

Comunicación y daño cerebral

Texto | Amor Bize López [Neuropsicóloga CEADAC] Laura Seco Martínez [Logopeda CEADAC]

Fotos | M^a Ángeles Tirado Cubas

“Desde que tuvo el accidente no he podido mantener una conversación con él como las de antes...”

Una de las secuelas cognitivas que puede traer consigo el daño cerebral es la alteración de las funciones de comunicación y lenguaje, la cual genera un nivel muy alto de frustración en los sujetos que la padecen y en sus familias, así como una falta de autonomía significativa en las actividades de la vida diaria.

Las funciones de comunicación y lenguaje suelen verse alteradas como consecuencia de accidentes cerebrovasculares (se estima una incidencia de entre un 21% y un 38% de afasia tras un accidente de este tipo), aunque también pueden deberse a traumatismos craneoencefálicos o tumores cerebrales.

La principal alteración de este tipo se denomina **afasia**, y consiste en la incapacidad para poner en palabras los pensamientos que le surgen a la persona. Se pierde la capacidad de traducir en símbolos (sea en palabras habladas, escritas o lengua de signos) un concepto. Esta alteración suele venir acompañada de la dificultad en mayor o menor medida de comprender el lenguaje hablado y escrito.

Cuando se ve alterada la capacidad motora de los órganos de la articulación, hablamos de **disartria**, que a diferencia de la afasia, no supone un trastorno del



lenguaje sino del habla. Los afectados de disartria, son capaces de elaborar un discurso con sentido y bien estructurado pero de difícil comprensión para el interlocutor, porque no se les entiende. La escritura está preservada y puede ser una vía adecuada para compensar este déficit.

Sin embargo, las alteraciones de la comunicación no solo aparecen en el daño cerebral como consecuencia de un trastorno de las funciones del lenguaje o del habla, sino que hay varias funciones cognitivas que si se ven afectadas pueden limitar nuestra capacidad para comunicarnos.

“Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo.”

L. Wittgenstein

ALTERACIÓN DEL LENGUAJE: AFASIAS

Algunas personas que han sufrido una lesión cerebral pueden tener diversas alteraciones de lenguaje, dando como resultado diversos cuadros clínicos denominados **afasias**. Este tipo de afectación suele ser más común cuando la lesión ocurre en la parte izquierda del cerebro ya que, en la mayoría de las personas, este hemisferio realiza las labores de comunicación.

Estas alteraciones de lenguaje suelen afectar a:

- La expresión oral.
- La comprensión oral.
- La lectura.
- La escritura.
- La capacidad de comunicarse a través de gestos.

Normalmente no se dan cuadros puros de afasia, es decir, que solo esté afectada la expresión oral o solo la lectura, por ejemplo, sino que se presentan afectadas todas las destrezas anteriormente nombradas, en mayor o menos medida, con un predominio expresivo o comprensivo del lenguaje.

Características de la expresión oral en afasia

Los problemas de lenguaje pueden afectar en grados muy distintos a las personas.

Cuando la afectación del lenguaje es **severa**, la persona puede no decir absolutamente nada, emitir una o dos palabras de forma repetitiva (estereotipias), inventarse palabras nuevas o mezclarlas, incluso decir muchas palabras reales, pero sin orden ni concierto. No puede expresar lo que le gustaría o le cuesta un gran trabajo. Estas personas pueden mover la lengua y los labios con normalidad pero no pueden encontrar las palabras necesarias para comunicarse.

Los problemas de lenguaje en estos casos tan severos, suelen ser devastadores para la persona ya que truncan su vía de comunicación con los demás y les deja en un estado de dependencia para muchas de las actividades cotidianas. Muchas de estas personas reducen significativamente sus relaciones sociales limitándolas a su familia más cercana.



El problema se agrava, cuando no pueden servirse de la escritura o de la realización de gestos, para transmitir hasta las necesidades más inmediatas de aseo y cuidados básicos. Por ejemplo, no pueden realizar el gesto de “beber agua” para comunicar que tienen sed. O el gesto de “tengo frío” para pedir una chaqueta.

Cuando las dificultades son **moderadas**, la persona puede tener un poco más de independencia y puede ser capaz de mantener y disfrutar un poco más de las relaciones sociales. Sigue teniendo dificultades para encontrar palabras o explicar o narrar acontecimientos, pero suele comunicarse con éxito en muchas ocasiones aun con un lenguaje pobre, sencillo y

poco organizado. Es capaz de expresar ideas relativamente sencillas: decir lo que le gusta o quiere.

Cuando las dificultades de lenguaje son **leves**, la persona puede mantener una vida bastante independiente pero muy frecuentemente está incapacitada para volver a desarrollar su profesión habitual. Puede dar la sensación de que habla mucho pero dice poco o que a veces su manera de construir las frases es complicada o liosa. Se “atasca” en su discurso pero lo resuelve con eficacia.

En todos los casos la persona tiene que convivir diariamente con una gran frustración al sentir que no puede o le cuesta trabajo conseguir que sus ideas se con-

- 18 viertan en palabras y no poder comunicarse fluidamente.

Características de la comprensión en afasia

Cuando la comprensión oral está **severamente afectada**, no pueden entender casi ninguna o ninguna palabra y tienen muchas dificultades para seguir instrucciones o saber lo que les queremos decir.

Aún en el mejor de los casos, tienen dificultades para entender conceptos espaciales y/o temporales (arriba, abajo, detrás de, a la derecha, izquierda, mañana, después...), colores o entender frases complejas o largas (por ejemplo, "Coge el peine que está dentro del neceser azul"). Estas dificultades, pueden pasar desapercibidas para los familiares, ya que a menudo utilizamos gestos, señalamos o miramos objetos que ayudan a las personas a imaginar lo que queremos decir, aunque éstas no lleguen a entender lo que les decimos verbalmente. Pueden pedir que les repitamos las cosas. No están sordas sino que tienen problemas para comprender el lenguaje.

Características de la lectura y escritura

Las alteraciones en la **escritura** que se pueden dar varían desde la incapacidad para escribir letras o palabras (con un lápiz, un teclado de ordenador o letras de cartulina) hasta la escritura de palabras y frases con errores de sustitución de una letra o palabra por otra, la omisión de alguna de ellas o incluso la escritura de párrafos sin una estructura adecuada o mezclando ideas y temas sin relación. En los casos más leves, la escritura puede llegar a ser bastante funcional y estas personas pueden incluso comunicarse



por correo electrónico o mensajes de móvil con sus familiares y amigos.

En la **lectura**, también hay gran variabilidad de casos: Imposibilidad de reconocer las letras, entender algunas palabras frecuentes de manera global (nombres propios, nombres de alimentos o productos de aseo, logotipos o letreros de marcas conocidas...) pero no palabras abstractas y poco frecuentes en el uso del español ("recesión", "sumario", "patología"...). Algunas de estas personas, conservan la capacidad de leer frases, párrafos o textos incluso en voz alta, pero con problemas en la comprensión de lo que han leído.

CONSEJOS Y PAUTAS GENERALES DE MANEJO Y COMUNICACIÓN

– Prestarle toda nuestra atención cada vez que nos intente decir algo. Intentar por todos los medios entender lo que nos quiere decir (hacerle preguntas, a ser posible que solo requieran contestar "sí/no", señalar objetos, hacer ges-

tos, un dibujo...). No ignorar sus intentos de comunicarse.

- Si nuestro familiar no entiende algo que le estemos diciendo, **tener mucha paciencia** y decirlo de otras forma posible (con otras palabras/frases, verbal, gestual, señalando, con dibujos...). De nada sirve repetir muchas veces lo mismo si vemos que la persona no lo está entendiendo.
- Evitar los ruidos y distracciones a la hora de comunicarnos puede ser la diferencia entre entendernos y no entendernos (apagar la televisión, por ejemplo).
- Evitar momentos en los que la persona esté más cansada.
- No gritar a una persona con afasia porque no va a entender mejor por eso.
- Utilizar palabras sencillas, frases cortas y de estructura simple que comuniquen una sola idea cada vez.
- Esperar a que haya entendido algo para decirle otra cosa.
- No debemos acabar las frases de la persona con afasia o meterle prisa cuando habla. **No hablar en lugar**

del paciente si no es absolutamente necesario.

- Elogiar generosamente al paciente cuando trate de hablar e intente hacer de la comunicación una experiencia agradable.
- No aislar al paciente. Incluirlo en las conversaciones y decisiones familiares. Suelen sentirse mejor si nos colocamos a su altura, por ejemplo, sentados en una silla a su lado y mirando las caras de los interlocutores.
- Si el paciente es adulto, trátalo como tal. Aunque pueda parecer infantil, en realidad tiene los mismos pensamientos y sentimientos que tenía antes del daño.
- No obligar al paciente a hablar o ver gente cuando no lo desea.
- Ser honesto y realista con el paciente. Decirle que “dentro de pocos días volverá a hablar” solo servirá para desilusionarlo.
- **Si no le entendemos, decíselo. No fingir que le entendemos cuando no es así.**

- La rehabilitación es el único tratamiento directo que se conoce para la afasia. Aunque el paciente puede mejorar hasta cierto punto sin ayuda, durante el periodo de recuperación espontánea, ésta puede acelerarse con la rehabilitación. De ser posible, llevar al paciente a un centro de rehabilitación.

ALTERACIÓN DEL HABLA: DISARTRIA

Nuestra lengua, labios, diafragma, garganta... son los responsables de que nuestro habla, voz y articulación sean correctos para que los demás nos entiendan. Cuando uno de estos órganos falla (por falta o exceso de fuerza muscular, de movimiento, de precisión, etc.) o no hay una adecuada coordinación entre ellos, nuestro discurso puede resultar difícil de entender para los demás, incluso ininteligible. A estas alteraciones del habla se les denomina **disartrias** y son comunes en las personas afectas de daño cerebral adquirido.

“
En muchas ocasiones,
a pesar de recibir un
tratamiento rehabilitador
adecuado, los pacientes
con daño cerebral
adquirido son incapaces
de comunicarse con
éxito o no son capaces
de hacerlo plenamente.
En estos casos nos
ayudamos de los llamados
sistemas alternativos de
comunicación ”



20 Estas personas dicen y expresan **perfectamente** a través de su lenguaje lo que quieren decir, pero no les entendemos. Si no hay otras alteraciones asociadas, los afectados de disartria pueden leer, escribir y entender lo que les decimos sin ningún problema.

En función de la localización de la lesión en el cerebro, los tipos de disartria son variados. Aquí presentamos algunos rasgos más comunes que podemos encontrar en el afectado:

- Pierden la capacidad para tomar suficiente aire y/o retenerlo, así que necesitan respirar con mucha frecuencia durante el discurso. Cuando esto ocurre, la persona con disartria se suele cansar fácilmente ya que requiere mucho esfuerzo para hablar.
- Voz muy débil. Estas personas hablan muy bajo y apenas se les oye lo que nos dicen.
- Voz aguda o “chillona”.
- Voz temblorosa.
- Habla lenta o muy rápida.
- Voz nasal cuando se les escapa el aire por la nariz. Esto ocurre porque el paladar blando, que es móvil, no asciende cuando se necesita.
- Voz poco nasal, cuando el paladar blando del que hemos hablado, no desciende al emitir los sonidos /m/, /n/ o /ñ/ del español. Parece que están congestionados o con catarro.
- Articulación o pronunciación muy imprecisa que hace que parezca que están “borrachos”.
- Les cuesta exagerar la articulación de las palabras porque la amplitud de los movimientos de sus labios, lengua y mandíbula se han reducido.
- Incoordinación de todos los órganos que se ponen en marcha para hablar

aunque conserven sus movimientos y la fuerza muscular.

CONSEJOS GENERALES PARA FACILITAR EL HABLA Y LA ARTICULACIÓN

- El paciente debe colocarse en una postura adecuada (tronco recto, cabeza alineada con el cuerpo...) para poder controlar el aire de manera correcta y mantener las estructuras laríngeas en adecuado equilibrio.
- Según pautas del logopeda, el paciente con disartria debe ralentizar su habla, hablando por sílabas o palabras, para hacerla entendible. Por ello, darle tiempo a nuestro familiar si queremos una comunicación eficaz.
- Al igual que comentamos en el caso de la afasia, reducir el ruido ambiental y situarnos a su altura (en una silla en frente o a su lado) para facilitarle la correcta coordinación y movimientos de las estructuras implicadas en el habla, reduciendo el sobre esfuerzo del paciente.
- Realizar las pausas adecuadas en el discurso, facilitará que le entendamos mejor. Animar al paciente en esta tarea.
- Simplificar el mensaje, tanto en longitud como en vocabulario, aunque el afectado de disartria sea capaz de emplear lenguaje más elaborado y culto.
- Por nuestra parte, darle “feedback” o retroalimentación al paciente, para transmitirle que vamos entendiendo lo que nos está diciendo. En caso contrario, hacérselo saber.
- El sueño y fatiga del hablante con disartria, influirá decisivamente en que le entendamos o no. Aprovechar los momentos de mayor eficacia en la comunicación.



- La persona con disartria, sí suele ser capaz de servirse de gestos y mímica para facilitar la comunicación.

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN

En muchas ocasiones, a pesar de recibir un tratamiento rehabilitador adecuado, los pacientes con daño cerebral adquirido son incapaces de comunicarse con éxito o no son capaces de hacerlo plenamente. En estos casos nos ayudamos de los llamados sistemas alternativos de comunicación.

Abarcan sistemas tan sencillos como una cartulina o tablero con las letras del abecedario impresas para que nuestro familiar vaya señalando y creando un mensaje, o mucho más sofisticados como las actuales tablets o smartphone, en los que se descargan aplicaciones o programas informáticos que incluso pronuncian en voz alta lo que queremos decir.

Otras veces, una simple libreta y un bolígrafo son suficientes para una adecuada comunicación.

La elección de uno u otro sistema dependerá de la alteración del paciente, ya sea del lenguaje y/o habla, y de las capacidades y habilidades que todavía conserve (lectura, escritura, movilidad de manos y brazos, capacidad para entender dibujos más o menos abstractos...).

Pero no todo es lenguaje...

ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN DERIVADAS DE OTRAS FUNCIONES COGNITIVAS

Orientación y nivel de alerta

En ocasiones tras un daño cerebral, especialmente en la fase aguda, la persona puede encontrarse desorientada en la esfera temporal (no sabe en qué fecha o momento del día se encuentra), espacial (no sabe dónde está) y/o personal (no sabe quién es). Es muy habitual que las personas en esta situación confabulen

acerca de lo que les ha pasado, por qué están en el hospital, etc.

En estos casos la comunicación se encuentra alterada en cuanto al contenido de la misma, pero conserva la estructura gramatical, vocabulario, etc.

Por otro lado, el daño cerebral también puede alterar el nivel de alerta que una persona necesita para desempeñar las actividades de la vida diaria pudiendo permanecer somnoliento todo el día o presentar momentos de activación o alerta alternados con momentos de sueño o desactivación que le hagan requerir descansos de forma frecuente. Estas oscilaciones en los niveles de sueño y vigilia limitan en gran medida la comunicación, encontrándose la persona en un estado de confabulación o ensoñación casi permanente.

Atención

La limitación de la gestión de los recursos atencionales afecta de igual medida la comunicación, ya que si hay problemas para focalizar y mantener la atención, especialmente en situaciones complejas

estimularmente (un centro comercial o una celebración familiar), la persona tenderá a despistarse con la infinitud de conversaciones, personas o sucesos que se desplegarán ante él, y difícilmente podrá centrarse en una única conversación o persona inhibiendo el resto. La comunicación estará así sesgada y mediada por la capacidad para mantenerse en una sola cosa.

Del mismo modo, si la amplitud atencional está comprometida, a la persona le costará comprender mensajes de cierta longitud, y perderá parte de la información que se le ha suministrado.

Por otro lado, las alteraciones de distribución espacial de la atención características de daño cerebral de hemisferio derecho, interfieren la atención hacia un lado del campo visual, normalmente el izquierdo, por lo que si nos dirigimos al sujeto por ese lado es probable que no le llegue nuestro mensaje.

Además el enlentecimiento acusado del procesamiento de la información tan característico de las personas con daño cerebral también limita la comunicación en tanto en cuanto el interlocutor debe ser sensible a este hecho y permitir el lapso de tiempo suficiente para la comprensión del mensaje y la posterior elaboración de la respuesta.

Funciones ejecutivas

Encargadas de organizar, modular y supervisar nuestra ejecución en la realización de actividades más o menos complejas, las funciones ejecutivas son determinantes a la hora por ejemplo de estructurar el discurso, seleccionar las palabras, enlazar unas ideas con otras en función de su relevancia, ceder el turno de palabra o mantener la idea que quiero transmitir activa mental-



“

El daño cerebral también puede alterar el nivel de alerta que una persona necesita para desempeñar las actividades de la vida diaria pudiendo permanecer somnoliento todo el día o presentar momentos de activación o alerta alternados con momentos de sueño o desactivación que le hagan requerir descansos de forma frecuente ”

mente mientras escucho a mi interlocutor.

Así, tras un daño cerebral, las personas pueden presentar discursos poco estructurados, perseverativos sobre la misma idea, verborreicos por el encabalgamiento de diferentes ideas sin una relevancia clara o autorreferentes sin dejar cabida al otro a que participe.

También podemos encontrar mensajes abigarrados, que transmiten la idea pero de manera retórica, con un vocabulario excesivamente tecnicado o infrecuente, acercándose a la idea, pero sin ser capaz de expresarla con claridad.

En el otro extremo se da el mutismo, que impide cualquier emisión del lenguaje a pesar de no haber limitaciones del lenguaje ni del habla. Estas personas presentan una afectación tan severa que no son capaces de plantearse una motivación para iniciar la comunicación, ni siquiera por una necesidad básica como el hambre o el frío.

Más cercanos a este extremo aunque sin presentar esta severidad están las personas que se vuelven “monosilábicas” y solo se comunican para responder sí o no ante una pregunta concreta, pero no tienen ninguna intención comunicativa espontánea.

Aprendizaje y memoria

Las personas que han sufrido un daño cerebral con frecuencia presentan dificultades para almacenar contenidos que suceden tras el daño. Pueden recordar información autobiográfica previa al daño, muchos años previos a éste, pero sin embargo no recuerdan una conversación que ha tenido lugar hace un momento. De este modo la comunicación se ve limitada por este hecho y las personas perseveran en los mismos

temas de conversación o realizan las mismas preguntas repetidas veces a sus familiares.

Por otro lado, el interlocutor puede dar por hecho que sabe de lo que se está hablando, omitiendo parte de la información en el mensaje y generando desconcierto y confusión en el afectado.

Pensamiento

Muchas personas con daño cerebral ven afectada la abstracción del pensamiento, volviéndose éste más concreto y teniendo dificultad para entender temas menos cotidianos o más complejos. Por esta razón se pueden perder en determinadas conversaciones o no ser capaces de realizar deducciones lógicas como hacían previamente.

Para saber más...

BENEDET, M.J. (2006). Acercamiento neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje. Madrid: Ed. EOS

CUETOS, F. (2003). Anomia: La dificultad para recordar las palabras. Madrid: TEA Ediciones.

HELM-ESTABROOKS, N. (2005). Manual de la afasia y de terapia de la afasia. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

JUNQUÉ, C. (2004). Neuropsicología del lenguaje. Barcelona: Masson. Manning L. (1992). Introducción a la neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje: teoría, evaluación y rehabilitación de la afasia. Madrid: Trotta.

http://ceadac.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/guiadefamiliasdelceadac_proble.pdf

[http://www.uv.es/perla/1\[15\].VilloreyMorant.pdf](http://www.uv.es/perla/1[15].VilloreyMorant.pdf)

Estrategias para comunicarse con la persona con lesión cerebral

	Dificultad Severa	Dificultad Moderada	Dificultad Leve
Guía general	<ul style="list-style-type: none"> • Decir las cosas claras. • Ser conciso. • Ser directivo y ordenado. • Ayudar explicando las cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser claro y breve. • Dar ejemplos. • Ser directivo. • Ayudar a que él/ella de una explicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con normalidad. • Dar descansos si necesario. • Ayudar si es necesario.
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Llamar su atención antes de hablar (diciendo su nombre). • Asegurarnos de que nos mira. • Decir frases muy cortas. • Hablar solo 1 cada vez. • Eliminar distracciones (televisión, radio). • Ordenar la habitación y toda la casa. • Hablar pausadamente. • Pedir que repita lo que le dijimos. • Ser pacientes (puede tardar en responder). 		<ul style="list-style-type: none"> • Repetir las cosas si vemos que no ha atendido. • Frases de extensión normal. • Reducir distracciones si hablamos con él/ella. • Darle tiempo para contestar.
Concentración y fatiga	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones cortas. • Descansar si se fatiga. • Aprovechar los ratos que está más despierto (mañanas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones cortas y concretas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer descansos. • Bajar el nivel de exigencia y ofrecer ayudas / pistas si vemos que está cansado.
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • No dar por supuesto que sabe o se acuerda de cosas que pasaron hace un día o hace 5 minutos. • Ser explicativos y repetir las cosas que pensemos que no recordará • Apuntar las cosas en una agenda o libro de memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar si se acuerda de lo que hablamos; si no se acuerda repetírselo. • Dar pistas para que recuerde (empieza por esta letra, estábamos en tal sitio) • Apuntar en una agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Si vemos que pone cara de extrañeza preguntarle si sabe de qué hablamos.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar de cosas sencillas. • Dar ejemplos. • Si hablamos de alguien decir su nombre. • Hacer frases que sean claras: "¿Me ayudas a ordenar esto?" , y no: "¿Por qué no me ayudas a ordenar?". "En China comen mucho arroz", y no: "Si estuvieras en China comerías arroz". 	<ul style="list-style-type: none"> • No hablar de cosas muy abstractas (<i>el IPC ha subido unos puntos; van a subir los impuestos...</i>). • Frases claras: "¡Que graciosa es tu tía María! ¿verdad?", y no: "¡Cómo es tu tía!" (sobreentendiendo graciosa y María). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con normalidad. • Si hablamos de algo difícil o si oímos una noticia compleja en la radio podemos intentar que él/ella de un ejemplo o que lo explique para comprobar que lo ha entendido. "¿Qué crees que quiere decir eso de <i>A Dios rogando y con el mazo dando?</i>", "¿Por qué crees que han dicho que...?"

