

ARTÍCULO ORIGINAL

Diseño de un protocolo de evaluación en el área del lenguaje para usuarios con demencia tipo I y II.

Design of an evaluation protocol in the area of language for users with dementia type I and II.

Peñaloza-Montano, Zayda-Rocio¹; Rodríguez-Quiñones, Daniela²

Como citar este artículo: Peñaloza-Montano, Zayda-Rocio; Rodríguez-Quiñones, Daniela. Diseño de un protocolo de evaluación en el área del lenguaje para usuarios con demencia tipo I y II. Revista Científica Signos Fónicos. 2020: 6 (1). 74-83.

Recibido: enero 15, 2020 **Aprobado:** abril 18, 2020.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Esta investigación tiene como fin el diseño de un protocolo de evaluación del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer fase I y II específicamente para el abordaje fonoaudiológico. El siguiente estudio se enfocó principalmente en los componentes semántico-léxico y pragmático. **MÉTODOS:** Esta propuesta se realiza una creación de un diseño para la estructura del protocolo de evaluación del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer en su fase I y II, donde contará con una valoración que se da por instrumentos de evaluación. **RESULTADOS:** Diseño del protocolo de evaluación del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer en su fase inicial y media, el cual tiene como objetivo la evaluación del lenguaje en sus componente semántico y pragmático ya que serán alterados por esta enfermedad. **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:** La etapa del envejecimiento como proceso normal en el ser humano presenta diversas modificaciones de los procesos cognitivos superiores entre esos el lenguaje, estos cuadros clínicos son mucho más marcados cuando existen patologías de base, las cuales generan serios trastornos en la comprensión yo del mismo. El fonoaudiólogo como profesional de comunicación debe contar con las herramientas que le permitan de forma más detallada la evaluación de estos aspectos. **CONCLUSIONES:** Los profesionales en fonoaudiología debemos estar preparados para los cambios constantes que se están generando en la población contando con las herramientas de evaluación e intervención que permitan mejorar la calidad de vida de los usuarios.

¹Fonoaudióloga, Especialista en Psicopedagogía Especial, fonorocio@unipamplona.edu.co, Universidad de Pamplona- Pamplona, Colombia.

²Practicantes, danielarq08@gmail.com, Orcid: 0000-0002-1491-6656, Universidad de Pamplona- Pamplona, Colombia.



PALABRAS CLAVE: demencia, enfermedad de alzheimer, fonoaudiología, evaluación, comunicación y lenguaje.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The purpose of this research is to design a language evaluation protocol for type I and II Alzheimer's disease for the phonoaudiological approach. The following study focuses mainly on the semantic-lexical and pragmatic components. **METHODS:** This proposal is a creation of a design for the structure of the language evaluation protocol in Alzheimer's disease in its phase I and II, where it will have an assessment that is given by assessment instruments. **RESULTS:** Design of the language evaluation protocol in Alzheimer type dementia in its phase II and II, which aims to evaluate the language in its semantic and pragmatic components as they will be altered by this disease. **ANALYSIS AND DISCUSSION:** The stage of aging as a normal process in humans presents several changes in the higher cognitive processes among this language, these clinical pictures are much more marked when there are underlying pathologies, which generate serious disturbances in the understanding of the same. The speech therapist as a communication professional must have the tools that allow a more detailed assessment of these aspects. **CONCLUSIONS:** The professionals in phonoaudiology must be prepared for the constant changes that are being generated in the population, counting on the evaluation and intervention tools that allow to improve the quality of life of the users.

KEY WORDS: dementia, alzheimer disease, phonoaudiology, evaluation, communication and language.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es la continuación de una indagación en la cual su resultado nos arrojó que no existía un test o protocolo donde se evaluara el lenguaje de forma más específica en la demencia desde el área de la fonoaudiología, es por esto que teniendo en cuenta la definición de la demencia y la enfermedad de Alzheimer, se plantea la pregunta problema de dicha investigación que es ¿Qué aspectos se deben tener en cuenta al evaluar el lenguaje en adultos con demencia tipo Alzheimer? Donde el objetivo de esta investigación es diseñar una propuesta de evaluación del lenguaje bajo una perspectiva fonoaudiológica para pacientes que presenten demencia tipo Alzheimer en sus etapas leve y media, es importante el abordaje en este tema ya que el lenguaje se ve significativamente afectado puesto que se alteran la comprensión y expresión lingüística, lo que produce que el usuario que presenta dicha enfermedad posea dificultad para producir textos orales y/o escritos con adecuada coherencia, cohesión, y también en la imposibilidad de comprenderlos (1),(2).

El término de demencia se define como un grupo de síntomas que están relacionados con la pérdida de la memoria o el deterioro de las capacidades cognitivas y la afectación para el desenvolvimiento social, el cual interfiere significativamente en la vida cotidiana ya que lenguaje se ve afectado puesto que la demencia altera lo que son las funciones de comprensión y expresión lingüística (3), (4), (5).

Su etiología es muy variada y se da por el daño de neuronas, las cuales pueden ocurrir en las diferentes áreas del cerebro. Para la clasificación de las demencias que son progresivas y no reversibles se hallan: La enfermedad de Alzheimer (si bien la causa de la enfermedad de Alzheimer se desconoce, suelen encontrarse dos estructuras anormales llamadas placas y ovillos en los cerebros de las personas con esta

enfermedad.), demencia vascular (se da por los problemas de los vasos sanguíneos que pueden ser consecuencia de un accidente cerebrovascular o de otras enfermedades de los vasos sanguíneos.), demencia con cuerpos de Lewy (se presenta por la acumulación anormal de proteínas.), demencia frontotemporal (se trata de un grupo de enfermedades caracterizado por la fragmentación (degeneración) de neuronas de los lóbulos frontal y temporal del cerebro, pero aún se desconoce su etiología.) y demencia mixta (se llevan a cabo estudios para determinar de qué manera el hecho de tener demencia mixta afecta los síntomas y los tratamientos) (2),(6),(7),(8),(9).

MÉTODOS

Para esta propuesta se utilizó un diseño cuanti-cualitativo técnico y estratégico de tipo descriptivo de CAA para adulto mayor con demencia tipo Alzheimer en su fase I y II, esta propuesta presenta criterios de inclusión y exclusión los cuales se adaptan a las características y necesidades de este tipo de usuarios estos se presentan en la Tabla 1, cuyo objetivo es evaluar de forma más específica en la demencia tipo Alzheimer el componente semántico y pragmático evocando el recuerdo por medio de imágenes de alta frecuencia, organizados en un documento.

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión para la demencia tipo Alzheimer fase I y II.

Inclusión	Exclusión
1. El usuario debe estar diagnosticado clínicamente con demencia tipo Alzheimer.	1. El usuario no tenga un diagnóstico clínico con demencia tipo Alzheimer.
2. La enfermedad de Alzheimer debe ser de tipo I y II.	2. La enfermedad de Alzheimer no debe de tipo III.

Fuente: Autores.

RESULTADOS

El siguiente protocolo tiene como objetivo la evaluación del lenguaje principalmente por su componente semántico y pragmático en usuarios con demencia tipo Alzheimer en su fase inicial y media, puesto que estos componentes son los primeros que presentan una alteración en la comunicación de dichos usuarios, se tiene en cuenta las características (fallas en la pérdida de memoria episódica reciente, memoria remota, memoria semántica, trastornos del discurso, discreta anomia que se confunde con la amnesia, defectos de la expresión parafasias (fonémicas o semánticas y por ultimo fallas en la comprensión)) que presenta el adulto mayor en esa fase I y II de esta enfermedad.

El examinador contará con el protocolo el cual cuenta con una hoja para el registro de los datos personales del usuario, también contará con las instrucciones y materiales necesarios para realización de la evaluación. La estructura de esta prueba está compuesta por 16 ítems donde cada ítem evaluado será valorado como “correcto” o “incorrecto”. A continuación, en la Tabla 2 se puede apreciar el ítem y la parte a evaluar (10).

TABLA 2. Composición del protocolo.

Ítems	Parte
Comprensión Auditiva	I. Discriminación auditiva y visual.
	II. Discriminación auditiva y denominación
	III. Comprensión auditiva.
	IV. Comprensión auditiva y razonamiento.
	V. Órdenes simples y complejas.

Memoria Semántica	I.	Lenguaje automático.
	II.	Completar de frases
	III.	Denominación.
Expresión Lectora	I.	Asignación de fonema – grafema.
	II.	Lectura de sílabas.
	III.	Lectura de palabras.
Escritura	I.	Dictado de palabras.
	II.	Dictado de frases.
Expresión Espontánea	I.	Habla inducida.
	II.	Conversación inducida.
	III.	Lenguaje espontáneo.

Fuente: Autores.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para nuestra actual exploración nos enfocaremos en la enfermedad de Alzheimer, la cual es la causa más frecuente de demencia. Clínicamente se manifiesta como un síndrome, caracterizado por alteraciones en las funciones intelectuales (memoria, lenguaje, atención, concentración, praxias, gnosias, funciones visuoespaciales y capacidades ejecutivas), frecuentemente acompañado de alteraciones psicológicas y de conducta, la cual se interpreta en la alteración en el funcionamiento del enfermo con respecto al nivel que tenía previamente, provocando situaciones de desadaptación social, laboral, familiar, etc., y la dependencia para casi todas las actividades de la vida diaria (11),(12),(13).

Como se mencionó anteriormente, la enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar (14), (15), (16).

Su etiología es desconocida, pero si bien las autopsias muestran que la mayoría de las personas desarrolla algunas placas y ovillos con la edad, las personas con Alzheimer tienden a desarrollar muchos más y con un patrón predecible, que comienza en las áreas importantes para la memoria, antes de avanzar hacia otras regiones (17).

Los científicos desconocen la función exacta que estas estructuras anormales desempeñan en personas con esta afectación, la mayoría de los expertos cree que, de alguna forma, desempeñan una función crítica en bloquear la comunicación entre las células nerviosas y alterar los procesos que las células necesitan para sobrevivir (18).

En dicha enfermedad se reconocen tres fases en cuanto a su evolución, la etapa temprana es la primera fase, en la cual destacan las fallas en la pérdida de memoria episódica reciente (se comprueba al interrogar sobre sucesos recientes o con pruebas de aprendizaje de series de palabras), de la atención-concentración (inversión de series, retención de cifras), memoria remota (sucesos históricos o biográficos), memoria semántica (enumerar animales en 60 segundos), aprendizaje procedural y de la capacidad ejecutiva o de juicio, también pueden existir trastornos del discurso: imprecisión o perseverancia en el contenido, faltas de coherencia, dificultades en la comprensión de discursos de cierta complejidad, discreta anomia que se confunde con la amnesia.

La segunda fase corresponde a una etapa media donde se agregan las afasias, donde nos guiamos por los defectos de la expresión, una anomia evidente y especialmente parafasias (fonémicas o semánticas); la

comprensión puede fallar desde la primera etapa por defectos de atención o memoria. La progresión de los trastornos del lenguaje, en el curso de varios años, suele ir de afasia amnésica a afasia de Wernicke (a veces sensorial transcortical) y a afasia global; es excepcional encontrar una afasia de Broca.

También incluyen las apraxias, donde las primeras son la ideatoria y la constructiva; en una segunda etapa avanzada se agregan las apraxias ideomotora y del vestir; por último, se vinculan los primeros elementos del síndrome de Gerstmann que suelen ser la acalculia (especialmente en la solución de problemas) y los trastornos de la escritura; a veces pobreza o incoherencia del discurso escrito, otras veces una agrafia lingüística (que generalmente precede a la afasia en el lenguaje oral).

Por último, se asocian la desorientación derecha-izquierda y la agnosia digital. La tercera y última fase es la etapa final, donde las alteraciones del tono muscular pueden ser precoces, en el sentido de una paramimesis; pero en la segunda etapa se agregan paratonía y luego rigidez.

Junto a esto se pierde la agilidad, le cuesta entrar y salir de un vehículo, la marcha se hace insegura, a pasos cortos, con giros descompuestos, con escaso braceo; existe parkinsonismo. Luego el paciente requiere ayuda, corre riesgo de caer, y finalmente queda postrado en cama. Paralelamente ha ido perdiendo el control de esfínteres, el lenguaje se reduce, y termina postrado, debiendo ser movilizado, aseado y alimentado (14), (19).

En cuanto al lenguaje en estos usuarios se presenta una rápida progresión de los problemas del lenguaje desde la fase inicial. Varios estudios sobre los déficits lingüísticos en esta enfermedad demuestran que ocurren incluso de forma paralela a las alteraciones propias del deterioro cognoscitivo leve.

Estos incluyen fallas en la fluidez verbal, especialmente en la de tipo categorial, y en la denominación por confrontación visual; así como en una variedad de otras tareas específicas del lenguaje: la comprensión de material ideativo complejo, el razonamiento sintáctico, las pruebas semánticas que comportan decisión léxica, la categorización y la codificación semánticas, entre otros (20), (21), (22), (23). Las principales características de la fase I (Tabla 3) y II (Tabla 4) de la enfermedad de Alzheimer se pueden observar a continuación:

TABLA 3. Descripción cualitativa de la comunicación en demencia tipo Alzheimer en su fase I.

	Semántica	Sintáctica	Fonológica	Pragmática	Lectoescritura
Comprensión	Dificultad para comprender oraciones de contenido complejo (Ej., analogías, doble sentido, humor). Comprensión de ideas simples conservada.	Dificultad leve para comprender oraciones de organización extensa y/o compleja.	Recuperación conservada de forma léxica fonológica.	Olvido ocasional de su interlocutor. Pérdida de preguntas y referencias del narrador.	Comprensión lectora conservada para contenidos simples.
Expresión	Dificultad para recuperar palabras en conversación espontánea. Lenguaje fluido, pero poco concreto. Sustitución de	Estructura sintáctica conservada. Repetición afectada para oraciones largas.	Sistema fonológico conservado.	Disminución en tiempo y contenido del discurso. Divagación y tópico difuso. Olvido, reiteración e	Escritura alterada en la forma (ej., pérdida de acentuaciones, disortografía).

palabras (parafasias semánticas, uso de circunloquios).	ideas incompletas en la conversación. Auto monitoreo y autocorrección.
---	--

Fuente: Autores.

TABLA 4. Descripción cualitativa de la comunicación en demencia tipo Alzheimer en su fase II.

	Semántica	Sintáctica	Fonológica	Pragmática	Lectoescritura
Comprensión	Dificultad moderada para recuperar palabras en conversación espontánea y en tareas específicas. Comprensión escasa de frases de contenido complejo.	Comprensión de oraciones sintácticamente simples. Disminución en la comprensión de secuencias y series.	Escaso recobro de la representación auditiva de la palabra. Dificultades en el procesamiento del lenguaje oral.	Olvido del interlocutor. Incomprensión de rasgos intencionales de la conversación.	Lectura en voz alta conservada, pero sin atribución de sentido. Comprensión lectora alterada para mensajes de alta complejidad gramatical.
Expresión	Dificultad para tareas de nominación y categorización (aunque mejora con claves). Aumento y predominio de parafasias semánticas. Reducción del vocabulario expresivo.	Producción verbal con formas sintácticas reconocibles, pero cortas. Se mantienen morfemas sintácticos. Repetición afectada para oraciones simples. Omisión de conectores y palabras funcionales de la oración. Conservación de estereotipos verbales sociales (Ej., saludo).	Confusión ocasional de patrones de pronunciación. Parafasias fonológicas (cambios de sonidos dentro de una palabra).	Frases inacabadas. Repetición de ideas en la conversación. Olvido de su interlocutor. Pérdida del tópico y abandono de la conversación. Automonitoreo y autocorrección poco frecuentes. Ecolalia. Limitación en la toma de turnos en la conversación.	Escritura de palabras y frases cortas. Reducción de la variedad de elementos en la redacción. Dificultad para iniciar de forma espontánea la escritura.

Fuente: Autores.

El fonoaudiólogo trabaja desde un enfoque biopsicosocial y multidisciplinario, utilizando diversos procedimientos de evaluación basados en la experiencia profesional y con enfoques centrados en las necesidades del usuario. La terapia se centrará en los aspectos comunicativos, con el objetivo de mantener, activar y/o rehabilitar el lenguaje, habla, voz y deglución (24), (25.) Finalmente, teniendo en cuenta que no hay un protocolo o test de evaluación del lenguaje en la demencia desde un campo exclusivamente fonoaudiológico, se determina la creación de un diseño de protocolo para la evaluación de la demencia tipo Alzheimer en su fase I y II en el área del lenguaje enfocándonos principalmente en

sus componentes semántico, léxico y pragmático, ya que son los primeros alterados en esta enfermedad.(26)

CONCLUSIONES

- Los profesionales en fonoaudiología deben estar preparados para los cambios constantes que se están generando en la población contando con las herramientas de evaluación e intervención que permitan mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Este diseño de protocolo permite evaluar en las características comunicativas de la demencia tipo Alzheimer fase I y II, para así poder detectar si se presenta o no una alteración en la comunicación.
- La continuación de esta investigación deberá contemplar adaptaciones para este protocolo y la aplicación en contextos reales, lo cual permitirá evaluar la eficacia del diseño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez J. Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos. Leng y Habl . 2013;17: 253–67.
2. Perez-Reyes, Ginna Viviana; Carvajal-Villamizar, Yuliana-Mercedes; Guio-Matheus, Lina-Maria. Aplicación de herramientas de la comunicación y sistemas de comunicación en el lenguaje. Revistas Científica Signos Fónicos. 2017; 3 (2). 63-82. <https://doi.org/10.24054/01204211.v2.n2.2017.2916>.
3. Organización Mundial de la Salud. Demencia. 2017 dic 12. [citado 2019 Mar 04]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Pérez M. A. La demencia: diagnóstico y evaluación. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2005; 10:6-9.
5. Llibre J, Gutiérrez R F. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2014; 40(3): 378-387.
6. Fundación Alzheimer España. Clasificación de las demencias. 2015. (Actualizado 2015; el acceso en el año 2019 04 de marzo).
7. De la Vega R, Zambrano, A. Clasificación etiológica de las demencias. [en línea]. Circunvalación del Hipocampo. (Actualizado 2007; el acceso en el año 2019 04 de marzo).
8. Donoso S., Archibaldo; Vásquez V., Carolina. Deterioro Cognitivo y Enfermedad de Alzheimer: Presentación de dos Casos Revista de Psicología. 2002; 11:9-16.
9. Donoso A. Deterioro y demencia. Orientación para médicos no especialistas. Cuad. Neuropsicol. 2007; 1(2): 115 – 126.
10. Martínez A, Torres A, Jaramillo M, Pérez D. Propuesta de protocolo de las habilidades lógico-matemáticas en niños de 4 a 7 años. Revista Científica Signos fónicos. 2018. 3. 1-2.
11. Barton JR. Tema central. Sustentabilidad urbana como planificación estratégica. Rev eure. 2006; XXXII (1):27–45.
12. Díaz SG, Josefa M, Díaz G, Rabadán MM, María L, Díaz P. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica. 2013; 36-40.
13. Muñoz N, Mora E. Enfermedad de alzheimer seguimiento y consejos farmacoterapéuticos. 2009;

14. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2003; 41(2): 13-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>.
15. Carvajal-Villamizar, Yuliana-Mercedes. Actitudes de los docentes y estudiantes hacia las personas con discapacidad en una institución pública. Revistas Científica Signos Fónicos. 2019; 5 (1). 30-44, <https://doi.org/10.24054/01204211.v1.n1.2019.3979>
16. Navarro M., Jiménez L., García M, Perosanz M, Blanco E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Gerokomos. 2018;29(2): 79-82.
17. Dalglish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Factores biopsicosociales en la demencia tipo alzheimer. J Exp Psychol Gen. 2007;136(1):23-42.
18. Alzheimer's association. ¿Qué es el Alzheimer?. (Actualizado 2018; el acceso en el año 2019 05 de Marzo).
19. Albert M J, Martínez R, Gutiérrez A, Hakim D, Pérez G. Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Farm. 2014; 48(3): 508-518.
20. Jaramillo JH. Dementia: language problems as early symptoms. Acta Neurol Colomb. 2010;26(3):101-11.
21. Samper J A, Libre J J, Sánchez C, Sosa S. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. Rev haban cienc méd. 2011;10(1):27-36.
22. Martínez-Siza, Diana-Carolina. Creencias de los docentes acerca de la educación inclusiva: un estudio fenomenológico. Revistas Científica Signos Fónicos. 2019; 5 (1). 45-59, <https://doi.org/10.24054/01204211.v1.n1.2019.3980>
23. Rodríguez J, Martínez H, Valles B. Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos. Revista de Investigación en Logopedia [en línea] 2015; 40-59.
24. Mardones MC. Characterization of Speech Therapist's Intervention in Patients with Alzheimer's Disease in Chile ; Caracterización de la intervención fonoaudiológica en la demencia tipo Alzheimer en Chile. 2015;(56 9):15-26.
25. Pontificia Universidad Católica de Chile. Rol del fonoaudiólogo en personas con enfermedades neurodegenerativas. (Actualizado 2016 mayo 26; el acceso en el año 2019 04 de marzo).
26. Beleño-Melo; Betsy-Patricia. Calidad de vida en la inclusión educativa de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Revistas Científica Signos Fónicos. 2019; 5 (1). 60-72, <https://doi.org/10.24054/01204211.v1.n1.2019.3982>