analgésicos

Sujetar los pantalones Cinturón

Desplazarnos en el mar Barco

Cortar la madera Sierra

Reflejar nuestra imagen Espejo

Comunicarnos a distancia

Teléfono

Limpiarnos la nariz Pañuelo

Saber la hora Reloj

Escuchar música Radio CD

Ver una película Televisión

escriba, al menos, tres objetos con las siguientes características:

DULCES

SALADOS

ROJOS

VERDES

AZULES

REDONDOS

ALARGADOS

DUROS

CORTANTES

RESADOS L -

LIGEROS

FRÍOS

CALIENTES

SUAVES

ÁSPEROS

Nombra los objetos que te sugieren las siguientes profesiones:

CARPINTERO CONSTRUCTOR

OFICINISTA MEDICO

Ejercicio 2. Evocación categorial.

Nombrar al menos tres objetos

Solicitemos al enfermo que nombre o

TOR

esa posibilidad?, ¿A qué profesionales admiras?, ¿Qué no serías por nada del mundo?, ¿Qué profesiones han desaparecido con el cambio en la manera de vivir?.

- Fútbol u otros deportes. Si fueras entrenador ¿qué jugadores seleccionarías?, ¿Cómo plantearías el partido?, ¿Qué equipo o selección te gustaría llevar?.

- Hechos sociales. Si tú fueras presidente o si tuvieras mucho poder, ¿cómo actuarías ante lo sucedido?.

- La cocina. Si tuvieras que preparar una cena de protocolo ¿qué menú sugerirías?.

- Los artistas. ¿A quién te gustaría conocer?, ¿Qué tipo de habilidad artística te gustaría tener?.

- Los animales. Si hubieras nacido en un espacio natural en lugar de en la ciudad ¿Qué animales te hubiera gustado tener?. Si pudieras reencarnarte en un animal ¿Cuál preferirías ser?, ¿Por qué?.

- El tiempo. Si pudiéramos elegir, ¿en qué tipo de clima te gustaría vivir?.

- Las fiestas. La Navidad, la Semana Santa. ¿Qué tradiciones te gustaría que se conservaran siempre y cuales te gustaría cambiar?. Si tu pudieras, ¿que fiestas añadirías y cuales quitarías?.

- La ciudad. ¿Qué crees que debe cambiar en nuestra ciudad?, ¿Qué es lo que te gustaría que nunca cambiara?

- El paso del tiempo y la salud, ¿Cómo

Ejercicio 3. Evocación léxica. Palabras que empiecen por

Pídale a su enfermo que escriba palabras que empiecen por sílabas difíciles como:

BRA

PLA

AS

GUI

CI

PRO

AL

VE

GE

HA

En caso de dificultad manifiesta o de errores ortográficos permitámosle el uso del diccionario.

Ejercicio 4. Conversación. Narración

Elija temas relacionados con su vida o que sean de su interés, intentando que añada elementos de creación narrativa.

- Profesión. ¿Qué otra/s profesión/es te hubiera gustado tener si hubieras tenido

te gustaría que fuese nuestro envejecimiento?

Ejercicio 5. Descripción. Narración.
Describe lo que ves

Le mostramos fotografías y le pedimos que nos describa lo que sucede en ellas, a continuación le pedimos que nos cuente algo sobre esa época o sobre alguien que no aparece en la foto pero que debería estar en ese contexto.

En una celebración familiar. ¿Quién pudo tomar esta foto? ¿Dónde estábamos? Describe la vestimenta de cada cual o los elementos decorativos que aparecen. Justifica la presencia de personas u objetos.

En una escena de viaje o vacaciones. ¿Qué país es? ¿Quiénes son? ¿Falta algo o alguien?

Narra lo que recuerdes de esos tiempos y lugares.

En un libro o documental histórico. ¿Quiénes son los que aparecen en esa imagen? ¿Qué sucedió? ¿Cómo se vivía entonces?

Ejercicio 6. Lectura de textos en voz alta

Pidámosle al enfermo que nos lea párrafos de la prensa, revistas o libros en voz alta.

Ésto nos permitirá comprobar si está apareciendo algún tipo de dificultad en la expresión, anotaremos las palabras que le

resulten complicadas o que le hagan titubear, para estimular su reproducción en otro momento, sobre todo, si se trata de alguna palabra o nombre de uso común.

Podemos pedir al enfermo que sustituya unas palabras por otras procurando que el texto conserve el mismo significado.

Un ejemplo puede ser el siguiente:

Prohibir fumar en lugares públicos reduce los infartos.

Las leyes que prohíben fumar en lugares públicos, como la polémica iniciativa que acaba de entrar en vigor en los pubs y restaurantes de Irlanda, ya han demostrado tener efectos positivos sobre la salud de las personas. Esto es lo que acaba de revelar un nuevo estudio, que concierne la aplicación de este tipo de normas con un descenso hasta de un 40%, en el número de ataques al corazón.

Lugares	Sitios
Reduce	Disminuye
Prohíben	Impiden
Polémica	Discutida
Iniciativa	Decisión
Pubs Bares	
Demostrado	Manifestado
Revelar	Dejar ver
Normas	Reglas

Ejercicio 7. Comprensión. Elección de sinónimos y antónimos

mos en el apartado de bibliografía.

Sugerimos plantear este ejercicio como un juego de habilidad en el que los participantes deben decir si los pares de palabras presentados son sinónimos o antónimos. Pueden utilizarse diccionarios de sinónimos y antónimos.

Se debe responder a preguntas como: ¿Qué significa benévolo? Si el paciente lo define le pedimos el antónimo y si no, le damos a elegir entre las dos respuestas. ¿Hablar, significa charlar o escuchar?, ¿Antiguo significa viejo o nuevo?.

Estamos trabajando la comprensión léxica y reconocimiento de sinónimos y antónimos. Algunos ejemplos de comprensión léxica y elección de sinónimos pueden ser los siguientes:

Benévolo	Bueno	Malo
Charlar	Escuchar	Hablar
Menudo		
	Grande	
Veloz	Lento	Rápido
Tenebrosidad		
	Oscuridad	
Parsimonioso	Lento	Rápido
Aroma	Olor	Hedor
Sinrazón	Disparate	Razón
Tierno	Blando	Duro
Escapar	Huir	Permanecer

Para la ampliación de ejercicios específicos de lenguaje podemos recurrir a algunos de los manuales de estimulación cognitiva más utilizados en las Asociaciones de enfermos de Alzheimer como los que referi-



