

ALTERACIONES DE LA COMUNICACION EN LA SENILIDAD

Dr. José E. Valdez R.*

La comunicación humana es el medio de relación mas importante y cuando lo referimos al hombre en la última parte de su vida, obviamente que su importancia es mayor, dado que cualquiera de sus alteraciones, lo priva de lo eminentemente social y lo aísla aún más a la segregación que de por sí sufre el anciano.

Siendo la sintaxis, la semántica y la pragmática, los 3 campos parciales de la comunicación, la última puede considerarse el aspecto esencial, es decir la pragmática entendida como las "interacciones entre comunicación y comportamiento".

Cuando intentamos por ello estudiar el lenguaje del anciano, sano o enfermo, esa llamada "terra incognita" que es la Neuropsicología, vienen en nuestra ayuda, por ser Neurofisiología de los niveles superiores, que exige la cooperación del Clínico, del Psicólogo y del Filósofo.

Aún en el anciano sano, la desintegración del lenguaje se presenta como un trastorno funcional leve, pero hasta que punto puede ser leve, si lo lleva de alguna manera a no ser tomado en cuenta en su entorno.

La expresión verbal es bradilálica por el trastorno motor general, y disglósica, tanto por las dificultades dentales, como por las articulares de la ATM. La voz sufre alteraciones por hipo o hipertonia de las cuerdas vocales, asociado a la depresión endocrina de la edad, además el ataque vocal es pobre, por la disminución de la capacidad ventilatoria. La misma torpeza motora de los órganos fonarticulatorios es la causante de las vacilaciones, del farfulleo y de la disprosodia.

El entecimiento del pensamiento, la disminución del tiempo de atención, la falta de concentración y los trastornos leves de la memoria, alteran el proceso de la comprensión, si a eso se agrega la disminución de las funciones visuales y auditivas, las dificultades sin alteración del psiquismo, son considerables.

Felizmente es la Gerontología la que ha despertado el interés en estas alteraciones llamémoslas "fisiológicas" y las enfrenta trabajando con la familia y con la sociedad, cambiando la actitud de los que no comprendemos, porque no nos comprende nuestro viejo, si el es sano.

* Médico Rehabilitador y Patólogo del Lenguaje.

Past-Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación

Prof. Principal de la Cat. de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Consultor y Asesor Docente del Hospital Militar Central.

Miembro Asociado de la Sociedad Peruana de Geriátria y Gerontología.

Recordemos además que la ausencia de deterioro psíquico, en los grandes hombres que ha tenido la humanidad, se refieren mas al punto de vista de su "creatividad", es decir la metacomunicación, considerada desde el punto de vista etiológico de Eibl-Eibesfeldt, como el deseo de influir, transmitiendo mensajes con valores religiosos o principios políticos, o artísticos, o literarios, pero en todos ellos como parte del pensamiento, han existido trastornos de las conductas y comportamientos, con obsesiones, perseveraciones, respuestas irrelevantes a situaciones simples, lo que nos hace pensar que nadie escapa a las acciones del tiempo y del envejecimiento.

Si esto ocurre en nuestro viejo sano, veamos como se presenta en la Patología del Lenguaje senil.

En este conjunto se reconocen distintas etiologías, unas con y otras sin deterioro neuropsicológico.

A.- Sin deterioro Neuropsicológico

- 1.- Disartrias
- 2.- Presbiacusias
- 3.- Neoplasias de cabeza y cuello

B.- Con deterioro Neuropsicológico

- 1.- Focales: Afasias, Agnosias y Apraxias
- 2.- Globales o Difusas: Demencias

A.- SIN DETERIORO NEUROPSICOLOGICO.

1.- Las disartrias: que se producen por la presencia de pequeños focos hemorrágicos o de reblandecimiento, alterando el patrón motor del habla, en grado variable, desde la simple bladilalia, hasta la palabra distónica, espástica o atáxica, con movimientos involuntarios y anormales de lengua, labios y espasmos de glotis, que si la lesión es progresiva, como en la Enf. de Wilson o de Parkinson, lleva al anciano a la anartria, y si hay lesión del IX y X par, producir parálisis del velo y pared posterior de la faringe, que impiden la deglución, agravando el proceso por desnutrición secundaria o por neumonías por aspiración.

Recordemos que existe una actividad cerebral, que organiza y elabora los patterns y cuida su correcta realización, que en estos casos está lesionada.

2.- Las presbiacusias: que es la pérdida progresiva de la audición, generalmente por arterioesclerosis.



Anciana en andiometría

El oído interno es irrigado por la arteria laberíntica, rama terminal de la arteria basilar; el hecho de ser arteria terminal, motiva el aumento de sensibilidad a las variaciones circulatorias intracraneales. Además como es laberíntica, marcha por un conducto óseo y es aprisionada cuando aumenta su grosor, ya sea por fibrosis senil o por arterioesclerosis.

El proceso de no escuchar al inicio es lento, el anciano levanta la voz, y como no discrimina el sonido de las respuestas, se irrita y comienza a aislarse. El describe que conversa bien con una sola persona en un ambiente silente, pero con 2 o más, en un ambiente semiruidoso, no comprende nada, comenzando a ausentarse aún de las reuniones familiares.

Esta es tal vez, la mayor causa, por que el anciano busca al amigo o grupo de amigos con iguales características, en donde nadie se molesta por que le griten hablando.

Clínicamente es una hipoacusia de percepción solapada, progresiva, con manifestaciones propias de una hipotrofia lenta del órgano del Corti; los hallazgos audiométricos se inician con caída para los tonos agudos.

Dado que ningún aparato auditivo restituye la audición normal, su prevención es importante, evitando ambientes ruidosos o alimentación con grasas saturadas. Luego el tratamiento está orientado al trabajo con la familia.

3.- Neoplasias de cabeza y cuello: aunque se presentan en cualquier edad, el Ca. de cabeza y cuello es más frecuente por encima de los 55 años. La extirpación parcial o total de los órganos periféricos, conlleva a la pérdida de la voz y del habla.

El primer shock en el anciano, es el del diagnóstico, y luego a enfrentarse a un tratamiento de radioterapia, cirugía o combinación de ambos, que secundariamente lo va a llevar a un cambio total, tanto por las variaciones anatómicas, como por su dificultad de relación, con variaciones de sus actitudes motivacionales, emocionales y psicológicas.

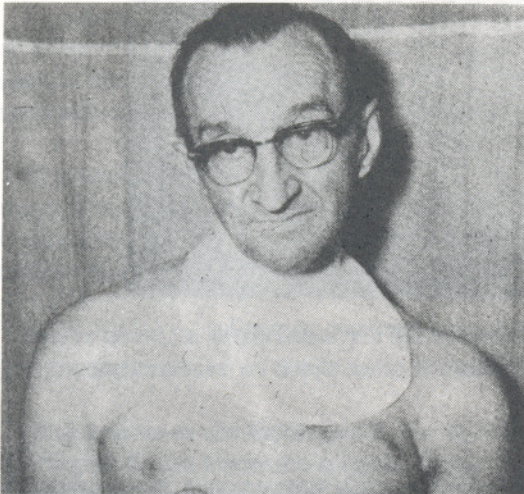
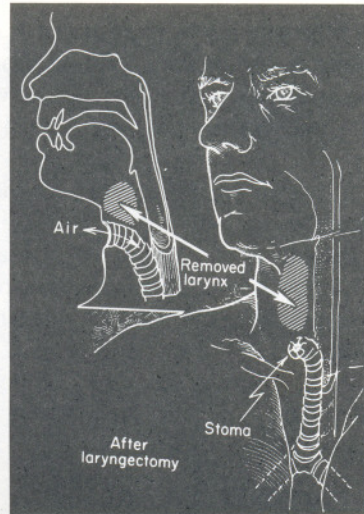
Un tumor de células escamosas del labio inferior obligan al cirujano a una resección con reconstrucción de todas las partes blandas, alterando el habla, pero no tan severamente como los tumores invasivos del maxilar y pared orbital, que obligan a una amputación radical, con pérdida de la arquitectura ósea de una hemicara, con alteración de la ATM y compromiso de base de lengua, lo que produce severas disglосias con marcadas alteraciones fonemáticas.



Amputación radical hemicara izquierda

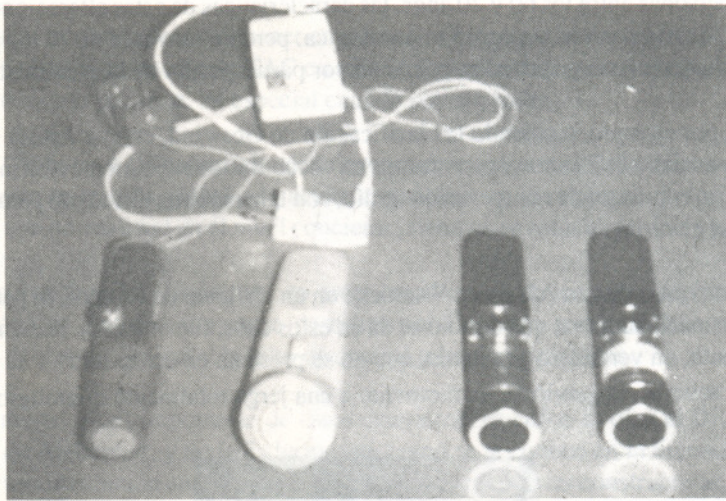
El Ca. de laringe lleva irremediamente a la laringectomía, lo que casi siempre se presenta por encima de los 60 años, con pérdida de la voz y del habla. La responsabilidad aquí, es del Patólogo del Lenguaje, quien debe enfrentar el caso en conjunto con el Cirujano, antes de la intervención, y si es posible con la ayuda de otro laringectomizado ya rehabilitado. La rehabilitación del habla y la voz es planeada alrededor del conocimiento clínico y de la evaluación psico-social del paciente y su familia.

Todo el árbol respiratorio queda abocado al estoma en la parte anterior del cuello, de tal forma que la boca y la nariz quedan totalmente aislados de la respiración y solo conectados al aparato digestivo.



La rínfectomizado

Las posibilidades de comunicación son fáciles si el anciano tiene las posibilidades de adquirir una laringe electrónica artificial que aplicada a un lado del cuello, permite reproducir el tono natural de la voz lo mas fiel posible, existiendo una gama de marcas pero todas ellas de alto costo y difíciles de conseguir en nuestro medio.



Prótesis laríngea

La otra posibilidad es la enseñanza de la voz esofágica o erigimofonía, que consiste en atrapar el aire, que ingresa por la boca, en la cavidad posterior de la faringe y la parte alta del esófago, para expelerlo lentamente produciendo alguna forma de sonido, que puede ser modificado por la vibración de los tejidos vecinos a la parte superior del esófago y de los órganos intraorales (velo, lengua). Así se forma una neoglótis o parte superior del esófago dilatado por el aire, como se ve en las mucosografías.

Aunque este lenguaje es similar al eructo, de timbre bajo y poco agradable, de ninguna manera es despreciable y es preferible a no poder hablar.

La erigimofonía exige un gran esfuerzo físico y psicológico, en un anciano con secuelas propias de una operación, complicaciones en el borde del estoma por exceso de secreción bronquial, disminución de la capacidad ventilatoria o quemaduras por radiación de la zona, lo que se debe tener en cuenta antes del inicio del tratamiento.

Obviamente el pronóstico médico es determinante, ya que si este es pobre, debe llevarse al paciente a un mínimo de comunicación en un tiempo mínimo (puede ser solo escritura), pero si el pronóstico es bueno, debe emplearse un tiempo máximo, para lograr una óptima comunicación.

B. CON DETERIORO NEUROPSICOLÓGICO.-

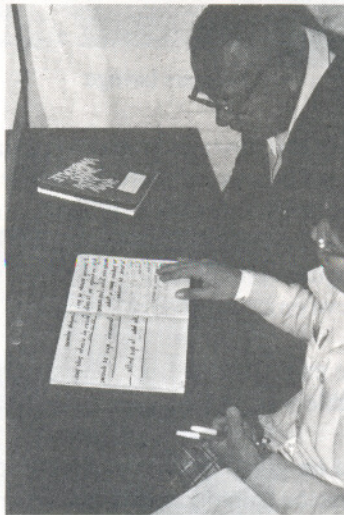
1.- Focales: corresponden a deterioros cuyas alteraciones simbólicas dan como resultados las Afasias, Agnosias y Apraxias.

Las Afasias no son alteraciones propias de la vejez, sino que se presentan en ella, siendo sus principales causas los ACV, que en el anciano son más frecuentes por reblandecimiento cerebral.

En personas entre los 60 y 70 años, las características de estas alteraciones son casi las mismas, descritas en la nosografía neurológica, pero en mayores de 70 los problemas revisten consideraciones especiales, por la mayor participación de la arterioesclerosis.

Así, por ejemplo, siguiendo la clasificación de Geswind, en una Afasia Motora de Broca de un anciano de 79 años, encontramos un vocabulario severamente restringido a "sí" o "no", con un comienzo de recuperación tardío, con una máxima dificultad para combinar el sujeto con el verbo.

En otro caso de una Afasia de Wernicke en un paciente de 71 años, la perturbación de la comprensión auditiva, que casi no se da en estos casos, fue marcada, haciendo de esta Afasia Fluente, un verdadero problema, que no se presenta en otros casos. Las parafasias fueron mas severas, llegando en un momento a una jerga totalmente ininteligible.



Método de Boston en la Terapia del Afásico

En una paciente de 76 años, diagnosticada de Afasia de Conducción, fluente, esta fluidez fué muy restringida a frases breves, con dificultad en palabras polisilábicas, con repeticiones anormales, todo ello explicado por una imagen hipodensa lenticular y parietal I, compatible con una encefalomalasia, además de signos arterioescleróticos difusos, que encontramos en su TAC.

Igualmente en las Afasias Anómicas que se consideran fluentes, en el anciano mayor de 70 ó 75 años no lo son, y a pesar de su lenguaje mas o menos cortado, la dificultad para encontrar palabras, es severa, con ausencia de sustantivos y algo mas raro aún, en ellas se encuentran parafasias verbales y literales, todo lo que se debe tener en cuenta para aplicar los métodos correspondientes en la Terapia del Lenguaje.

Y aquí es donde debemos tener en cuenta los estudios de Hayward (1977) sobre la correlación anátomo-clínica con TAC en afásicos, para un enfoque terapéutico específico y adecuado a cada paciente, en especial cuando son ancianos.

2.- Globales o Difusos: estos deterioros están en el terreno de las demencias, que se definen como un estado global adquirido, con déficit en el conjunto de las actividades psíquicas, con normalidad en el nivel conciente, siendo su evolución crónica y progresiva.

Son muchos los síndromes en estos cuadros, y su lenguaje dependen de una multiplicidad de factores, muy bien descritos por Crichtley, remarcándose sobretodo la reducción del bagaje lexical y la falta de control sobre las emisiones.

El modelo mas importante de estos deterioros, es como lo dice el Dr. Ravens, el Síndrome de Alzheimer, y no la Enfermedad, como se le conoce en la literatura, caracterizada por una involución intelectual, con trastornos en las praxias constructivas, ideomotriz y del vestir, en forma progresiva. Profundo déficit en la memoria para hechos recientes, desorientación en el espacio exterior y luego en el mas familiar. Las alucianaciones visuales y auditivas se presentan en el 13 a 10%.

En las TAC, de pacientes con rasgos agresivos se han encontrado atrofia del lóbulo temporal, y en aquellos con sintomatología depresiva, menos agrandamiento ventricular.

La anatomía patológica muestra una atrofia cerebral generalizada, progresiva e irreversible, con presencia de placas seniles periventriculares y degeneraciones neurofibrilares, cuya etiopatogenia nos la mostró el Dr. Ravens.

La psiquiatría es quien trata estas demencias, pese a su evolución progresiva, tanto con medicación especializada, como con una adecuada orientación socio-familiar y psicológica.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Ardila A. y Moreno Carlos.- Aspectos biológicos de la memoria Trillas 1978. Mexico.
- 2.- Bally Charles.- El lenguaje y la vida. Ed. Lozada. B. Aires 1972.
- 3.- Beteta Edmundo.- Afasias: estudio de las localizaciones.- 1er Congreso medico de Medicina de Rehabilitación de los Países del Pacto Andino. Lima 1980.
- 4.- Bloch Pedro.- Algunos aspectos de la Reh. de la Afasia.- XVI Congreso Internacional de Logopedia y Fonoaudiología. B. Aires 1971.
- 5.- Gard Don M.D. - The udal role of the reconstructive Surgeon.- The Cancer Bulletin, Vol 29 N° 2 1977.
- 6.- Kelly Dan Ph D.- Speech Rehabilitation of the laringectomized patient.- The Cancer Bulletin Vol 29 N° 2 1977.
- 7.- Osler Goeffrey.- Bases neurológicas del comportamiento humano.- Univ. de Columbia Marzo 1968.
- 8.- Quirós Bernaldo de: La Comunicación humana y su patología. Ares Buenos Aires Nov. 1966.
- 9.- Shelly Madge- Donadson Robert.- Glossectome Speech Rehabilitation XVI Congreso Internacional de Logopedia y Fonoaudiología. B. Aires Argentina 1971.
- 10.- Valdez Rodriguez José.- Protesis en Laringectomizados.- I Congreso Internacional de Cirugía de Cabeza y Cuello.- Lima Nov. 1980.
- 11.- Watzlawick J.- La Metacomunicación. Documenta Ciba-Geigy.- Foro Internacional para el médico 3/88.
- 12.- Wenger K. Nannette M.D. - Calidad de vida.- Squibb Miami 1984.
- 13.- Zumaeta Pablo.- Fenómenos Psiquiátricos en la Enf. de Alzheimer.- Bol. de la Soc. P. de Neurología. Vol III N'2.- Mayo 1992.

