

***I : \$%& . Interrelación, comunicación y observación
con la persona dependiente y su entorno***

Este manual es propiedad de:

EDITORIAL ELEARNING S.L.

Elaborado por: Equipo Editorial.

ISBN: 978-84-17446-45-1

DEPÓSITO LEGAL: MA 1429-2013

No está permitida la reproducción total o parcial del presente manual bajo cualquiera de sus formas gráficas o audiovisuales sin la autorización previa y por escrito de los titulares del depósito legal.

Impreso en España – Printed in Spain

Índice

Interrelación, comunicación y observación con la persona dependiente y su entorno

UD1

Identificación de los problemas de comunicación y lenguaje relacionados con los principales trastornos generales

1.1. Retardo mental.....	9
1.2. Parálisis cerebral infantil (PCI)	9
1.3. Autismo	10
1.4. Enfermedad de Parkinson	14
1.5. Alzheimer.....	14
1.6. Esclerosis lateral amiotrófica	18
1.7. Esclerosis múltiple.....	19
1.8. Deficiencias auditivas	19
1.9. Deficiencias visuales.....	20
1.10. Sordoceguera.....	21
1.11. Consideración por la situación específica de cada persona con problemas de lenguaje y comunicación.....	21
1.11.1. Trastorno en áreas motrices, cognitivas o en el lenguaje.....	24
1.11.2. Trastornos en la expresión y/o comprensión.....	27
1.11.3. Trastornos en el aprendizaje	29

UD2

Comunicación de las personas dependientes

2.1. El proceso de comunicación.....	39
2.1.1. Tipos de comunicación: Comunicación verbal y Comunicación no verbal...	43

2.1.2. Los estilos de comunicación	55
2.2. Necesidades especiales de comunicación.....	57
2.2.1. Discapacidad	58
2.2.2. Salud mental.....	60
2.2.3. Minorías étnicas.....	96
2.2.4. Otras situaciones especiales en comunicación	96
2.3. Problemas de comunicación y lenguaje.....	105
2.4. Estrategias y recursos de intervención comunicativa: Sistemas alternativos de comunicación. Concepto y clasificación	107
2.4.1. Clasificación de los SAAC	108

UD3

Aplicación de técnicas para favorecer la relación social y las actividades de acompañamiento

3.1. Estrategias de intervención en comunicación	117
3.1.1. Funciones del profesional en la relación de ayuda	119
3.1.2. Fases de la relación de ayuda	122
3.1.3. Condiciones que deben darse para una buena relación de ayuda	131
3.1.4. Técnicas que pueden facilitar la relación de ayuda.....	132
3.2. Proceso de selección del sistema alternativo de comunicación	134
3.3. Recursos comunicativos.....	134
3.3.1. La escucha activa.....	135
3.3.2. La empatía	137
3.3.3. La Asertividad	140
3.3.4. Habilidades de comunicación para dirigirse a un grupo.....	146
3.4. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas con deficiencias físicas, motrices y psíquicas.....	147
3.5. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas con deficiencias sensoriales	153
3.5.1. Trastornos auditivos.....	153
3.5.2. Trastornos visuales	160
3.5.3. Trastornos de sordoceguera	163

3.6. Ayudas técnicas en la comunicación alternativa y aumentativa. Ayudas técnicas para la información y la señalización.....	164
3.7. Técnicas de observación de la evolución general de la persona dependiente .	166
3.8. Sensibilidad ante los problemas de comunicación de las personas dependientes	167

|servicios socioculturales

UD1

Identificación de los problemas de comunicación y lenguaje relacionados con los principales trastornos generales

- 1.1. Retardo mental
- 1.2. Parálisis cerebral infantil (PCI)
- 1.3. Autismo
- 1.4. Enfermedad de Parkinson
- 1.5. Alzheimer
- 1.6. Esclerosis lateral amiotrófica
- 1.7. Esclerosis múltiple
- 1.8. Deficiencias auditivas
- 1.9. Deficiencias visuales
- 1.10. Sordoceguera
- 1.11. Consideración por la situación específica de cada persona con problemas de lenguaje y comunicación
 - 1.11.1. Trastorno en áreas motrices, cognitivas o en el lenguaje
 - 1.11.2. Trastornos en la expresión y/o comprensión
 - 1.11.3. Trastornos en el aprendizaje

|servicios socioculturales

1.1. Retardo mental

Según el DSM-IV, los criterios para el diagnóstico del retraso mental son:

- ↷ Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un coeficiente intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
- ↷ Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales / interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- ↷ El inicio es anterior a los 18 años.
 - ↳ El retraso mental leve es aquel en que el CI se sitúa entre 50-55 y aproximadamente 70.
 - ↳ El retraso mental moderado es aquel en que el CI se sitúa entre 35-40 y 50-55.
 - ↳ El retraso mental grave es aquel en que el CI se sitúa entre 20-25 y 35-40.
 - ↳ El retraso mental profundo es aquel en que el CI es inferior a 20-25.

1.2. Parálisis cerebral infantil (PCI)

Es un trastorno de carácter motor, responsable de alteraciones en la alimentación, habla y lenguaje en las personas que la padecen.

Las causas pueden ser genéticas, metabólicas, tóxicas, prematuridad, partos prolongados, traumatismos por fórceps, infecciones, intoxicación, incompatibilidad de Rh, etc.

Según donde se localice la lesión cerebral, la parálisis se puede clasificar en:

- ↷ Espástica: Se localiza en la corteza cerebral. Se caracteriza por:
 - ↳ Movimientos rígidos, bruscos y lentos.
 - ↳ Rostro inexpressivo.
 - ↳ Babeo involuntario.
 - ↳ Puños cerrados con desplazamiento lento y vacilante.
 - ↳ Articulación lenta, con escape nasal, vocales distorsionadas.

- ↻ Atetósica: Se localiza en los ganglios basales. Se caracteriza por:
 - ↳ Afectación en la lengua, músculos de masticación, respiración, articulación.
 - ↳ Movimientos involuntarios de la lengua.
 - ↳ Voz espasmódica.
 - ↳ Movimientos involuntarios sobre todo de manos y dedos.
- ↻ Atáxica: Se localiza en el cerebelo. Se caracteriza por:
 - ↳ Descoordinación en la marcha.
 - ↳ Incapacidad para caminar en línea recta.
 - ↳ Caminan de forma rígida por miedo a caídas.

Según la intensidad de la lesión, la parálisis cerebral se puede clasificar en:

- ↻ Leve: movimientos torpes pero con capacidad para la marcha y el habla.
- ↻ Moderados: dificultad acrecentada para la marcha y el habla.
- ↻ Severos: incapacidad para andar, lenguaje muy afectado.

1.3. Autismo

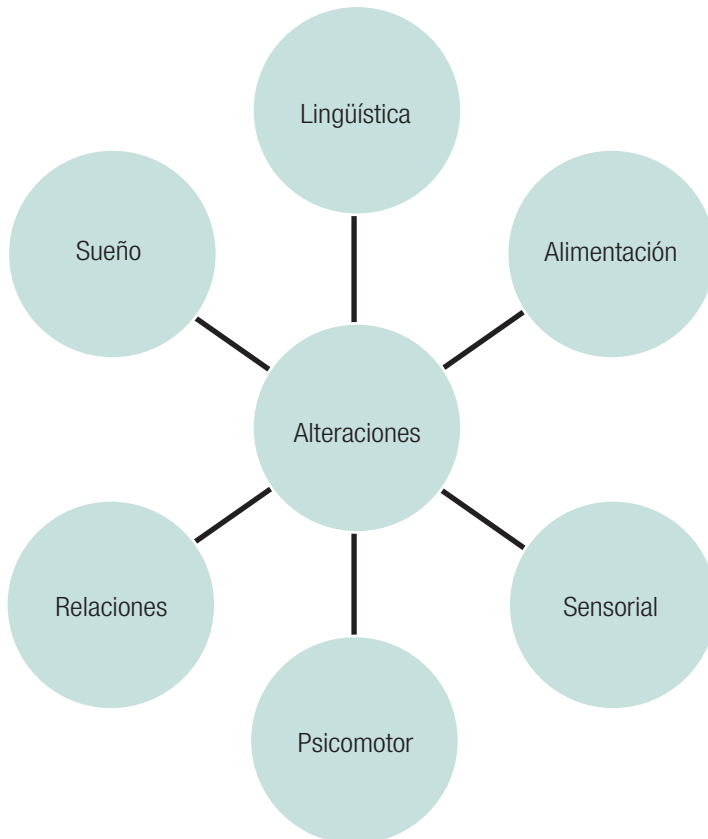
El autismo se clasifica como un trastorno generalizado del desarrollo y se manifiesta por alteraciones graves en las habilidades para la comunicación y para la interacción social.

Según el DSM-IV, los criterios para el diagnóstico del trastorno autista son:

- ↻ Existe un total de 6 o más ítems de 1, 2, 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:
 - ↳ Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.



- Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses, objetivos (por ejemplo, no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- Falta de reciprocidad social o emocional.



- ↪ Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

- Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- ↳ Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestado por lo menos mediante una de las siguientes características:
- Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - Manerismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - Preocupación persistente por partes de objetos.
- ↳ Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:
- ↳ Interacción social.
 - ↳ Lenguaje utilizado en la comunicación social.
 - ↳ Juego simbólico o imaginativo.
- ↳ El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Las causas del autismo pueden ser:

- ↳ Genéticas.
- ↳ Prenatal: rubeola, drogas, traumatismos, alimentación, etc.
- ↳ Perinatal: inducción, fórceps, anoxia, meningitis, etc.

A continuación se expone las alteraciones que se producen en el autismo en diferentes niveles:

- ↳ Lingüística:
- ↳ Alteración en la comprensión.
 - ↳ Lenguaje gestual limitado.
 - ↳ Inmadurez en la estructuración sintáctica.
 - ↳ Trastornos articulatorios.

- ↳ Voz monótona y apagada.
- ↳ Respuestas retardadas.
- ↳ Sensorial:
 - ↳ No reconocen su imagen corporal frente al espejo.
 - ↳ No sonríen al rostro humano.
 - ↳ Mirada vacía, inespecífica, periférica.
 - ↳ No mueven ojos ni cabeza al llamarles.
 - ↳ Reaccionan como si no oyesen.
- ↳ Psicomotor:
 - ↳ Hipotonía e hipertonía.
 - ↳ Movimiento motor estereotipado.
 - ↳ Retraso en habilidades motóricas.
 - ↳ Retraso psicomotor.
 - ↳ Carecen de movimientos anticipatorios.
 - ↳ Confusión de movimientos de imitación motora: izquierda-derecha, delante-detrás, arriba-abajo.
- ↳ Alimentación:
 - ↳ Rechazo del pecho o biberón.
 - ↳ Succión alterada.
 - ↳ Rechazo de la masticación.
 - ↳ Falta de apetito.
- ↳ Relación:
 - ↳ Desinterés.
 - ↳ Indiferencia.
 - ↳ Aspecto serio.
 - ↳ Rechazo del contacto físico.

- ↳ Carencia de respuestas sociales.
- ↳ Aislamiento en sí mismo.
- ↳ Reacciones emocionales inadecuadas.
- ↳ Ansiedad.
- ↳ Conducta socialmente inmadura y difícil.
- ↻ Sueño:
 - ↳ Insomnio precoz desde el tercer mes.
 - ↳ Terrores nocturnos.
 - ↳ Gritos y lloros en exceso.

En el lenguaje se dará una serie de alteraciones como:

- ↻ Leves retrasos en la sintaxis, pero no existen retrasos significativos.
- ↻ Pueden omitir algunos morfemas así como tener dificultades en sufijos temporales verbales.
- ↻ En la semántica las alteraciones son importantes, el área del conocimiento semántica está muy afectada. Los problemas más importantes se encuentran en el discurso y la conversación.
- ↻ Monotonía, inadecuación del volumen y ausencia de relación entre entonación y sonido.

1.4. Enfermedad de Parkinson

Se trata de una enfermedad degenerativa de las neuronas. El principal síntoma que presenta en lo que se refiere a la comunicación es disartria hipocinética, que se caracteriza por respiración limitada o desacompañada, falta de tono en los músculos laríngeos, problemas de articulación, etc. Tendrá tratamiento farmacológico, rehabilitador, atención psicológica e incluso intervención quirúrgica.

1.5. Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación. Lenta e inexorablemente, la enfermedad ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de gobernar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar.

El origen de la enfermedad es multifactorial, se debe a un conjunto de factores que se unen para provocar tal alteración neuronal. La causa determinante no se conoce con fiabilidad, se manejan numerosas hipótesis como las genéticas, infecciosas, tóxicas y las implicadas en la neurotransmisión, pero ninguna de ellas concluyentes. Se ha estado estudiando los factores que explican el deterioro del cerebro, lo cual no justifica la EA, sino su influencia en el proceso de la degeneración progresiva de las células cerebrales.

Estos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer

Alzheimer son:

- ↺ Edad. El 70% de los casos de Alzheimer tienen más de 65 años, a mayor edad se multiplican las probabilidades de padecer la EA.
- ↺ Herencia a nivel de alteración cromosómica. Al menos el 1% de los EA han tenido familiares con la enfermedad.
- ↺ Alteración genética, al menos de los genes 1, 14 o 21, actualmente se están estudiando indicios de mutaciones autosómicas en el gen 14 de la muestra de enfermos de Alzheimer.
- ↺ Trauma cranoencefálico, altera y destruye neuronas pudiendo provocar EA.
- ↺ Daño circulatorio cerebral como trombosis o isquemias, multiplica en 20 la severidad de los síntomas de la EA.
- ↺ Acumulación de radicales libres, los cuales pueden provocar muerte celular.
- ↺ Inflamación cerebral, puede destruir las neuronas aumentando la predisposición a la EA.
- ↺ Sexo, la EA se asocia con una mayor prevalencia en las mujeres, aunque esto puede ser debido a que las mujeres tienen más esperanza de vida.
- ↺ Educación; a mayor nivel educativo y actividad intelectual menos riesgo de padecer la enfermedad.
- ↺ Dieta; el colesterol, el azúcar y las grasas favorecen al desarrollo de la EA, al igual que el tabaco.

La enfermedad de Alzheimer, como todas las enfermedades degenerativas, va pasando por una serie de estadios o fases:

- ↺ FASE I: Inicial o leve. Es cuando el enfermo tiene necesidad de control, recordatorio y ánimo para llevar a cabo satisfactoriamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- ↺ FASE II: Intermedia o moderada. Se produce cuando el enfermo necesita ayuda parcial para la ejecución de dichas actividades.
- ↺ FASE III: Terminal, final o grave. El enfermo necesita de la suplencia, por parte de otra persona, para la realización de las actividades mencionadas.

Características de cada Fase

Características de la Fase I

↻ Memoria:

Olvida nombres de personas, olvida sus citas, teléfonos habituales, pero tiene una percepción subjetiva de la pérdida de memoria.

↻ Comportamiento:

Cambios de humor, se enfada cuando se da cuenta de que pierde el control de lo que le rodea.

↻ Lenguaje y Comprensión:

↪ Continúa razonando.

↪ Tiene problemas a la hora de encontrar las palabras para expresarse.

↪ Realiza frases más cortas.

↪ Mezcla ideas sin relación directa.

↻ Gestos y movimientos:

En esta fase aún no se aprecian cambios.

↻ Actividades cotidianas:

Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas.

Características de la Fase II

↻ Memoria:

↪ Memoria reciente disminuida.

↪ Desorientación témporo-espacial grave.

↪ No reconocimiento de personas, caras, lugares, objetos familiares.

↻ Comportamiento:

↪ Agresividad.

↪ Miedos.

↪ Alucinaciones.

↪ Deambulación continua, confusión entre el día y la noche, riesgo de salidas nocturnas.

- ↳ Fatigabilidad.
- ↳ Lenguaje y comprensión:
 - ↳ Conversación enlentecida.
 - ↳ No es capaz de acabar las frases.
 - ↳ Repite las frases.
 - ↳ Creación de palabras nuevas.
 - ↳ Verborrea incoherente.
- ↳ Gestos y movimientos:
 - ↳ Pierde el equilibrio.
 - ↳ Caídas espontáneas.
 - ↳ Necesita ayuda para deambular.
 - ↳ Pueden aparecer mioclonías.
 - ↳ Dificultad para realizar movimientos complejos o acciones secuenciales.
- ↳ Actividades cotidianas:
 - ↳ Confusión, alucinaciones, ilusiones.
 - ↳ Se viste mal.
 - ↳ Se pierde en trayectos habituales.
 - ↳ Pérdida de la actividad laboral extra e intradoméstica.
 - ↳ Alteración frecuente del patrón del sueño.
 - ↳ Aparición de incontinencia.
 - ↳ Modificación de la sexualidad, pudiendo aparecer hiperactividad y desinhibición.

Características de la Fase III

- ↳ Memoria:
 - ↳ Pérdida de la memoria reciente.
 - ↳ Pérdida de la memoria remota.

- ↳ No reconoce a su cónyuge, hijos, ...
- ↳ Sólo conserva la memoria emocional.
- ↻ Comportamiento:
 - ↳ Lloro con mucha facilidad.
 - ↳ Se agita.
 - ↳ Grita.
- ↻ Lenguaje y comprensión:
 - ↳ Al principio de la fase balbuceo, luego desconexión con la realidad.
- ↻ Gestos y movimientos:
 - ↳ No controla sus gestos.
 - ↳ Le cuesta tragar.
 - ↳ Se atraganta.
 - ↳ No controla esfínteres: incontinencia urinaria y fecal.
- ↻ Actividades cotidianas:
 - ↳ Desaparecen totalmente.
 - ↳ La persona se encuentra encamada.
 - ↳ La alimentación suele ser por sonda.

1.6. Esclerosis lateral amiotrófica

Se trata de una enfermedad degenerativa progresiva del sistema nervioso central que se caracteriza por una degeneración progresiva de las neuronas motoras de la corteza cerebral, tronco-encéfalo y médula espinal.

Tiene como consecuencia la debilidad muscular que avanza hasta la parálisis extendiéndose por diferentes regiones corporales. Repercute en la comunicación oral, la respiración, la autonomía motora y la deglución y se mantienen intactos los sentidos, el intelecto y los músculos de los ojos.

La clínica aparece de forma localizada en cualquiera de las cuatro extremidades o en la región cefálica y puede llegar a producir parálisis progresiva de toda la musculatura esquelética en un plazo aproximado de 2 a 5 años.

Los principales signos y síntomas que aparecen son:

- ↪ Debilidad muscular.
- ↪ Atrofia muscular.
- ↪ Fasciculaciones.
- ↪ Calambres musculares.
- ↪ Hipotonía y arreflexia.
- ↪ Espasticidad.
- ↪ Labilidad emocional.

1.7. Esclerosis múltiple

Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central. Sus principales síntomas son la pérdida de fuerza y las alteraciones de la sensibilidad y de la coordinación de los movimientos y sentidos. Existen tratamientos paliativos tanto rehabilitador como psicológico.

1.8. Deficiencias auditivas

Los trastornos auditivos son las disfunciones o alteraciones cuantitativas en una correcta percepción auditiva.

Una de las vías de adquisición del lenguaje es la audición, por lo que está unida al desarrollo del lenguaje. Si la hipoacusia aparece en la infancia tendrá efectos no solo sensorialmente sino también a nivel cognitivo, afectivo y comunicativo. Sin embargo, si aparece cuando el lenguaje ya ha sido adquirido, se mantendrá el lenguaje interno por la maduración neurológica que se tiene.

Para valorar la hipoacusia es necesario saber:

- ↪ El momento de la aparición.
- ↪ El grado de pérdida auditiva.

Según el grado de pérdida auditiva se puede clasificar las hipoacusias en:

- ↪ Hipoacusia leve: la pérdida es inferior a 40 dB. No conlleva alteraciones significativas en la adquisición y desarrollo del lenguaje ni en la vida social.
- ↪ Hipoacusia moderada: La pérdida está entre 40 y 70 dB. Entraña dificultades en la comprensión y en el desarrollo del lenguaje. La palabra hablada no se percibe salvo

que se emita a una intensidad alta. Será necesario el apoyo de la lectura labial y de audífonos.

- ↳ Hipoacusia severa: la pérdida se sitúa entre 70 y 90 dB. Se perciben algunos sonidos, pero se está incapacitado para la adquisición de lenguaje espontáneo. La persona no escucha su propia voz salvo que lo haga a intensidades muy elevadas. Se utiliza la lectura labial y es imprescindible el uso de audífonos. Será necesario el apoyo logopédico para desarrollar el lenguaje.
- ↳ Hipoacusia profunda: la pérdida es superior a 90 dB. Si afecta a los dos oídos y se produce antes de la adquisición del lenguaje se acompañará de mudez si el niño no recibe atención logopédica ni emplea prótesis auditiva.
- ↳ Cofosis: pérdida total de la audición. El lenguaje no se puede adquirir por vía oral pero sí por vía visual.

1.9. Deficiencias visuales

La deficiencia visual es una alteración permanente en los ojos, en las vías de conducción del impulso visual o en la corteza cerebral, que produce una disminución patente en la capacidad de visión.

La vista, a través de las impresiones luminosas, volúmenes, formas, colores, tamaños, movimientos, etc. permite a las personas conocer. Por lo cual, la carencia o disminución de la visión provoca que la representación de la realidad sea diferente.

Para valorar la deficiencia visual, se tienen en cuenta factores como el momento de aparición y el grado de pérdida.

En función del grado de la pérdida visual, las deficiencias visuales se clasifican en:

- ↳ Debilidad visual: El residuo visual es superior al 30%. Esto permite la escolarización, aunque a veces será necesario adaptar el material.
- ↳ Hipovisión profunda: El residuo visual se sitúa entre el 20 y el 30%. Los volúmenes se ven definidos y los colores se perciben nítidamente. La visión de cerca permite la escolarización aunque emplean la electro escritura en negro. Podrán leer grandes titulares, un esquema, mayúsculas, etc.
- ↳ Ceguera parcial: el residuo visual se sitúa entre el 10 y el 20%. Permite la orientación a la luz y la percepción de masas aunque no están bien definidas. Esto facilita la deambulaci3n autónoma y un cierto grado de conocimiento del entorno exterior. La visi3n de cerca es insuficiente para actividades escolares y la vida laboral.
- ↳ Ceguera total: no hay ningún tipo de visi3n, no se ve ninguna imagen ni luz.

