

Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos

Dementia: language problems as early symptoms

Janeth Hernández Jaramillo

RESUMEN

Las enfermedades demenciales comunes en las personas de edad, generan angustia en los pacientes y en sus familias, y un alto costo para la sociedad. El diagnóstico temprano, los avances en el tratamiento y la identificación futura de su causa, pueden reducir su impacto negativo. El reconocimiento de los marcadores cognitivos tempranos de la demencia se ha centrado en la memoria episódica y en la orientación espacio-temporal; no obstante, investigaciones recientes sugieren que la memoria semántica está también alterada en su fase preclínica. El deterioro comunicativo que puede constituirse en una limitación para el manejo clínico y terapéutico también representa un marcador de deterioro cognoscitivo, aporta al diagnóstico diferencial y permite predecir, el grado de severidad de la demencia. Es importante estimar la disminución sutil de las habilidades lingüísticas en las primeras etapas de la demencia, con una herramienta sensible para el diagnóstico. La intervención comunicativa temprana es útil. Pero se requieren más investigaciones interdisciplinarias en comunicación, deterioro cognoscitivo y demencia.

PALABRAS CLAVES. Enfermedad de Alzheimer, Demencia, Lenguaje, Comunicación, Fonoaudiología.

(Janeth Hernández Jaramillo. Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. Acta Neurol Colomb 2010;26:Sup (3:1):101-111).

SUMMARY

Dementia is a common disease in older people; who generates anxiety in patients and their families and a high cost to society. With early diagnosis and progress in the treatment of its symptoms in the present and probably his cause in the future may be possible to reduce its negative impact. The search for early cognitive markers of dementia has focused on episodic memory and spatial-temporal orientation; however, recent research suggests that semantic memory is also impaired in its preclinical phase. Besides the fact that the deterioration of communication could be a limitation for the clinical management and therapy, it is suggested that communication disturbances in dementia are prevalent, representing a marker of cognitive impairment, contribute to differential diagnosis, and predict, together with others, the degree of severity of dementia. The challenge perhaps is to estimate the subtle decline in language abilities in the early stages of dementia, with a sufficiently sensitive tool for this. It recognizes the benefits of early communication intervention and the importance of developing interdisciplinary research in communication and dementia.

KEY WORDS. Alzheimer disease, dementia, language, communication, speech and language pathologist.

(Janeth Hernández Jaramillo. Dementia: language problems as early symptoms. Acta Neurol Colomb 2010;26:Sup (3:1):101-111).

Recibido: 2/08/10. Revisado: 17/08/10. Aceptado: 27/08/10.

Janeth Hernández Jaramillo, Fonoaudióloga, Magister en Discapacidad e Inclusión Social, Universidad Nacional de Colombia. Programa Oficial de Posgrado en Neurociencias Cognitivas y Necesidades Educativas Específicas de la Universidad de La Laguna, Universidad de Valencia y Universidad de Almería, España. Profesora principal de carrera y miembro del Grupo de Investigación Rehabilitación e Inclusión Social de la Persona con Discapacidad de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.

Correo electrónico: blanca.hernandez@urosario.edu.co

Revisión

INTRODUCCIÓN

La demencia está compuesta por diversas y múltiples deficiencias cognitivas que incluyen el deterioro de la memoria a corto y largo plazo y, por lo menos, una de las siguientes: afasia, apraxia, agnosia y alteración del funcionamiento ejecutivo (1). Aunque los perfiles cognoscitivos de los individuos diagnosticados con demencia suelen variar según la etiología, el grado de deterioro debe interferir con el funcionamiento social y ocupacional. La causa más común de demencia es la Enfermedad de Alzheimer (EA), que representa dos tercios de todos los casos (2). Otras causas comunes son: infartos múltiples, cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson. Entre las menos usuales están las Enfermedades de Pick, de Creutzfeldt-Jakob, de Wilson, de Huntington y la parálisis supranuclear progresiva. Aunque estas condiciones son irreversibles, la demencia puede estar asociada con condiciones potencialmente reversible tales como: infección, hidrocefalia de presión normal, enfermedad tiroidea, depresión, y toxicidad por medicamentos. La demencia es más frecuente en los adultos mayores, en la medida en que la EA y otras están relacionadas con la edad. Debido a que la población de más 65 años están entre 3% y 20% en el 2030, las personas con problemas de comunicación asociados a demencia serán todavía más (3).

En la medida en que disminuye la memoria y otras funciones cognitivas, se afecta inexorablemente la capacidad para comprender y producir información lingüística. Además, los problemas del comportamiento que se desarrollan como resultado de la neuropatología interfieren con la comunicación; entre ellos, las paranoias, las alucinaciones y las conductas repetitivas. Las personas en fases iniciales de demencia, pueden olvidar rápidamente lo que han escuchado, visto o pensado recientemente, a menudo pierden el tópico y repiten el contenido de sus mensajes y, en consecuencia, tienen dificultad para seguir una conversación. Los individuos en la etapa intermedia de la enfermedad, que suelen estar desorientados en tiempo y espacio y tienen graves episodios de déficits de memoria, presentan dificultad para recordar hechos recientes; por tanto, su producción verbal es reducida, menos elaborada y de menor efectividad (4). En las etapas finales de la demencia, las personas tienen serios problemas de percepción, atención, codificación, recuperación de

información y sus funciones ejecutivas se ven gravemente comprometidas; razón por la cual, para este momento, ya no cuentan con la capacidad para cuidar de sí mismos. En la etapa avanzada de la enfermedad, la memoria semántica o el conocimiento conceptual resulta muy deteriorado o incluso inaccesible; las habilidades lingüísticas de nombrar, describir, escribir y conversar se ven gravemente comprometidas (5). Gran parte de la producción verbal de las personas al final del curso de la demencia carecen de sentido, y muchos de ellos son incapaces de comunicar sus necesidades básicas.

Rol de la fonoaudiología en demencias

Los fonoaudiólogos tienen un papel primordial en la detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento, educación y consejería de los adultos con desórdenes cognitivo-comunicativos asociados a demencia (6). Cuando la demencia es causada por una enfermedad progresiva, como generalmente ocurre, la reevaluación periódica y los ajustes a los planes de intervención son esenciales para satisfacer las necesidades cambiantes de las personas afectadas.

Hoy son varios los instrumentos estandarizados disponibles con fiabilidad demostrada para la detección de la demencia. Estos instrumentos suelen contener elementos que permiten la identificación de problemas de memoria episódica y de orientación en tiempo, lugar y persona. Desde luego, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM por su sigla en inglés) es el instrumento a partir del cual se pueden identificar áreas problemáticas del funcionamiento de los individuos que requieran una evaluación más profunda. Una vez se determina el deterioro cognitivo, debería incluirse una evaluación completa de la función comunicativa. El objetivo de esta evaluación es establecer el máximo nivel de funcionamiento del que es capaz el paciente. El proceso de selección de las pruebas para la evaluación integral del habla y el lenguaje debe incluir información sobre la validez y la fiabilidad de los resultados obtenidos con su aplicación. Los fonoaudiólogos utilizan herramientas de valoración válidas, que han demostrado caracterizar en gran medida las fortalezas y las debilidades cognitivo-comunicativas, incluyendo la comprensión y expresión del lenguaje, y sistemas de memoria procedural declarativa y no declarativa. Además de las habilidades puramente

verbales, deben identificarse las barreras culturales, ambientales y lingüísticas que puedan estar restringiendo el funcionamiento comunicativo (7). En la aplicación de las pruebas se tiene que considerar el nivel de compromiso de las habilidades cognitivas y de la comunicación; ya que algunas de ellas resultan demasiado difíciles para las personas con demencia y no proporcionar información útil, en la medida que el individuo no logra completarlas. De igual manera, debe incluirse la observación en varios contextos comunicativos y con diferentes interlocutores (Ej., familia, cuidadores, amigos) (8). Es importante que la evaluación integral del paciente con demencia conduzca no solo al diagnóstico diferencial, sino que responda al reto de decidir si los individuos con demencia tienen el potencial para beneficiarse de las intervenciones cognitivo-comunicativas o no, y si aquellas son razonables y necesarias. Para ello, es útil identificar factores de pronóstico positivo, como la capacidad de respuesta a las señales, la habilidad para leer, la capacidad de seguir instrucciones simples y la competencia conversacional, que demuestran la viabilidad de la intervención (9).

Independientemente de la etiología, los aspectos menos deteriorados de la cognición y la comunicación se utilizan como base para los programas de tratamiento destinados a facilitar el funcionamiento de las personas. De hecho, en los últimos años se ha demostrado que las personas con demencia de Alzheimer que tienen dificultad para recordar episodios o eventos pueden, sin embargo, aprender nueva información y nuevos comportamientos (10, 11). Aunque la evidencia no es concluyente (12), el entrenamiento y la rehabilitación cognitivos son métodos que pueden ayudar a las personas en la fase inicial de la demencia a maximizar su funcionamiento mental, incluida la memoria, a pesar de las dificultades que están experimentando. El entrenamiento cognitivo se circunscribe en la práctica guiada en un conjunto de tareas que se reflejan en funciones tales como la memoria, la atención o la resolución de problemas, que incorporan desde estrategias para captar nueva información hasta métodos de compensación, en una amplia variedad de escenarios y niveles de ajustes (13).

Es necesario mencionar que los fonoaudiólogos trabajan directamente con las personas con demencia para facilitar la función comunicativa cognitiva o

indirectamente a través de modificaciones del medio ambiente, el desarrollo de rutinas y actividades terapéuticas y la capacitación de cuidadores (14). Considerando que las intervenciones directas pueden no ser apropiadas para todas las personas con demencia; las intervenciones indirectas, en especial la formación al cuidador en estrategias de comunicación, son útiles para los individuos en todas las etapas de la demencia. Aún así, cuestiones relacionadas con la intervención tales como: qué técnicas son efectivas, con quién, por cuánto tiempo y en qué contexto, siguen en gran medida sin respuesta. Hay, no obstante, esfuerzos para demostrar que las intervenciones conductuales podrían combinarse con la terapia farmacológica para maximizar las habilidades cognitivo-comunicativas (15). De hecho, existen razones para creer que la estimulación cognitiva y de la comunicación son esenciales para obtener beneficios completos del tratamiento con medicamentos en pacientes con demencia.

Con el crecimiento de la población adulta mayor y el aumento de la incidencia y la prevalencia de las demencias, los fonoaudiólogos tienen un papel primordial en la identificación, la evaluación y el tratamiento de los desórdenes cognitivo-comunicativos asociados, incluyendo la colaboración con los miembros del equipo interdisciplinar en el manejo de casos, la educación, la promoción y la investigación.

Marcadores de demencia manifiestos en el lenguaje

En los últimos años, la investigación clínico-patológica ha demostrado que la demencia de Alzheimer de inicio temprano y de inicio tardío no son cualitativa ni significativamente distintas; sin embargo, al comparar sus clínicas se pueden encontrar diferencias. Un estudio interesante que compara el inicio temprano de la EA y su fase tardía señala algunas divergencias clínicas y sintomatológicas importantes; en especial, la agudización de los episodios de delirio, alucinación, agitación, desinhibición y de los comportamientos motores aberrantes. Resulta clara también, una rápida progresión de los problemas del lenguaje en pacientes con EA desde la fase inicial (16).

La búsqueda de los marcadores cognitivos tempranos de la demencia se ha centrado en la memoria

episódica y la orientación espacio-temporal. No obstante, las investigaciones recientes sugieren que la memoria semántica está también alterada en la fase preclínica de la demencia (17-22).

De igual forma, varios estudios sobre los déficits lingüísticos en EA demuestran que ellos ocurren incluso de forma paralela a las alteraciones propias del deterioro cognoscitivo leve (21). Estos incluyen fallas en la fluidez verbal, especialmente en la de tipo categorial, y en la denominación por confrontación visual (17, 22); así como en una variedad de otras tareas específicas del lenguaje: la comprensión de material ideativo complejo (21), el razonamiento sintáctico (24), las pruebas semánticas que comportan decisión léxica (25), la categorización y la codificación semánticas (26), entre otros. Las tablas 1A-C muestran las principales características comunicativas en demencia tipo Alzheimer y EA en tres estadios progresivos (27).

El desafío quizás está en estimar la disminución sutil de las habilidades lingüísticas en las primeras etapas de la demencia, con una herramienta lo suficientemente sensible para ello. Es bien sabido que el dominio léxico-semántico se ve típicamente afectado al inicio de la enfermedad; por tanto, cualquiera sea

el instrumento de evaluación utilizado, éste debe incorporarlo.

No obstante, la anterior descripción semiológica, estos estadios suelen ser poco delimitados en la práctica clínica. En el primer estadio de las demencias, indistintamente del tipo de deterioro cognoscitivo, la mayoría de casos muestran síntomas que se vuelven explícitos paulatinamente. Los cambios emocionales suelen ser los primeros en aparecer. Es común la pérdida de interés por el trabajo y la familia, los estados de ansiedad, las modificaciones en la conducta y la personalidad, que pueden verse influenciados por el entorno, la edad, el nivel socio cultural y la actividad laboral del individuo. La memoria se ve afectada tempranamente con olvidos permanentes, dificultad para aprender nuevos materiales, solucionar problemas, comprender y expresar ideas elaboradas, hacer razonamiento abstracto, formular opiniones y orientarse en tiempo y en espacio. El lenguaje muestra problemas para la recuperación de palabras, la comprensión de relaciones analógicas y de construcciones sintácticas complejas e incapacidad para iniciar la conversación o tomar el turno en el momento adecuado (28).

Con el tiempo se observan, además de los déficits cognoscitivo- lingüísticos arriba mencionados,

TABLA 1A. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y EA EN ESTADIO INICIAL O LEVE

	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 palabras (parafasias semánticas, uso de circunloquios)	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 ideas incompletas en la conversación Auto monitoreo y autocorrección	Escritura alterada en la forma (ej., pérdida de acentuaciones, disortografía)

TABLA 1B. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y EA EN ESTADIO MODERADO

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

alteraciones de orientación y memoria que afectan de manera importante la calidad de vida. Se evidencia un deterioro completo de la memoria, tanto para acontecimientos remotos como recientes. Puede presentarse alteración en la ejecución de praxias (planeación y secuencia motora de actividades tales como vestirse, comer o bañarse). Las alteraciones más notorias se observan en el lenguaje, con deterioro de la comprensión y expresión verbal y dificultades en las tareas de nominación. Diferentes aspectos de la personalidad se ven comprometidos; en particular, el juicio. La persona con demencia se muestra indiferente por las cosas que la rodean, con irrita-

bilidad y desorientación temporo- espacial. Suelen preservarse pautas y convencionalismos sociales, que dan una apariencia de normalidad. En la esfera motora, la marcha se torna lenta y los movimientos se restringen. La atención se altera de tal manera que el individuo se nota ausente de la realidad.

En la fase más avanzada de la enfermedad existe una alteración severa y global en todas las áreas cognitivas, lingüísticas, e incluso motoras. Existe incapacidad para reconocer familiares allegados, alteraciones agnósicas tanto para objetos, lugares y elementos propios, como para rostros. Se evidencia una apraxia severa. Generalmente, hay conserva-

TABLA 1C. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y EA EN ESTADIO SEVERO.

	Semántica	Sintáctica	Fonológica	Pragmática	Lectoescritura
Comprensión	<p>Comprensión únicamente de elementos significativos</p> <p>Limitaciones importante para nominar y recuperar las palabras (incluso con claves)</p> <p>Comprensión solamente de palabras u oraciones muy cortas o con elementos familiares</p>	<p>Comprensión severamente alterada para frases o limitada a palabras cortas y familiares</p>	<p>Imprecisiones en la conversión fonológica</p>	<p>Indiferencia casi total hacia su entorno e interlocutor</p> <p>Pérdida de ideas claves del discurso del otro</p> <p>No reconoce patrones de intencionalidad</p>	<p>Afectación severa para la comprensión lectora</p>
Expresión	<p>Reducción del vocabulario</p> <p>Utilización únicamente de elementos significativos</p> <p>Predominio de parafasias semánticas (cambio de una palabra por otra)</p>	<p>Limitación en el uso de lenguaje automático</p> <p>Repetición casi extinta, incluso para palabras monosílabas</p> <p>Omisión frecuente de palabras funcionales (Ej., artículos, conjunciones, adverbios)</p>	<p>Parafasias fonológicas</p> <p>Ecolalia (repetición parcial o total de forma incontrolada de frases expresadas por el interlocutor)</p> <p>Palilalia (repetición de una palabra de forma incontrolada)</p> <p>Logoclonias (repetición de sílabas) de forma incontrolada</p>	<p>Conversación casi ausente, limitada o imprecisa</p> <p>Circunloquios (designar de forma indirecta un concepto a través de sus características)</p> <p>Ausencia de automonitoreo y autocorrección</p> <p>Mutismo</p> <p>Imposibilidad para mantener el tópico</p>	<p>Afectación casi total de la escritura por componente apráxico</p> <p>Puede conservarse la escritura de letras y/o palabras monosílabas</p>

ción de la memoria emocional en relación con sus cuidadores. Existe franca desorientación en tiempo, espacio y persona. Concorre incapacidad para interactuar; ello incluso acompañado de desinhibición y conductas sexuales inapropiadas. El lenguaje es limitado, por tanto, hay poca comunicación.

Si bien las baterías estandarizadas permiten esta evaluación del desempeño de los individuos con demencia en diferentes dominios de la cognición y del lenguaje, la valoración de la comunicación funcional es esencial, en la medida en que proporciona una valiosa información para el diagnóstico y la intervención.

Impacto de la demencia en la función comunicativa

Hasta la fecha, la mayoría de las escalas de actividades de la vida diaria (AVD) se han centrado en las actividades básicas e instrumentales, de manera que no se proporciona un perfil completo del nivel de dependencia de los pacientes en relación con sus cuidadores. Algunas escalas concentran su interés en la forma como la discapacidad física afecta las AVD, con una menor atención en la detección de pacientes con demencia que no necesariamente presentan limitaciones físicas. En particular, el Activities of Daily Living Questionnaire- ADLQ (30) sí considera

el funcionamiento del individuo en el auto-cuidado, arreglo del hogar, empleo y recreación, compras y dinero, viajes y comunicación. De hecho, un estudio reciente x (31) que buscó determinar la utilidad de la versión española del ADLQ (32) para valorar el deterioro funcional en demencia, comparó su uso frente a dos instrumentos distintos de evaluación [Clinical Dementia Rating- CDR (33) y Functional Activities Questionnaire-FAQ (34)], administrados a los cuidadores de pacientes con diferentes tipos de demencia y encontró una fuerte consistencia interna y validez concurrente de la ADLQSV (35).

Se han desarrollado varios ensayos para examinar los resultados de los pacientes con demencia en las AVD (30, 35). Sin embargo, la mayoría de ellos se basa en la evaluación subjetiva del desempeño del propio paciente, o bien en los informes de los familiares. La Functional Cognitive Assessment Scale (FUCAS por su sigla en inglés) (37) es una nueva escala confiable que evalúa la función ejecutiva en las actividades de la vida cotidiana directamente en los pacientes con demencia, con la bondad de tener coherencia interna, validez, fiabilidad, capacidad discriminativa y sin efecto significativo en los resultados en función de la edad, el sexo o el nivel educativo de los individuos; razones por las cuales se muestra como una herramienta de diagnóstico útil y fiable, por lo menos para deterioro cognoscitivo leve.

Un estudio sobre evaluación funcional en demencias (35) analizó la fiabilidad test-retest, la consistencia interna y la validez de discriminación de la Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2) en la EA y su grado de correlación con otras escalas funcionales y cognitivas. La puntuación total de la RDRS-2 considera la suma resultante de las tres subescalas que la componen: AVD, grado de discapacidad y problemas especiales. El análisis de datos demostró que la puntuación de la RDRS-2 no está influenciada por factores socioculturales, tales como la edad o la escolaridad. Esta versión de la escala en español no parece ver afectados sus resultados por factores socioculturales, presenta gran fiabilidad test-retest y consistencia interna, establece una buena correlación con el grado de deterioro cognitivo presente en pacientes con EA y, aunque no fue diseñada específicamente para usarla en la EA, se correlaciona de forma significativa con otras escalas funcionales.

Otra investigación sobre la validación de la Functional Impact Assessment-FIA (36), basada en el rendimiento del usuario durante la evaluación, en contraste con métodos de valoración mediante cuestionarios, demostró que los pacientes exhibían menores problemas en el funcionamiento que lo referido por sus informantes. Las correlaciones entre la FIA y la Dementia Deficits Scale- DDS (38) fueron significativas; lo cual permite afirmar que la FIA es sensible en la identificación de los aspectos funcionales de la demencia, mejor de lo que lo hacen las evaluaciones mediante cuestionario.

Finalmente, resulta importante mencionar que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud- CIF (7), la cual integra lo que se sabe sobre las estructuras y las funciones corporales, las actividades y la participación, y los factores contextuales (personales y del ambiente), es una herramienta útil en demencias. Una de las ventajas del enfoque de la CIF es que mira más allá de la condición de salud en sí misma, y abarca aquello que la persona realmente puede hacer en su trabajo, hogar y comunidad. Los profesionales de la salud, que trabajan con individuos con demencia, aprecian la singularidad de cada persona, a la luz de sus estados de salud, personalidad y capacidad intelectual; de forma que, entender las demencias es apreciar la manera como la discapacidad en sí misma está determinada por influencias externas. El estado funcional de los individuos con demencia es heterogéneo, no sólo por la naturaleza clínica patológica y la etapa de la enfermedad, sino también como reflejo de los factores ambientales externos. Por tanto, la evaluación del funcionamiento de las personas con demencia debe hacerse considerando influencias exógenas tales como: el conocimiento y la habilidad de los cuidadores, la comprensión de los amigos, la familia y la sociedad sobre la naturaleza de esta condición, el nivel y la calidad del apoyo social y psicológico, el estatus socioeconómico y la disponibilidad de recursos, y el propio acceso al sistema de atención en salud (39).

CONCLUSIONES

El término demencia denota un estado de grave deterioro intelectual adquirido, que interfiere signi-

ficativamente con el cumplimiento de las funciones personal, social o laboral, y hace que el individuo dependa de la asistencia y supervisión para su funcionamiento. El concepto se refiere a un patrón cognitivo y de síntomas conductuales que, por lo general, surge de una enfermedad crónica y, a menudo, progresiva del cerebro. La expresión cuantitativa de este patrón muestra una amplia variabilidad, y algunos pacientes quedan dentro de los límites del concepto, aún cuando su intelecto y sus capacidades funcionales están ligeramente alterados. Algunos autores han considerado que el término demencia resulta cualitativamente demasiado restringido (29), ya que responde más cercanamente al subtipo de la EA, y no representa semiológicamente otros subtipos significativos de deterioro. No obstante, la función diagnóstica del concepto deberá seguir siendo importante en la atención primaria, mientras no se avance en los indicadores biológicos para una o varias de sus etiologías y ellos formen parte de la rutina de diagnóstico en el escenario clínico. El concepto de demencia debe reelaborarse en función de la heterogeneidad de sus síntomas psicopatológicos, incluidas sus manifestaciones en el lenguaje y la comunicación. En vista de la creciente importancia del diagnóstico e intervención precoz en demencias, el término que literalmente significa “ausencia de la mente” quizás no sea una designación pertinente para la amplia gama de compromisos cognitivos, lingüísticos y conductuales en las fases iniciales del deterioro.

Los estudios tempranos en demencia señalan la presencia de alteraciones lingüísticas, a partir de pruebas y observaciones estandarizadas, representadas por déficits de predominio semántico y muestran también conservación relativa de aspectos sintácticos, fonológicos y del código lecto – escrito. De aparecer precozmente, los déficits fonológicos y sintácticos se derivan del grave deterioro semántico. La percepción fonológica es buena, pero en la búsqueda del concepto, la representación y la recuperación del segmento fonológico suele encontrarse limitada. De igual manera, los desaciertos sintácticos aparecen por las restricciones en el acceso lexical. Es más fácil recuperar la representación de palabras simples y funcionales, que aquellas complejas y de baja frecuencia. La conservación de reglas gramaticales posiblemente esté relacionada con las formas automáticas del lenguaje. Las alteraciones

semánticas pueden explicarse por: un déficit en el acceso o recuperación del conocimiento, una falla en la organización de las estructuras del conocimiento semántico o por una desconexión entre la organización jerárquica del conocimiento y el “output” o producción verbal.

Además de señalar que el deterioro comunicativo podría representar una limitación para el manejo clínico y terapéutico, se sugiere que las alteraciones comunicativas en la demencia son predominantes, representan un marcador de deterioro cognoscitivo, aportan al diagnóstico diferencial, y permiten predecir, sumado a otros, el grado de severidad de la demencia. También se reconoce el beneficio de la intervención comunicativa temprana y la importancia de desarrollar investigaciones en comunicación y demencia. De los déficits progresivos que acompañan la demencia, la pérdida de los patrones lingüísticos y de las habilidades comunicativas, son algunos de los signos más significativos y de mayor impacto en la calidad de vida de las personas. Los procesos que hacen posible la comunicación: el lenguaje, la cognición, el habla y la audición, se ven gradualmente comprometidos en las demencias. Los desórdenes comunicativos están mediados por alteraciones progresivas de la memoria y funciones cognoscitivas que afectan los procesos verbales.

Las alteraciones del lenguaje impactan negativamente el entorno del individuo y se convierten en el factor primordial de aislamiento. Las AVD, mediadas por el lenguaje, como manejar la economía, planear el tiempo, ir de compras y hasta desempeñar una profesión, están afectadas. En las evaluaciones e intervenciones médicas, neuropsicológicas y terapéuticas, las alteraciones del lenguaje pueden representar una limitante; pues existe una clara relación de interdependencia entre la cognición y el lenguaje, en la medida en que el lenguaje vehiculiza el pensamiento y es este último el que prefigura el primero. Los profesionales involucrados en el manejo de las demencias, reconocen el valor del lenguaje en el éxito o fracaso de sus evaluaciones e intervenciones cognoscitivas y señalan la función verbal como marcador primario de deterioro cognoscitivo. Aún más, los déficits en las habilidades lingüísticas interfieren en la interacción comunicativa del individuo con demencia y sus cuidadores y el equipo médico; de manera que, se produce interferencias para la

participación en la toma de decisiones clínicas y la interpretación de prescripciones médicas y/o instrucciones terapéuticas. La eficacia comunicativa se recrea en la relación persona – cuidador. Un estudio sobre los niveles de satisfacción, ansiedad y estrés que manifestaba el cuidador frente a la comunicación con el individuo con demencia señaló un alto grado de frustración en la interacción. Resulta evidente que las personas con demencia restringen sus intereses y preferencias debido en gran medida a las limitaciones comunicativas e interaccionales que experimentan.

Al evaluar e intervenir las alteraciones comunicativas en demencia deben incluirse factores tales como: los tratamientos farmacológicos, el manejo interdisciplinario, los trastornos relacionados y los diferentes aspectos éticos que subyacen al trabajo con este tipo de población. El profesional debe involucrar el manejo de aspectos específicos de las pruebas, como la conservación de la relación entre conceptos, la complejidad de las instrucciones y demandas y la forma de presentación de los estímulos. La exploración comunicativa deberá incluir la funcionalidad comunicativa y el lenguaje, el habla y la audición. Las habilidades de los profesionales en salud y las estrategias utilizadas en la detección temprana y evaluación de las demencias deben ser suficientes para lograr un diagnóstico diferencial y dar cuenta del nivel de deterioro.

La evidencia sobre la descripción del lenguaje y la comunicación en demencias, los señala como marcadores tempranos de deterioro. Predominan las alteraciones semánticas, con una pérdida de conceptos más notoria en lo específico que en lo general. La memoria semántica y las conexiones entre conceptos pueden ser responsables de las alteraciones en este nivel. La fonología, la sintaxis, la lectura y la escritura muestran relativa conservación en estadios iniciales de la demencia.

La investigación debe concretarse en la caracterización semiológica del lenguaje en demencias y su aporte al diagnóstico diferencial, que permita sugerir una u otra correlación clínico- patológica e ilustrar el grado de severidad del deterioro.

La actuación del profesional de la comunicación en discapacidades relacionadas con enfermedades neurodegenerativas implica conocer la naturaleza y evolución de las demencias, orientar la evaluación y replantear la intervención comunicativa en función

de retardar el curso, compensar el deterioro y mantener abiertos los canales de interacción del individuo.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author; 1994.
2. **ORLANDO FL.** Alzheimer disease: The changing view, Katzman R, Bick K. (Eds.). Academic Press; 2000.
3. **KINSELLA K, PHILLIPS D.** Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin* 2005; 60:33-40.
4. **TOMOEDA, C. K., & BAYLES, K. A.** Longitudinal effects of Alzheimer's disease on discourse production. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 1993; 4: 223–236.
5. **BAYLES K, TOMOEDA C, CRUZ R, MAHENDRA N.** Communication abilities of individuals with late-stage Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorder* 2000; 14: 176–181.
6. American Speech-Language-Hearing Association. Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to individuals with cognitive communication disorders; 2005b. Rockville, MD: Author. [Consultado: Marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.asha.org/policy>.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland; 2001. Author. [Consultado: Marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/WHOFICFamily.pdf>.
8. **TOMOEDA C.** Comprehensive assessment for dementia: A necessity for differential diagnosis and management. *Seminars in Speech and Language* 2001; 22: 275– 289.
9. **BAYLES K, TOMOEDA, C.** Improving function in dementia and other cognitive-linguistic disorders. Austin, TX: Pro-Ed; 1997: 135-172
10. **HAWLEY K, CHERRY K.** Spaced-retrieval effects on name-face recognition in older adults with probable Alzheimer's disease. *Behavior Modification* 2004; 28: 276–296.
11. **CLARE L, WILSON B, CARTER G, BREEN K, GOSSES A, HODGES J.** Intervening with everyday memory problems in dementia of the Alzheimer type: An errorless learning approach. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2000; 22: 132–146.
12. **HUTCHINSON A, MATHIAS J.** Neuropsychological deficits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a meta-analytic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 917-928.

-
13. CLARE L, WOODS RT. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; Issue 4. Art. No.: CD003260. DOI: 10.1002/14651858.CD003260.
14. HOPPER, T. Indirect interventions in Alzheimer's disease. *Seminars in Speech and Language* 2001; 22: 305–315.
15. CHAPMAN S, WEINER M, RACKLEY A, HYNAN L, ZIENTZ J. Effects of cognitive communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2004; 47: 1149–1163.
16. TOYOTA Y, IKEDA M, SHINAGAWA S, MATSUMOTO T, MATSUMOTO N, HOKOISHI K, ET AL. Comparison of behavioral and psychological symptoms in early-onset and late-onset Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 896-901
17. CUETOS F, RODRÍGUEZ-FERREIRO J, MENÉNDEZ M. Semantic markers in the diagnosis of neurodegenerative dementias. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 28:267-274.
18. CLARK LJ, GATZ M, ZHENG L, CHEN YL, MCCLEARY C, MACK WJ. Longitudinal verbal fluency in normal aging, preclinical, and prevalent Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2009; 24: 461-468.
19. BÉLANGER S, BELLEVILLE S. Semantic inhibition impairment in mild cognitive impairment: a distinctive feature of upcoming cognitive decline? *Neuropsychology* 2009; 23:592-606.
20. LEYHE T, MÜLLER S, MILIAN M, ESCHWEILER GW, SAUR R. Impairment of episodic and semantic autobiographical memory in patients with mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Neuropsychologia* 2009; 47: 2464-2469.
21. TALER V, PHILLIPS NA. Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a comparative review. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008; 30:501-556.
22. MALAGÓN C, RODRÍGUEZ J, HERNÁNDEZ J, PARDO R. Análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer. *Rev Fac Med* 2005; 53:3-9.
23. RITCHIE K, ARTERO S, TOUCHON J. Classification criteria for mild cognitive impairment: A population based validity study. *Neurology* 2001; 56: 37–42.
24. COLLIE A, MARUFF P, CURRIE J. Behavioral characterization of mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2002; 24: 721–733.
25. TALER V, JAREMA G. On-line lexical processing in AD and MCI: An early measure of cognitive impairment? *Journal of Neurolinguistics*, 2006; 19: 38–55.
26. OLICHNEY J, MORRIS S, OCHOA C, SALMON D, THAL L, KUTAS M, ET AL. Abnormal verbal event related potentials in mild cognitive impairment and incipient Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2002; 73: 377–384.
27. HERNÁNDEZ J, MALAGÓN C & RODRÍGUEZ J. Demencia tipo Alzheimer y lenguaje. Bogotá, Editorial Universidad del Rosario; 2006: xy-xy
28. FÖRSTL H, KURZ A. Clinical Features of Alzheimer's Disease. *Eur Arch Psychiatry Neurosci* 1999; 249:288–290.
29. KURZ A, LAUTENSCHLAGER N. The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace? *Int Psychogeriatr* 2010; 22:37-42.
30. OAKLEY F, LAI J-S, SUNDERLAND T. A validation study of the Daily Activities Questionnaire: an activities of daily living assessment for people with Alzheimer's disease. *J Outcome Meas.* 1999;3:297–307.
31. GLEICHGERRCHT E, CAMINO J, ROCA M, TORRALVA T, MANES F. Assessment of functional impairment in dementia with the Spanish version of the Activities of Daily Living Questionnaire. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 28: 380-8.
32. GLEICHGERRCHT E, CAMINO J, MANES F, ROCA M, TORRALVA T. Assessment of Functional Impairment in Dementia with the Spanish Version of the Activities of Daily Living Questionnaire. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009;28:380–388
33. MORRIS JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43:2412-2414.
34. PFEFFER RI, ET AL. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J. Gerontol* 1982; 37:323-329.
35. MONLLAU A, AGUILAR M, PEÑA-CASANOVA J, BÖHM P, BLESA R, SOL J, ET AL. Estudio de la Escala de Evaluación Rápida de Discapacidad-2 (Rapid Disability Rating Scale-2) en la enfermedad de Alzheimer: datos del proyecto NORMACODEM. (Spanish). *Neurologia* [serial on the Internet]. (2006, July), [Consultado Marzo 29, 2010]; 21(6): 282-288. Available from: Academic Search Complete.
36. KARVER C, TESHIBA T, CORDOVA P, ADAIR J, HAALAND K, SADEK J. Questionnaire Versus Performance-Based Functional Assessment in Dementia. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research* [serial on the Internet]. (2009, Fall 2009), [Consultado Marzo 29, 2010]; 14(3): 99-106. Available from: Academic Search Complete.
37. KOUNTI F, TSOLAKI M, KIOSSEOGLU G. Functional cognitive assessment scale (FUCAS): a new scale to assess executive cognitive function in daily life activities in patients with dementia and mild cognitive impairment. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental* [serial on the Internet]. (2006, July), [Consultado en March 29, 2010]; 21(5): 305-311. Disponible en: Academic Search Complete.

38. SNOW AL, NORRIS M, DOODY R, MOLINAI VA, ORENGO CA, KUNIK ME. Dementia Deficits Scale: Rating selfawareness of deficits. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 2004; 18: 22-31.

39. HORNER J, RIPICH D. The Neurodegenerative Dementias: Diagnoses and Interventions. *ASHA Leader* 2004;9:4-15. [Consultado Marzo de 2010].

Disponible en: <http://www.asha.org/Publications/leader/2004/040427/f040427a.htm>.

40. SCHMITH K, ARNOLD W. The Relationship of Alzheimer's Patients Caregiver Burden, communication satisfaction, and communication anxiety. 8th International Conference On Alzheimer's Disease and Related Disorders. Estocolmo – Suecia. Julio 2002.