

**ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER, HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.
POPAYÁN 2002 – 2004**

**LOLA FERNANDA BRITO TRUJILLO
GUSTAVO ADOLFO LEÓN GIRÓN
LIDIA JISEL PINTO QUINAYAS
JENNY MILENA RODRIGUEZ ALEGRÍA**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
POPAYÁN
2004**

**ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER, HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.**

POPAYÁN 2002 – 2004

LOLA FERNANDA BRITO TRUJILLO

GUSTAVO ADOLFO LEÓN GIRÓN

LIDIA JISEL PINTO QUINAYAS

JENNY MILENA RODRIGUEZ ALEGRÍA

Asesores

GILMA PÉREZ DE VERA

Enfermera Magíster en Adulto y Anciano

ANDREA GUEVARA

Fonoaudióloga

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA

POPAYÁN

2004

Nota de aceptación

En cumplimiento de los requisitos legales
y reglamentados se declara aprobado el
siguiente trabajo.

Coordinador de Comité

Jurado

Jurado

Popayán, 11 de junio de 2004

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

DIOS, por su constante compañía

GILMA PEREZ DE VERA, Enfermera Magíster en Adulto y Anciano, jefe y docente del departamento de Enfermería. Facultad ciencias de la salud. Universidad del Cauca, por todos los conocimientos aportados.

Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán y su departamento de Estadística por permitirnos recolectar la información necesaria para nuestra investigación.

A todos los pacientes y familiares que participaron en la investigación, por su colaboración y atención prestada.

Este es solo un pequeño peldaño en la vida y no será el último, el camino es largo aún, son muchas las personas que han contribuido en la obtención de este y a las que debo mi gratitud, entre ellos se encuentra:

Dios mi mayor fortaleza, al igual que mi familia que con su apoyo constante me brindaron todo su amor, mis Amigos que aportaron en gran medida a mi formación académica y personal y finalmente a todos aquellos que directa e indirectamente tuvieron alguna relación con este logro.

¡Mil gracias los quiero mucho!

LOLA FERNANDA BRITO T.

Una vez mas he dado un paso importante en la vida, se que no es el último si no el primero de un arduo camino, aunque lo logrado hasta ahora, es una de mis mas grandes metas, todo se lo debo a aquellas personas que han creído siempre en mi. Por ello le agradezco a Dios por ser mi guía, a mis padres por brindarme apoyo incondicional y fuerza en los momentos que mas lo necesitaba, a mis hermanos por su constante compañía y a mis mas grandes amigas quienes en equipo siguen y seguirán siendo la berraquera.

GUSTAVO ADOLFO LEÓN GIRÓN

Esta meta que a veces resultaba inalcanzable, hoy se hace realidad; al ver terminado el trabajo que le hemos dedicado tiempo, esfuerzo pero sobre todo empeño, me llena de mucha alegría y satisfacción por que se que en este camino aprendí mucho, corregí y aporte lo que durante años estudie.

Pero pese a esto el mérito no es solo mío hoy quiero agradecer en primera instancia a Dios por darme la vida y bendecir cada día mis actos.

A mi grupo de investigación por que se que sufrimos y luchamos por sacar esta idea adelante.

A mi familia por apoyar este trabajo con tiempo y animo cuando decaía.

A Felipe por que siempre estuvo allí, confiando y creyendo en todas los conocimientos que podía aportar.

Y por ultimo a mi por no desfallecer, perseverar y luchar por alcanzar una de las metas mas importantes en mi carrera “convertir en realidad una idea”.

LIDIA JISEL PINTO QUINAYÁS

Este es un logro mas en mi vida, que se construyo con mucho esfuerzo y dedicación, en el cual tuvieron participación muchas personas a las cuales debo mi gratitud, en primer lugar doy mil gracias a Dios por tenerme con vida y salud para alcanzar esta meta, a mi madre que fue mi compañera, amiga y consejera incondicional, a toda mi familia por creer en mi y apoyarme a lo largo de este camino, a mi novio quien me acompaño y brindo el apoyo necesario y a todo el grupo de trabajo quien formuló una idea que hoy se ve culminada.

JENNY MILENA RODRÍGUEZ A.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.	17
INTRODUCCIÓN.	19
1. PROBLEMA	21
1.1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA.	21
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	22
1.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.	22
1.4. JUSTIFICACIÓN.	25
1.5. OBJETIVOS.	27
1.5.1. Objetivo general.	27
1.5.2. Objetivo específico.	27
2. REFERENTE TEÓRICO.	29
2.1. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	29
2.2. COMUNICACIÓN, LENGUAJE Y COGNICIÓN EN LA VEJEZ.	40
2.3. SISTEMA DE PROCESAMIENTO LINGÜÍSTICO.	48
2.4. TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	60
2.5. PRUEBA PSICOMÉTRICA.	64
2.6. MANEJO DE LA ENFERMEDAD.	65

3.	DISEÑO METODOLÓGICO.	67
3.1.	TIPO DE ESTUDIO.	67
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	67
3.2.1.	Criterios de inclusión.	68
3.2.2.	Criterios de exclusión.	68
3.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	69
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.	69
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS	70
3.6.	PROCEDIMIENTO	70
3.7.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	72
4.	CONCLUSIONES.	87
5.	RECOMENDACIONES.	89
	BIBLIOGRAFÍA.	
	ANEXOS.	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual según edad y género.	72
Tabla 2. Distribución porcentual de las situaciones clínicas específicas.	75
Tabla 3. Distribución porcentual del estado mental.	78
Tabla 4. Distribución porcentual del Lenguaje oral.	80
Tabla 5. Frecuencia del Diagnóstico Fonoaudiológico en las fases de la enfermedad de Alzheimer.	85

LISTA DE FÍGURAS

	Pág.
Grafica 1. Distribución porcentual según nivel de escolaridad.	73
Grafica 2. Distribución porcentual del lenguaje referido por familiares.	76
Grafica 3. Distribución porcentual según prueba Minimental.	79
Gráfica 4. Alteraciones del lenguaje oral, diálogo espontáneo Vs. diálogo dirigido.	81
Gráfica 5. Alteraciones del lenguaje oral, descripción de láminas Vs. vocabulario Vs. evaluación fonológica .	83
Grafica 6. Diagnóstico fonoaudiológico Vs. Fases de la enfermedad	86

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Operacionalización de Variables.	96
ANEXO B. Oficio de permiso.	110
ANEXO C. Consentimiento Informado	111
ANEXO D. Formato de evaluación de las alteraciones del lenguaje oral e instructivo.	113
ANEXO E. Test Psicométrico Minimental.	132
ANEXO F. Modelo de intervención fonoaudiológica en la enfermedad de Alzheimer.	134
ANEXO G. Recomendaciones para la familia y el terapeuta.	160

GLOSARIO

Afasia: Trastorno del lenguaje en el adulto, que se caracteriza por la pérdida de la capacidad de hablar o de entender el lenguaje, a causa de una disfunción cerebral.

Agnosia: Pérdida de la facultad sensorial de reconocer, por lesión en las áreas y asociación sensorial y tractos de asociación en el encéfalo.

Anomia: Pérdida de la capacidad de nombrar objetos , o de reconocer y recordar sus nombres.

Apraxia: Trastorno de los movimientos adquiridos. Difiere de parálisis, debilidad o descoordinación. Es el resultado de un deterioro en la organización motora.

Circunloquios: Descripción verborreica y reiterativa de alguna palabra que el sujeto no recuerda.

Ecolalia: Repetición automática de frases o palabras dirigidas del paciente.

Estereotipias: Repetición frecuente de un vocablo que se intercala en el discurso.

Incoherencia: Es una forma de discurso inconexo en el cual las frases son desordenadas y sin ilación, lo que hace difícil la comprensión de la conversación.

Intrusión: Alteraciones perseverativas en la irrupción en una respuesta de los elementos de la respuesta anterior.

Logoclonía: Titubeo repetitivo clónico o espasmódico en la pronunciación de la última sílaba de la palabra.

Palilalia: Trastorno del lenguaje que se caracteriza por una repetición involuntaria e iterativa de la última palabra.

Parafasias: Acto de sustituir palabras o sonidos en palabras, de modo que se disminuye la inteligibilidad o se oscurece el sentido de lo dicho.

Perseveración: Conducta o expresión repetitiva de una palabra, frase o concepto particular durante la expresión verbal.

Prosopagnosia: Incapacidad para reconocer caras que eran conocidas.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objeto determinar las alteraciones del lenguaje oral en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán durante el periodo 2002 - 2004, a través de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de casos de corte transversal, en el cual se analizaron los resultados del instrumento de evaluación realizado a 13 pacientes (84,6% mujeres y 15,4% hombres), quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los datos más relevantes fueron: el 77% de los pacientes evaluados se ubican en un nivel de escolaridad primaria y el 15% no realizaron ningún nivel de estudios; la totalidad de la población objeto de estudio no poseen ocupación actual, el 76,9% están controlados con medicamentos para los diferentes síntomas. Según referencias de los familiares acerca del lenguaje que observan en los pacientes, el 69,2% presentan incoherencias, el 61,5% tiene falta de ilación y el 38,4% frases sin sentido; a la exploración del estado mental todos se encuentran en alerta, 92,3% evidencian compromiso de juicio y raciocinio con deterioro en la memoria reciente y el 15,4% evidencian confusión y fallas en la orientación espacial de persona. Con la aplicación de la prueba psicométrica Minimental se amplió el abordaje del estado mental en los pacientes.

A nivel del lenguaje oral en diálogo espontáneo las alteraciones que se presentan en mayor porcentaje son las perseveraciones (100%), anomias (69%) y los circunloquios (59,2%); en el diálogo dirigido las perseveraciones se evidencian en

igual porcentaje que el anterior, la incoherencia en un 77%; en la prueba de descripción de láminas es notoria la presencia de perseveraciones (77%), parafasias semánticas (69,2%) y anomias (61,5%); en la exploración del vocabulario y la evaluación fonológica las parafasias semánticas se presentan en un 85% y 77% respectivamente, la incoherencia en un 69,2%, solo en evaluación fonológica. El lenguaje comprensivo se ve comprometido durante la evaluación.

Partiendo de las alteraciones del lenguaje oral presentes en cada paciente, las manifestaciones en cada una de las fases de la enfermedad y los diagnósticos fonoaudiológicos existentes se determinó el diagnóstico comunicativo. Finalmente se propone un modelo de intervención fonoaudiológica, cuyo objetivo es evitar el deterioro del lenguaje y estimularlo con el apoyo de la familia de la población con enfermedad de Alzheimer.

Palabras claves: Enfermedad de Alzheimer, Alteraciones del Lenguaje Oral.

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es un fenómeno, es una facultad y una actividad esencialmente del hombre, que le permite interactuar a través de un sistema de signos verbales. Además de ser un medio de comunicación, es un fenómeno social, histórico y cultural, es un instrumento de la transmisión de ideas y vivencias, así como un soporte del pensamiento y crisol de una cultura.

El lenguaje transmite la entidad lingüística de las cosas y la más clara manifestación de ello es el lenguaje mismo. Trabajar la lengua, es reconocer su poder constitutivo y constituyente en el ser del hombre, de la lengua como conocimiento en sí, y como expresión del pensamiento en la producción de conceptos.

Los trastornos del lenguaje constituyen una de las manifestaciones tempranas más prominentes de la enfermedad de Alzheimer y se le puede considerar, la afección cognitiva más frecuente en las fases iniciales después de los problemas mnésicos afectados.

Para aquellos que padecen Alzheimer el perder la capacidad para comunicarse puede ser uno de los problemas más difíciles y frustrantes que presenten, y no solo para ellos mismos, si no para toda la gente que lo rodea y lo cuida; la presencia de dichas alteraciones y síntomas en la evolución de las demencias de cualquier tipo, justifica el estudio detallado de estos pacientes, aunque las posibilidades actuales de tratamiento para estas manifestaciones son muy

limitadas, los resultados terapéuticos se hacen aceptables como medios para elevar el nivel de la calidad de vida del paciente, de su familia y sus cuidadores.

En la actualidad, la enfermedad de Alzheimer, es considerada como una enfermedad progresiva y crónica, por tal motivo esta investigación pretende conocer las alteraciones del lenguaje oral que presentan estos pacientes y poder establecer las características específicas y las que se presentan con mayor frecuencia.

Dicha investigación se realizó en el Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán, en los años 2002 a 2004, por estudiantes de pregrado del programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca.

Finalmente, con el proyecto se realizó una propuesta de un programa de prevención terciaria, a fin de apoyar el tratamiento inter- multidisciplinario de estos pacientes.

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

La demencia de tipo Alzheimer, en la cual se afecta la memoria, la actividad mental (pensamiento), la comprensión del lenguaje, el habla (en el nivel fonético-fonológico) y el lenguaje oral manifestado específicamente en perseveraciones, parafasias, circunloquios, anomias, estereotipias, ecolalias, logoclonías, intrusiones, soliloquios; llevando incluso al paciente a otras alteraciones en las diversas esferas mentales como: confusión, cambios de humor y desorientación en tiempo y espacio, que al avanzar la enfermedad entorpecen su autonomía en las actividades cotidianas e interfieren en su relación familiar y sociolaboral.

De acuerdo a lo anteriormente descrito se realiza un trabajo de investigación en el Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán, en el servicio de psiquiatría y neurología, donde se cuenta con 43 pacientes en el período comprendido entre los años 2002 y 2004, que acuden a consulta ambulatoria con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o Demencia Senil Tipo Alzheimer, encontrándose entre la segunda y tercera fase de la enfermedad. Algunas características que presentan estos pacientes son la dificultad en su comunicación y el desconocimiento por parte de su familia y de la enfermedad. Estos pacientes reciben tratamiento psiquiátrico y farmacológico, en ausencia de manejo de otras

disciplinas como la Fonoaudiología por no contar con una intervención específica en esta enfermedad. El Fonoaudiólogo solo realiza un manejo grupal con estrategias de trabajo dirigidas al adulto mayor o de tercera edad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son las alteraciones del lenguaje oral en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán, durante el periodo 2002-2004?

1.3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Alrededor del mundo son muchas las asociaciones que trabajan en investigaciones, orientaciones y demás actividades relacionadas con la enfermedad de Alzheimer; a nivel Latinoamericano Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes (A.L.M.A) de la República de Argentina, Asociación Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), Cuban Section of Alzheimer`s Disease and related disorders, perteneciente a Cuba, Alzheimer`s asociation of Costa Rica; en Ecuador se encuentra Alzheimer Disease, en España la Confederación Española de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA), Asociación grupo Ermita de Guatemala, Asociación Alzheimer Monterrey México, la Asociación Peruana de enfermedad de Alzheimer y otras demencias , Asociación Dominicana de Alzheimer y trastornos

relacionados , Asociación de Alzheimer de Puerto Rico, Asociación de familiares Alzheimer el Salvador, Asociación Uruguaya de Alzheimer y similares y en Venezuela la Fundación de Alzheimer, entre muchas otras. Los propósitos de dichas asociaciones están encaminados a la protección física y mental de los pacientes, a la satisfacción de necesidades primarias de éstos, a la integración del enfermo a un grupo social, a su relación con los familiares, al apoyo familiar, a la orientación y capacitación de los cuidadores y a la obtención de una mejor calidad de vida a través de una atención multidisciplinaria.

En Colombia se encuentra la Asociación Colombiana de Alzheimer y desordenes relacionados; la enfermedad de Alzheimer no solo ha sido objeto de asociaciones, sino también de numerosas investigaciones y escritos dado la complejidad de la patología. En España el servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ubicado en la ciudad de Barcelona, posee la Escuela de la Patología del Lenguaje, donde han desarrollado estudios concernientes al deterioro de esta función cerebral superior en pacientes con enfermedad de Alzheimer. En México, la Asociación de Monterrey, por medio de los folletos informativos brinda orientaciones sobre la sintomatología, capacitación a familiares y cuidadores, entre otras.

Y sin ir más lejos en nuestro país, actualmente se adelantan algunas investigaciones y se elaboran documentos como es el caso de los grupos de Bioantropología-Reproducción-Biogénesis y Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, quienes mediante el artículo "Hacia el

enunciado de dilemas éticos sobre la enfermedad de Alzheimer precoz, en Antioquia, Colombia”, tratan de presentar principalmente los aspectos legales y morales que tienen que ver con dicha enfermedad en su inicio precoz, con énfasis en la situación epidemiológica de la región; en la Universidad de Pennsylvania de U.S.A., durante el periodo de febrero 2002, se efectuó una investigación de “La gravedad de la demencia en el paciente que sufre Alzheimer y su calidad de vida”, en la universidad Católica de Manizales, durante el período comprendido entre los años 1999-2000 se efectuó un proyecto investigativo titulado “Características del Lenguaje oral en los pacientes con demencia tipo Alzheimer (DTA) del Hospital de Caldas ESE de la ciudad de Manizales”¹ y en Popayán la fundación Avanzar con el apoyo de la Dirección Departamental Del Cauca , Universidad del Cauca y el ICBF regional Cauca, en conjunto realizaron en el mes de Noviembre del año 2003 el segundo seminario regional de educación Gerontológica con el tema: “ La prevención del deterioro cognoscitivo, las demencias y la depresión en el adulto mayor”, el cual tuvo como centro de trabajo el Manual de apoyo para el diagnóstico de las demencias y la depresión.

El Departamento de Enfermería de la Universidad del Cauca, en la ponencia: “ Un vistazo a la familia del paciente con Alzheimer”, describe los diversos procesos que la familia debe sobrellevar en el transcurso de ésta demencia, además se

¹ VARELA, Vilma. “Características del Lenguaje oral en los pacientes con demencia tipo Alzheimer (DTA) del Hospital de Caldas ESE de la ciudad de Manizales”. [en línea]. <www.ucatolica.edu.co>

brindan recomendaciones y consejos para el cuidador, quien a la vez resulta altamente afectado².

1.4. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente la profesión de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, adelanta múltiples estudios referentes a las diversas áreas de desempeño profesional, pero ninguno relacionado con la intervención en pacientes con enfermedad de Alzheimer. De allí radica el interés en desarrollar una investigación, la cual tiene como fin último evitar el deterioro del lenguaje y estimularlo con el apoyo de la familia de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer.

El desarrollo del presente trabajo investigativo, es de suma importancia tanto para la profesión de fonoaudiología como para la población objeto del estudio, pues muchos especialistas en el campo de la salud mental opinan que, cada día el medio externo, influye negativamente y altera el SNC lo que ocasiona no solo problemas de comportamiento, si no deterioro de la habilidad comunicativa, en especial el lenguaje oral.

² RAMIREZ CUELLAR, Maria Rocío y PEREZ DE VERA Gilma. “ Un vistazo a la familia del paciente con Alzheimer”. Ponencia presentada en el Simposio sobre Alzheimer. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, 2001.

Con este proyecto se pretende conocer las alteraciones específicas del lenguaje oral que presentan los pacientes con enfermedad de Alzheimer en el Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán.

Es uno de los principales propósitos la ampliación de nuevos campos de desempeño Fonoaudiológico para suplir carencias y dificultades actuales de una población, en la cual no se ha tenido en cuenta la solución de dichos problemas. Además, se pretende diseñar un plan de prevención terciaria, enfocado al lenguaje oral a fin de implementarlo en el Hospital Susana López de Valencia, en pro de lograr un manejo integral del paciente con enfermedad de Alzheimer, así mismo enriquecer el conocimiento del profesional de fonoaudiología de la Universidad del Cauca en lo referente a las alteraciones del lenguaje oral en dichos pacientes y fortalecer la ampliación del campo profesional.

Finalmente el proyecto de investigación a efectuar quiere dar a conocer a los diversos profesionales implicados en la intervención del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, la importancia del trabajo en equipo, con el fin de lograr la habilitación del lenguaje oral, en beneficio del paciente y su familia; además suscitar nuevas investigaciones relacionadas con el tema.

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar las alteraciones del lenguaje oral en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán, para la elaboración de un plan de prevención terciaria.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas presentes en los pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán.
- Describir las características del estado mental en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán.
- Valorar las alteraciones del lenguaje oral y sus características específicas en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán.

- Valorar la comprensión del lenguaje en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán.
- Determinar el diagnóstico Fonoaudiológico en cada uno de los pacientes evaluados con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán.

2. REFERENTE TEORICO

2.1. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer ha sido clasificada dentro del grupo de las demencias corticales, donde se produce una degeneración en las áreas de asociación posteriores y en el sistema límbico. La enfermedad comienza en la corteza entorrinal (zona de paso obligado de las fibras que conectan la corteza cerebral y el hipocampo, en ambos sentidos) y de ahí se extiende al complejo hipocampal y posteriormente a la áreas de asociación corticales.

La anatomía patológica de las regiones afectadas muestra, aparte de la despoblación neuronal, la existencia de un número excesivo de placas neuríticas para la edad del paciente, lesiones neurofibrilares características y en muchos casos, angiopatía congófila en una de las arterias cerebrales y degeneración granulovacuolar en el hipocampo.

La enfermedad suele aparecer después de los 50 años y su manifestación clínica inicial es la pérdida de memoria, añadiéndose posteriormente desorientación visuoespacial, trastornos mentales tales como ideas de persecución, disnomia, problemas de comprensión del lenguaje, conversación inconexa y alteraciones en la lectura y escritura. Finalmente la enfermedad progresa inexorablemente hacia

un estado afaso-apracto-agnósico completo, probablemente con signos de rigidez, acinesia y en algunos casos mioclonías.

En muchos pacientes con la enfermedad de Alzheimer, el proceso degenerativo no se desarrolla a la misma velocidad en ambos hemisferios. Cuando predomina la atrofia del hemisferio izquierdo, los trastornos del lenguaje destacan sobre los demás desde el comienzo de la enfermedad, y en los casos de predominio derecho sobresale la disfunción visuoespacial.

Dentro de los factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad, se encuentran:

- Edad: La probabilidad de padecer la enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad, sin embargo la vejez en sí no es la causa de esta.
- Sexo: Algunos estudios sugieren que, hay más mujeres afectadas por la enfermedad que hombres, debido a que las mujeres en su conjunto, viven más tiempo que los hombres.
- Factores genéticos-herencia: En un número muy limitado de familias la enfermedad de Alzheimer es un desorden genético dominante. Los miembros de estas familias heredan de uno de sus padres la parte de ADN (el material genético) que causa la enfermedad y en promedio, la mitad de los hijos de un padre afectado la desarrollan. Para los miembros de las familias que desarrollan la enfermedad de Alzheimer, la edad de aparición suele ser relativamente baja, normalmente entre los 35 y los 60 años.

Aunque la mayoría de casos de la enfermedad de Alzheimer no son genéticos, existe un gen que puede incrementar el riesgo de padecer la enfermedad, dicho gen se encuentra en el cromosoma 19 y es el responsable de la producción de una proteína llamada apolipoproteína E (ApoE). Hay tres tipos principales de esta proteína, y uno de ellos (ApoE4), aunque raro, hace que sea más probable la aparición de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo no causa la enfermedad.

- **Traumatismo craneal:** Hay evidencias para pensar que una persona que ha recibido un fuerte golpe en la cabeza puede tener más probabilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Este riesgo es más alto si en el momento de sufrir la lesión la persona tiene más de 50 años, si tiene un gen específico (apoE4) y si inmediatamente después del accidente ha perdido el conocimiento³.

2.1.1. Señales tempranas de la enfermedad de Alzheimer:

- **Memoria y Concentración:** Lapsos menores y periódicos de la memoria u olvido de parte de una experiencia, lapsos ocasionales de la atención o lapsos de la atención y la concentración, extravío de objetos importantes, confusión acerca de cómo cumplir tareas sencillas, dificultad con problemas aritméticos sencillos,

³ JUNCOS RABADÁN, Onésimo. Lenguaje y envejecimiento: Bases para la intervención. 3 ed. Barcelona-España: Masson, 1998.

dificultad para tomar decisiones corrientes y confusión acerca del mes o la estación.

- **Estado de Anímo y Comportamiento:** Tristeza temporal o ansiedad con base en una causa apropiada y específica Intereses cambiantes, comportamiento cada vez más cauteloso, cambios impredecibles del estado de ánimo, pérdida creciente de los intereses externos, depresión, ira o confusión en proceso de cambio y negación de los síntomas.

2.1.2. Señales posteriores de la enfermedad de Alzheimer:

- **Idioma y Habla:** Dificultad para completar oraciones o encontrar las palabras adecuadas.

- **Movimiento y coordinación:** Mayor lentitud para reaccionar y deterioro visible del movimiento o la coordinación, incluyendo lentitud en los movimientos, paso vacilante y una reducción en el sentido del equilibrio⁴.

2.1.3. Características principales de la enfermedad de Alzheimer:

2.1.3.1. Pérdida de memoria: La pérdida de memoria puede tener muchas consecuencias en la vida diaria, causando problemas de comunicación, peligros físicos y trastornos de la conducta. Los pacientes tienen problemas para recordar

⁴ ALBERCA, R. Enfermedades de Alzheimer y otras Demencias. Medica Panamericana, 1998.

nombres propios, poco usados o palabras infrecuentes y con el tiempo extravían sus pertenencias, olvidan sus citas , y no entienden las conversaciones preguntando la misma información una y otra vez. Hay diferentes tipos de memoria:

- Memoria episódica: En la memoria episódica hay recuerdos que podemos definir como a corto plazo (que han tenido lugar en la última hora) y recuerdos que podemos definir como a largo plazo (que han tenido lugar hace más de una hora). Las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, al principio no parecen tener problemas para recordar hechos ocurridos hace mucho tiempo, pero, por ejemplo, pueden olvidar lo que han hecho hace cinco minutos. Los recuerdos del pasado lejano, aunque no sean muy trascendentes, pueden interferir con actividades presentes. Esto hace que, a veces, el enfermo escenifique rutinas del pasado que ya no son pertinentes.
- Memoria semántica: Este tipo de memoria atañe al significado de las palabras, no es personal, sino común a todos aquellos que hablan un mismo idioma. Es la comprensión compartida de lo que significa una palabra, lo que hace posible mantener conversaciones inteligibles. Ya que la memoria episódica y la semántica no están almacenadas en el mismo lugar del cerebro, una puede resultar afectada y la otra no.
- Memoria conductual: Ésta es la memoria de cómo llevar a cabo ciertas acciones, tanto físicas como mentales, por ejemplo, cómo usar un cuchillo y tenedor o cómo se juega al ajedrez. La pérdida de la memoria conductual puede

convertir en un problema el llevar a cabo tareas rutinarias como vestirse, lavarse y cocinar. Esto incluye cosas que se suelen hacer de forma automática. Por esta razón, algunos pacientes que tienen dificultades para expresarse todavía pueden cantar bastante bien. Su memoria conductual aún está intacta mientras que su memoria semántica (el significado de las palabras) está afectada.

2.1.3.2. Síndrome apraxia / afasia / agnosia:

- Apraxia : Es el término usado para describir la incapacidad de llevar a cabo movimientos voluntarios a pesar del hecho de que el tono muscular, sensibilidad y coordinación están intactos. En términos cotidianos esto podría incluir la incapacidad de atarse los zapatos, abrir un grifo, o encender la radio, vestirse, usar las llaves, reproducir movimientos y posiciones con las manos.

- Afasia : Es el término usado para describir una dificultad o la pérdida de la capacidad de hablar o de entender un idioma hablado, escrito o por signos a causa de una disfunción del centro nervioso correspondiente. Esto puede producirse de varias maneras. Podría manifestarse con la sustitución de una palabra por otra perteneciente al mismo campo semántico (p.ej. tiempo en lugar del reloj), usando una palabra equivocada cuyo sonido sea similar a otra (p.ej. barco por marco) o usando una palabra completamente diferente sin relación aparente. Si va acompañada por ecolalia (repetición involuntaria de palabras o frases pronunciadas por otra persona) y por la repetición constante de una palabra

o frase, el resultado puede ser una forma de expresión muy difícil de entender o parecer una especie de argot.

- Agnosia: Es el término usado para describir la pérdida de la capacidad de reconocer los objetos y para qué sirven. Por ejemplo, una persona con agnosia podría intentar usar un tenedor en lugar de una cuchara, un zapato en lugar de una taza o un cuchillo en lugar de un lápiz etc. Con respecto a las personas, esto podría significar no reconocer a gente conocida, no por falta de memoria sino por la incapacidad del cerebro de reconstruir la identidad de una persona con base en la información proporcionada por los ojos.

2.1.3.3. Comunicación:

Las personas con la enfermedad de Alzheimer tienen problemas tanto para expresarse como para comprender, y esto conlleva otras complicaciones como errores en los negocios y conflictos familiares. Muchos pacientes también pierden la capacidad de leer y de interpretar lenguajes por signos, dificultad progresiva para dibujar o copiar objetos familiares por mandato como una cara o casa.

2.1.3.4. Alteración de la personalidad:

Durante la fase temprana de la enfermedad, la personalidad del paciente permanece íntegra y preserva sus habilidades sociales, de forma que los problemas con su memoria pueden pasar desapercibidos, solo después

comienzan a descubrirse actitudes agresivas, frustración, se presentan irritables, apáticos y con indiferencia ante sus familiares.

2.1.3.5. Conducta:

Un síntoma común de la enfermedad de Alzheimer es la deambulación errática, tanto de día como por la noche. Hay varias razones posibles para este comportamiento, pero debido a los problemas de comunicación, a menudo es imposible averiguar cuáles son. Otros síntomas que afectan a la conducta son la incontinencia, la agresividad y la desorientación en el tiempo y espacio.

2.1.3.6. Cambios físicos:

Puede haber pérdida de peso, incluso cuando la ingestión de comida es la misma. También puede deberse a que el enfermo puede no acordarse de masticar o de deglutir, especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad.

2.1.4. Fases de la enfermedad de Alzheimer:

No todas las personas con la enfermedad de Alzheimer sufren los mismos síntomas en el mismo orden y con el mismo grado de severidad. Sin embargo, existen unas pautas generales de la evolución de la enfermedad que permite describir tres fases principales:

Primera fase:

La primera fase suele caracterizarse por moderados problemas de memoria, como el olvido de nombres y números de teléfono, pero por la escasa intensidad de estos problemas, al principio pueden pasar desapercibidos. La persona afectada puede intentar ocultar el problema por vergüenza o preocupación. Este estadio tiene una duración aproximada de 2-4 años, hay desorientación espacial y temporal.

En esta fase, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción están conservados. El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, etc.)

El problema se ve agravado por la disminución de la capacidad de concentración, estos dos problemas puede llevar a la imposibilidad de ejecutar tareas que impliquen varios pasos intermedios e incluso de seguir el hilo de una conversación, una situación que en el trabajo no pasaría inadvertida por mucho tiempo. Otra consecuencia es que el paciente empezará a tener anomias. Aunque esto no suele disminuir el interés de la persona por comunicarse, con el tiempo empezará a recurrir a palabras más simples y frases más cortas.

En esta fase la orientación temporal no se ve muy afectada, pero los pacientes suelen empezar a dar señales de desorientación en el espacio (deambulación errática y perderse en un ambiente tan familiar como su propia casa). Muchos pacientes desarrollan gustos extravagantes (por ejemplo para la ropa) y algunos

demuestran cierta preferencia por los colores fuertes. Otros pueden mostrar falta de espontaneidad y actividad y pueden quedarse mucho tiempo con una mirada fija y vacía, acompañada por una marcada incapacidad de cambiar la posición de los ojos.

Finalmente, los pacientes empiezan a tener problemas con el pensamiento abstracto. Por ejemplo, el dinero pierde su forma simbólica y esto puede llevarles a pagar dos veces por el mismo artículo o servicio. Les resulta difícil asociar formas geométricas a objetos reales, p.ej. no serían capaces de dibujar un cubo ya que les resulta demasiado abstracto.

Estos problemas pueden ser más o menos evidentes según la incidencia de varios factores como el tipo de trabajo que realizan, la familia, su estilo de vida y personalidad. Esta fase puede ser sumamente estresante para el paciente pues es totalmente consciente de lo que está pasando.

Segunda fase:

En la segunda fase, la severidad de los síntomas suele obligar a los pacientes a abandonar su trabajo y a dejar de conducir, lo cual les hace más dependientes de otras personas. Los problemas de memoria se hacen más pronunciados, interfiriendo tanto en memoria reciente como remota, aunque los recuerdos del pasado suelen permanecer íntegros por más tiempo. Una de las consecuencias de esta circunstancia es que al ver a sus nietos algunos pacientes recuerdan a familiares ya fallecidos. Esto puede resultar muy violento y puede inducir a sus

familiares a pensar que son incapaces de diferenciar entre los vivos y los muertos. Este estadio tiene una duración de 2-10 años y se producen alteraciones más importantes de la función cerebral con aparición de síntomas llamativos como Afasia es decir dificultad en el lenguaje, al paciente le cuesta hablar, apraxia, tiene dificultades para llevar a cabo funciones aprendidas como vestirse, utilizar los cubiertos, etc. Cada vez les resulta más difícil interpretar los estímulos externos (tacto, gusto, vista y oído). Manifiesta inapetencia a los alimentos, incapacidad de leer y alucinaciones visuales y auditivas. El insomnio puede llegar a ser otro problema, ya que la diferenciación entre día y noche pierde su significado. Los pacientes suelen dormir más durante el día y menos por la noche. La noción de tiempo y espacio se ve alterada.

Se les hace imposible llevar a cabo en solitario ciertas actividades diarias, como lavarse y vestirse, por su pérdida de memoria, confusión y relativa incapacidad de manipular objetos. Sus movimientos se vuelven menos precisos y coordinados.

Los enfermos pierden estabilidad motora y pueden sufrir accidentes debido a la diplopía. La incontinencia puede aparecer tanto por fallos de la memoria como por problemas de comunicación, por dificultades prácticas o a causa de lesiones cerebrales que les impiden reconocer o registrar los estímulos correspondientes. Los pacientes suelen padecer cambios bruscos y frecuentes de humor. Puede parecer que estén muy centrados en sí mismos y rechazan la ayuda de los demás. Pueden estar muy agitados y volverse agresivos o pasarse el día dando vueltas en la habitación.

Los problemas de comunicación oral se hacen más evidentes, y pueden entrañar la dificultad en comprensión auditiva y escrita; así como la dificultad en comunicación oral y escrita. En esta fase se evidencian las perseveraciones en palabras y frases.

Tercera fase:

En la tercera fase se puede decir que el paciente está afectado por demencia severa. Sus funciones cognitivas han desaparecido casi por completo, pierde la capacidad de comprender o expresar el lenguaje, y puede limitarse a presentar ecolalia sin entender lo que las palabras significan. La incontinencia se hace total y pierde la capacidad de caminar, sentarse, sonreír y deglutir. Su cuerpo se queda rígido, deja de responder a los estímulos y puede estar muy agitado e irritable. En esta fase aún suelen responder positivamente al contacto físico y a las voces suaves y familiares se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer⁵.

2.2. COMUNICACIÓN, LENGUAJE Y COGNICIÓN EN LA VEJEZ

La actividad comunicativa y lingüística en la vejez está determinada por dos procesos: uno, de carácter sociocultural, que es el alejamiento del sistema productivo, y otro, de carácter biológico.

⁵ MACIAS O, Amador. Las tres etapas de la enfermedad de Alzheimer. [en línea]. Folleto 10. México. Asociación Alzheimer de Monterrey. (2001). <e-mail: alzheimmty@infosel.net.mx>.

Desde el punto de vista social, el alejamiento del sistema productivo que tiene lugar con la jubilación altera la red de relaciones sociales que se han construido durante la vida de una persona. El proceso de desarrollo social, que se inicia en la infancia y que está presidido por una complejidad progresiva de las relaciones sociales a partir de las primitivas relaciones familiares, sufre una involución que tiene su punto inicial en la jubilación. Para la mayoría de las personas, la nueva situación disminuye sus posibilidades de interacción, reduciéndolas a relaciones más elementales. Comienza así una etapa de la vida que puede conducir a la simplificación de relaciones a un pequeño núcleo de familiares (en el que incluso faltan los hijos) y amigos. Las posibilidades de comunicación disminuyen, bien porque los ancianos se quedan solos, bien porque las personas que conviven con ellos (familias o compañeros de institución) no son los interlocutores más estimulantes.

En esta nueva situación, las posibilidades de usar el lenguaje se reducen, quedando limitadas, a veces, a simples monólogos o desembocando, incluso, en el mutismo. Las limitaciones lingüísticas que impone la nueva situación pueden estar paliadas por el nivel educativo de los ancianos, por las situaciones sociales privilegiadas en las que vivan o por la intervención educativa institucional, con la edad aumenta la atrofia muscular y la pérdida de calcio óseo, que junto con otros factores, como la reducción de la actividad física y la nutrición, pueden desencadenar los principales problemas en el sistema locomotor de los ancianos. Aunque hay un deterioro en todos los sentidos, parece que la pérdida de la audición es el déficit sensorial más generalizado con la edad (Ryan, et al., 1986).

La disminución de la audición puede traducirse en problemas en la comprensión oral y reducción de la comunicación. También la visión se deteriora y a partir de los 60 años las pérdidas de agudeza visual son mayores. Sus consecuencias más evidentes son la pérdida de seguridad y aislamiento de los ancianos. Aunque no son irremediables, porque muchos reaccionan positivamente, pueden tener influencia en los problemas de comunicación.

También se ha comprobado un deterioro cognitivo general en la vejez, que afecta especialmente lo que se ha llamado la inteligencia fluida, o capacidad de procesamiento. Según Hayflick (1987), en la vejez se observa un deterioro en varios de los subtest de la escala de inteligencia Weschler y que se refieren a la capacidad para establecer analogías, memoria verbal y razonamiento.

Con la edad se produce un deterioro de uno de los sistemas centrales, la memoria operativa que afecta todos los aspectos del lenguaje, especialmente los procesos más complejos. Las alteraciones del lenguaje en la vejez normal no afectan los módulos y , por lo tanto, a diferencia de las afasias, no son selectivas de dominio (que afectan el lenguaje como sistema modular, fonológico, sintáctico y léxico-semántico), sino que afectan el sistema atencional y de control, especialmente los procesos atencionales y de inhibición que implican selección, planificación y supervisión. Afectan especialmente los aspectos del lenguaje en los cuales la capacidad de memoria operativa es más necesaria: acceso al léxico, comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso.

2.2.1. Memoria operativa en la vejez:

Se divide en dos:

Memoria temporal o a corto plazo: Esta memoria es necesaria para diferentes actividades cognitivas, como son el procesamiento del lenguaje y el razonamiento, entre otras.

Memoria a largo plazo: Este aspecto interfiere de igual forma en la memoria operativa.

La comprensión y la producción del lenguaje es una de las tareas humanas más complejas que requieren el funcionamiento de la memoria operativa, memorizando temporalmente secuencias de lenguaje, conectando esta información con conocimientos almacenados en la memoria a largo plazo y manteniendo unas informaciones y rechazando otras. En casi todas las concepciones de memoria operativa se acepta que funciona como un espacio de trabajo mental con una capacidad limitada. Esta limitación explica muchos fenómenos del conocimiento humano: la capacidad limitada de recordar series de números o de palabras, la capacidad limitada para realizar varias tareas simultáneamente, etc. La versión más difundida de este concepto ha sido la definida como un sistema tripartito, compuesta por dos subsistemas subordinados especializados en almacenar material verbal (almacén fonológico) y material perceptivo-visual (almacén visuoespacial), y un sistema atencional de control y supervisión que ha sido llamado ejecutivo central o sistema atencional supervisor (Baddeley, 1990,1992; Shallice, 1988).

La capacidad de la memoria operativa varía con la edad. A lo largo del desarrollo hay un incremento considerable de la capacidad de recordar temporalmente material verbal. Sin embargo numerosas investigaciones han encontrado datos que apoyan la idea de que en la vejez tiene lugar una reducción de la memoria operativa, que podría considerarse una involución en este desarrollo.

Dentro de los componentes de la memoria operativa se encuentran: El estructural (Fonológico, visuoespacial y ejecutivo central) y el funcional (capacidad de almacenamiento a corto plazo, eficacia de procesamiento y capacidad de control) dichos componentes se alteran en la vejez.

En la vejez se altera el sistema de la memoria operativa en su subsistema fonológico, dando lugar a problemas en la fluidez verbal presentes en los ancianos (Salthouse, 1993). También parece que se altera el componente ejecutivo central y se produce un enlentecimiento general de los procesos.

Salthouse y Babcock (1991) han afirmado que la organización estructural del conocimiento (memoria semántica) y la capacidad de almacenamiento se mantiene en los ancianos, pero se altera la organización funcional de éste y la eficacia en el procesamiento⁶.

⁶ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit, p. 3 – 6.

2.2.2. Alteraciones del lenguaje en la vejez:

Léxico: Existen tres fenómenos distintos que permiten comprender la relación entre el deterioro léxico y deterioro de la memoria operativa:

- El vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: los ancianos reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, dependiendo naturalmente del nivel cultural.
- Dificultades importantes en el acceso al léxico: problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos , incremento en los episodios de “en la punta de la lengua”, problemas para encontrar la palabra adecuada a una definición o dificultades en el recuerdo de palabras.
- El conocimiento conceptual no parece que se deteriora con la edad, sino que al parecer se incrementa en los ancianos.

Todo parece indicar que las dificultades léxicas en los ancianos responden más a un problema de ejecución que de competencia. El conocimiento léxico se mantiene tanto desde el punto de vista conceptual, como semántico y fonológico. Lo que se observa es una dificultad para acceder a este conocimiento que se manifiesta en: a) Incapacidad para encontrar los nombres (especialmente de personas o poco frecuentes); b) Aumento de los tiempos de reacción, y c) Uso de paráfrasis como estrategia compensatoria. En los ancianos normales, los problemas de vocabulario se parecen más al típico fenómeno de la punta de la

lengua, que tiene que ver no con la disgregación o ausencia de la palabra correspondiente, sino con la selección de la adecuada.

Las alteraciones del acceso léxico en los ancianos que ya hemos mencionado podrían explicarse como una dificultad de acceso al lexicón fonológico, dicho acceso implica la inhibición de alternativas irrelevantes y una toma de decisión acerca de la palabra requerida.

Sintaxis: Las dificultades en la comprensión y producción de estructuras sintácticas se relacionan con las dificultades en la memoria operativa. En el primer caso, coincidirían con los problemas del agramatismo que aparecen en algunos casos de afasia y que han sido interpretados como perturbaciones en el procesador sintáctico: falta de asignación de cualquier tipo de estructura a las oraciones, alteraciones en el orden canónico de las palabras, alteración en la estructuración de las estructuras. En el segundo caso, los problemas de comprensión sintáctica se deberían a limitaciones en la capacidad de procesamiento y se producen en los ancianos. Se supone que la dificultad tiene su origen en las limitaciones de los ancianos para operar simultáneamente con diferentes tipos de información o con material complejo, o en la limitación de la memoria verbal a corto plazo.

Discurso: De forma intuitiva se observa que muchos ancianos presentan problemas en la organización del discurso: tienen dificultades en comprender

historias o noticias complejas; cuando cuentan historias, pierden el hilo conductor o los detalles de éstas; prefieren los programas de televisión que son simples y lineales a las películas o programas mas complejos, etc. Además se han encontrado dificultades para comprender y producir adecuadamente diferentes tipos de discurso: comprensión de textos, conversación espontanea, descripciones, relatos autobiográficos, comprensión y narración de historias y comprensión de párrafos en prosa. El deterioro se manifiesta en: a) Efecto negativo de la edad sobre el recuerdo de información en el discurso; b) La dificultad de los sujetos de edad avanzada para comprender la información estructurada de forma compleja en los textos orales o escritos que se presentan, o a partir de materiales visuales, y c) La dificultad para elaborar historias coherentemente estructuradas y con gran contenido informativo. El primer aspecto podría explicarse por alteraciones de la memoria asociadas a la edad. El segundo y el tercero tiene que ver con la organización de la estructura del discurso⁷.

⁷ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit, p. 12 – 15.

2.3. SISTEMA DE PROCESAMIENTO LINGÜÍSTICO

La neurolingüística cognitiva describe la “Maquinaria cognitiva” que se encuentra organizada en módulos con una clara influencia de conceptos computacionales según los cuales cualquier tarea o función debe ser dividida e implementada como una colección de subpartes más pequeñas, que sean tan independientes las unas de las otras como el proceso general lo permita y lo requiera. Así con base en ese supuesto de modularidad mencionado anteriormente explica como el sistema cognitivo se compone de un conjunto de procesos o módulos cada uno de los cuales se encarga de una tarea específica, lo cual es aplicable perfectamente al lenguaje encontrado incluso como la sintomatología de los pacientes lo confirma, ya que se observa como ellos pueden fallar en determinadas tareas lingüísticas conservando intactas otras. Un elemento interesante del modelo, es la explicación de diversas rutas que puede tomar la información en su proceso, donde , según la naturaleza de la tarea o el posible daño que puede existir en el sistema, es procesada de una u otra forma, es decir en algunas ocasiones la información recibe un tratamiento de procesamiento total mientras que en otras se toman “atajos” que facilitan la emisión de respuestas.

El sistema de procesamiento lingüístico presenta la descripción de sus módulos y procesos explicando cuatro mecanismos principales, de los cuales se va a describir la función específica de dos de ellos, la percepción y comprensión del habla y la producción oral, dado que la investigación llevada a cabo solo se limita

a alteraciones del lenguaje oral. Es por esta razón que no se abarca el lenguaje escrito y la comprensión de oraciones.

Los cuatro mecanismos principales del sistema de procesamiento lingüístico son:

- percepción y comprensión del habla
- producción oral
- lenguaje escrito (lectura y escritura)
- comprensión y producción de oraciones⁸

2.3.1. Percepción y comprensión del habla: En el intervienen todos los sistemas anatómicos implicados en esta función, desde el oído hasta el cerebro. Para la percepción del habla se debe discriminar tanto los rasgos físicos de frecuencia, timbre, intensidad, duración del sonido, como la clasificación de esos sonidos en esos fonemas.

Deben reconocerse otros conceptos para llevar a cabo la categorización del habla en fonemas:

- El habla es continua y no segmentada en unidades discretas, esto se explica en cuanto a que en la escritura hay separaciones entre las palabras, sin embargo al observar el habla en el espectograma, esta se ve como una señal continua dado

⁸ GARCIA HOYOS, Isabel Cristina y NARANJO ARISTIZABAL, Alba Lucía. La afasia: Trastornos del lenguaje oral y lectoescrito en el adulto. Manizales: Universidad Católica de Manizales, 2002. p. 148.

que el sonido final de una palabra enlaza con el inicial de la siguiente, dificultando así la percepción del lenguaje.

- Los segmentos fonéticos no tienen propiedades invariantes , es decir que los fonemas no corresponden con un solo sonido, sino que son abstracciones de varios sonidos que comparten ciertos rasgos acústicos. Son como una especie de prototipo de una categoría amplia de sonidos.

- Diferencias que existen entre los hablantes de un idioma en la pronunciación exacta de los fonemas debido a su dialecto particular, su timbre de voz, etc o al descuido en la articulación.

La percepción del habla requiere un buen funcionamiento de los mecanismos de análisis encargados de clasificar los sonidos que llegan a los oídos , en alguna de las categorías de los fonemas existentes; esto se consigue mediante el análisis de tres niveles, así:

Análisis acústico: Se realiza un análisis del estímulo en sus principales variables físicas como frecuencia, intensidad duración, etc.

Análisis fonético: Se hace un análisis de la forma como ha sido configurado ese estímulo en los órganos fonoarticuladores (como ha sido articulado), así se detecta si se trata de un sonido bilabial, sonoro, nasal, etc.

Análisis fonológico: Se clasifica el segmento fonético identificado en el análisis anterior como el fonema determinado de los existentes en la lengua.

Para construir una explicación modular del sistema de procesamiento lingüístico (figura 1.1), es necesario iniciar por el módulo de **Análisis Acústico**, el cual es responsable convertir la señal del habla correspondiente a una palabra en un *código fonémico*, luego de esta percepción del habla una vez categorizados los sonidos verbales el siguiente paso es atribuir un significado a esa secuencia de sonidos, sin embargo para esto se requiere de un almacén de memoria en el que se encuentran representadas todas las palabras que se conocen oralmente, para poder así identificar cual es la que corresponde a una secuencia de sonidos determinados. El almacén de palabras mencionado se denomina **léxico auditivo**. Los procesos de reconocimiento de palabras comienzan a funcionar en el mismo instante en que se comienzan a percibir los primeros sonidos sin esperar a escuchar la palabra completa. Es importante mencionar que el lenguaje es muy previsible; de modo que cuando el hablante va a decir una palabra en un contexto determinado, con solo escuchar los primeros sonidos el oyente sabe de que palabra se trata, sin embargo no solamente el contexto ayuda a reconocer con rapidez las palabras, dado que cuando se presentan aisladas se pueden reconocer antes de que se hayan terminado de pronunciar, por lo tanto la rapidez de reconocimiento depende del “punto de unicidad”, dicho punto es el fonema a partir del cual la palabra es única y no existe ninguna otra que comiencen con ese fonema.

A pesar de que el punto de unicidad se constituye como la variable más importante en el reconocimiento de las palabras no es la única que interviene, en este proceso se encuentran implicadas la frecuencia de uso de las palabras, el

patrón de acentuación, la categoría gramatical, la complejidad morfológica o composición silábica.

Después de que la información pasa por el léxico auditivo, sigue la ruta al **sistema semántico**, en el cual se encuentra el significado de las palabras o conceptos; su organización y funcionamiento es diferente a la del almacén léxico auditivo., dado a que dichos conceptos se organizan en categorías, las cuales son la de los seres vivos y los artefactos, esta división se ha realizado de acuerdo a sus características que permiten la distinción entre ellas.

La categoría de los seres vivos se diferencia por sus rasgos perceptivos (trompa de elefante, rayas del tigre) y la de los artefactos tiene unos rasgos que permiten deducir su función (la hoja afilada de un cuchillo sirve para cortar, etc), de acuerdo a esto las categorías mencionadas pueden estar almacenadas en distintas zonas cerebrales así la primera de ellas podría estar situada en la zona temporo-límbica y la segunda en la zona frontoparietal. El sistema semántico es común para todas las modalidades perceptivas y el léxico auditivo solo sirve para reconocer las palabras que nos llegan a través del lenguaje oral⁹.

Luego de este procesamiento continúa la:

2.3.2. Producción oral: En esta el camino a recorrer es el inverso al que se describe en la comprensión oral, ya que aquí se parte de un significado para

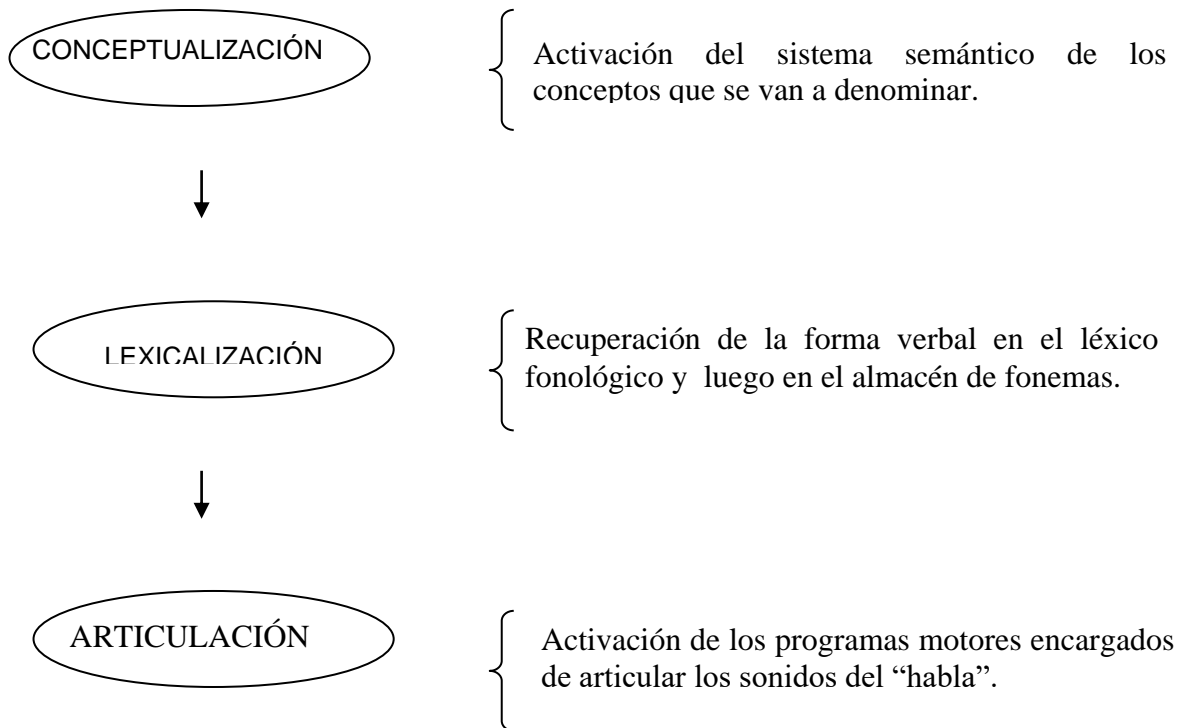
⁹ PARKIN, Alan J. Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Medica panamericana, 1999. p. 145 – 171.

terminar en la articulación de los sonidos que componen la palabras. En el caso del habla espontánea se comienza por activar el significado en el sistema semántico, con el fin de dar forma a la idea que se quiere transmitir.

La representación del significado permite la activación a la forma fonológica a la que se encuentra conectada y que se encuentra en el nivel de “lexema” o **léxico fonológico**. A su vez, esa representación fonológica activa cada uno de los fonemas que lo componen para, finalmente, entrar en funcionamiento los programas motores que permiten articular esos fonemas.

En el caso de la denominación de objetos los primeros pasos van encaminados a identificar esos objetos, pero una vez que se accede al sistema semántico los procesos son los mismos que en el habla espontánea.

Los sistemas encargados de la producción oral son tres:



En primer lugar se cuenta con la conceptualización, ya que la producción oral se inicia con la activación del concepto (o de sus rasgos) en el sistema semántico sea cual sea la modalidad de llegada (visual, auditiva) esta activación se expande en dos direcciones: horizontalmente, a otros conceptos relacionados dentro del sistema semántico, y verticalmente hacia el léxico fonológico o la representaciones lógicas correspondientes.

La conceptualización se refiere al “concepto” que se tiene de una palabra determinada (por ejemplo, cuando se activan los rasgos semánticos de “mamífero, carnívoro, feroz de gran tamaño y parecido al gato”, no sólo se activa la palabra tigre sino también león, y , en menor medida la palabra lagarto). Cuando se produce un error activado mas que la adecuada, bien por que tiene un umbral mas bajo, al ser mas utilizada, o bien por que acaba de ser nombrada y ha quedado activada. Los primeros se denominan errores semánticos (parafasias) y los segundos perseveraciones.

En segundo lugar se tiene la lexicalización, ya que la forma verbal de los conceptos se encuentra representada en lo que se llama léxico fonológico, en el cual una variable fundamental es la frecuencia de uso (cada vez que se usa una palabra desciende su umbral de activación, de modo que en próximas ocasiones es mas fácil acceder a ella; mientras que las palabras poco frecuentes tienen umbrales muy altos y son por ello difíciles de activar).

Lo anterior es aplicable en los pacientes anómicos, para quienes su capacidad para recuperar la forma fonológica de la palabra viene marcada por la frecuencia

de uso (pueden usar palabras muy frecuentes, pero con incapacidad de recuperar las menos frecuentes).

Otras variables que intervienen en el proceso de lexilicación son la categoría gramatical, la imaginabilidad y la complejidad morfológica.

Al emitir una palabra por ejemplo “tigre” se activan todos los fonemas que la componen pero puede darse el caso de producirse un error fonológico; esto puede suceder por que es más frecuente y tiene por ello un umbral más bajo, y por que se acaba de pronunciar estando todavía activada (Ej.: tidre por tigre).

Cuando el error se produce en el nivel conceptual la palabra seleccionada sería relacionada semánticamente (parafasias semánticas, ejemplo: libreta por cuaderno), cuando ocurre en el nivel léxico-fonológico la palabra seleccionada sería una relacionada fonológicamente (parafasias fonológicas, ejemplo: prisa por brisa), y cuando se presentan errores de cambiar una palabra por su antónimo corresponde al nivel de lemma, (ejemplo: arriba por abajo o ayer por mañana).

Seguido del paso por el léxico fonológico, finalmente se tiene el proceso articulatorio en el que una vez seleccionados los fonemas son retenidos en un almacén a corto plazo, denominado **retén de respuesta**, mientras se preparan las órdenes articulatorias que permiten su emisión. Cualquiera que sea la tarea: denominación, lectura o repetición, los fonemas tienen que esperar un breve tiempo para que puedan ser articulados de una manera ordenada.

Cada fonema tiene un rasgo articulatorio determinado y para producirlo se ponen en funcionamiento los procesos motores encargados de mover los órganos del aparato fonador. Estos programas motores están automatizados, lo que evita tener

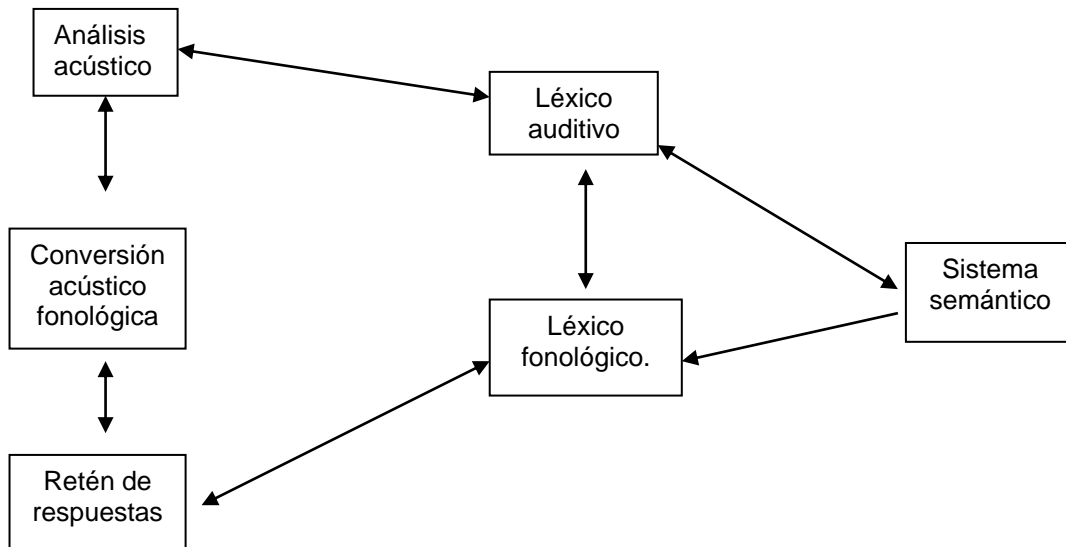
que pensar en los movimientos que se tienen que realizar cuando se quiere expresar una palabra.

También hay una conexión directa desde el sistema de análisis acústico hacia el retén de respuestas fonémicas, a través de un sistema de **conversión acústico fonológica** este nos permite repetir palabras, esta repetición implica tanto procesos de comprensión como de producción, ya que para poder producir la palabra es necesario haberla percibido.¹⁰

Es necesario aclarar que muchas veces se repiten las palabras sin pasar por el sistema semántico, es decir, se puede repetir la palabra sin comprender su significado; también se puede repetir una palabra que jamás se hubiese escuchado antes e incluso una pseudopalabra como BLIG y SPONE. Se observa también que la información puede fluir hacia atrás desde el retén de respuestas fonémicas hacia el módulo de análisis acústico. Este permite que la información fonémica sea reciclada en el sistema y proporcione la base de lo que a menudo se llama “habla interna” la tendencia a oír cosas en la cabeza cuando se lee o se piensa.

¹⁰ CUETOS VEGA, Fernando. Evaluación y rehabilitación de las afasias: Aproximación cognitiva. Madrid: Médica Panamericana. 200.

Figura 1.1. Sistema de procesamiento lingüístico.



Fuente: PARKIN, Alan J. Exploraciones en neuropsicología cognitiva. (1999)

2.3.3. Alteraciones del lenguaje oral:

El estudio de las alteraciones del lenguaje oral ha permitido un cierto avance en la comprensión de la organización modular de los procesos lingüísticos. A continuación se enumeran las alteraciones del lenguaje oral.

2.3.3.1. Sordera pura de palabras: Se define como la incapacidad de entender palabras habladas a pesar de que el paciente es capaz de leer, escribir y hablar normalmente. Además son incapaces de repetir palabras que no puedan entender. El déficit perceptivo de la sordera pura para las palabras implica un déficit en el procesamiento fonémico, es decir, en la capacidad para segmentar una cadena de sonidos del habla en sus fonemas constituyentes. También puede

ser debido a algún problema específico en la percepción de sonidos parecidos a los del habla esto se confirma con comentarios como “las voces vienen, pero no las palabras”, o surgir de un análisis auditivo defectuoso que impide el acceso a un léxico de entradas auditivas. La identificación de este último está basada en el fenómeno de la sordera pura de significado de palabras, en la cual las palabras pueden escribirse correctamente al dictado aunque no se comprenden, y donde el rendimiento en una tarea de decisión léxica auditiva es normal, esto parece surgir de un análisis acústico defectuoso que impide el acceso al léxico auditivo.

2.3.3.2. Agnosia fonológica auditiva: En la cual sólo se pueden repetir palabras familiares y presenta dificultad para repetir pseudopalabras y palabras nuevas. Aquí existe una conexión directa entre el análisis acústico y el léxico fonológico.

2.3.3.3. La anomia: El paciente parece haber perdido entradas específicas del léxico fonológico. Es posible que este déficit refleje una desorganización de la memoria semántica o la pérdida de las salidas fonológicas. La anomia está dividida en: **Anomia semántica:** El paciente tiene problemas para encontrar palabras en cualquier circunstancia, debido a una alteración semántica; emparejar palabras, dibujos, comprender el habla, nominar objetos a nivel táctil y sustitución de palabras correctas por otra de significado similar. **Anomia de selección de palabras:** No hay dificultad para definir palabras escritas o habladas, pero sí para nominar, sustituyéndolas por palabras aproximadas. La anomia también es determinada por una serie de factores que incluyen la frecuencia de las palabras y

la edad en la que se adquirió la palabra. El sistema semántico está intacto y el defecto radica en el léxico de salida auditivo (entre el léxico fonológico-sistema semántico).

2.3.3.4. Jerga afásica con neologismos: Parece ser una forma de “descarrilamiento fonológico”, en la que, por alguna razón, el sujeto fracasa al controlar la exactitud de su salida de habla la cual es fluida pero sin sentido, el daño está en el léxico fonológico.

2.3.3.5. Disfasia profunda: Implica la capacidad para repetir nombres comunes, pero no la de repetir pseudopalabras. No obstante, estos pacientes, a veces, producen paráfrasis semánticas. Esto sugiere que están respondiendo a través de una ruta semántica, en vez de la ruta propuesta que va directamente del léxico auditivo al léxico fonológico.

2.3.3.6. Agramatismo: se caracteriza porque sufren un problema común que afecta a la construcción sintáctica del habla.

También se han encontrado déficits selectivos en relación con la **prosodia**. Parece que los daños en el hemisferio izquierdo afectan a la prosodia no emocional (por ejemplo, a las pausas que marcan las fronteras entre palabras), mientras que los

daños en el hemisferio derecho alteran la capacidad para comprender las claves prosódicas emocionales (entonación y acentuación)¹¹.

2.4. TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El trastorno cognitivo del paciente que padece la enfermedad de Alzheimer comienza de forma insidiosa y evoluciona progresivamente. Las manifestaciones más precoces son la alteración de la memoria o el deterioro de la orientación visuoespacial. Los trastornos del lenguaje aparecen precozmente, aunque la familia a veces lo atribuyen a un déficit senil de la función auditiva y en la fase inicial pueden pasar inadvertidos en una exploración informal.

Se perturban fundamentalmente los componentes semánticos del lenguaje, al producirse una disrupción en la vía de procesamiento entre lo que se percibe por la vista o el oído y su significado. Esto puede ser debido a la degeneración de las estructuras que tienen contenidos semánticos, o bien a un problema amnésico que impide el acceso a la información almacenada en esas estructuras, o quizás intervengan ambos mecanismos. Sin embargo, los procesos de conversión fonológica (oral/oral o visual/oral) permanecen indemnes durante mucho tiempo. El paciente comienza presentado dificultades para hallar alguna palabra en la conversación espontánea y en la exploración muestra dificultad para nombrar objetos o acciones cuando se le solicita, así como pobreza en la generación de una lista de palabras categoriales, aunque conserva un buen rendimiento en la

¹¹ PARKIN, Op. Cit, p. 145-171.

fluidez guiada por la letra inicial (Monsch, et al., 1992). Posteriormente se hace más evidente la disfasia, en sus facetas de expresión y comprensión, aunque ambos componentes no evolucionan a la misma velocidad. El habla se muestra vacía de contenido, en parte por que la amnesia reduce la cantidad de información disponible y en parte porque el trastorno semántico sólo permite un pensamiento vago y no concreto; pero conservan la fonología y la sintaxis. Los posibles errores parafásicos serán semánticos, raramente fonémicos. Aunque el trastorno del lenguaje es siempre fluente, muchas expresiones no llegan al final, porque el trastorno de memoria corta la cadena de pensamientos iniciado. Esto explica también parcialmente la dificultad para prolongar un mismo tema de conversación. Es posible observar palilalias y logoclonías. Aunque las logoclonías no son frecuentes, para algunos autores su ocurrencia es considerada patognomónica de la enfermedad de Alzheimer.

También se han considerado características de la enfermedad de Alzheimer las intrusiones, que no sólo se observan en el habla, sino también en la escritura, el dibujo, la expresión gestual y en tareas constructivas. No obstante, aunque las intrusiones constituyen un marcador sensible de la disfunción mnésica, no son específicas de la enfermedad de Alzheimer (Gordon, et al., 1984). Por otra parte, el trastorno de la comprensión es una constante en estos enfermos. Es más notable en algunas situaciones particulares, como por ejemplo cuando el mensaje contiene palabras funcionales que expresan una relación visuoespacial o cuando el procesamiento requiere un esfuerzo mnésico. La repetición de palabras y frases

cortas se conserva durante mucho tiempo en el paciente que padece la enfermedad de Alzheimer, excepto si ésta frase contiene palabras muy “infrecuentes” .

Aunque la lectura en voz alta puede permanecer hasta fases avanzadas de la enfermedad, se altera precozmente la comprensión del lenguaje escrito. Este aspecto puede detectarse antes si la persona tiene hábito por la lectura, igual que ocurre con el lenguaje oral, ese déficit en la comprensión es proporcional al grado de complejidad gramatical del mensaje informativo. La escritura también muestra un trastorno precoz en casi todos sus aspectos, siendo características la dificultad para iniciarla espontáneamente y la reducción en la cantidad de palabras en la redacción libre. En ocasiones se observan errores literales de adición, omisión o perseveración, o sustitución de palabras.

La disprosodia de los pacientes sigue una pauta similar. Se altera la comprensión del tono emocional del habla, así como del significado emocional de las expresiones faciales, pero el enfermo conserva la modulación de sus expresiones hasta estadios avanzados de la enfermedad.

En el subgrupo de pacientes con mayor degeneración del hemisferio izquierdo es frecuente que las alteraciones verbales aparezcan precozmente, pero ciertas habilidades artísticas como la pintura o la interpretación musical, y la capacidad para practicar ciertos juegos (a veces complejos) y otras habilidades visuoespaciales permanecen preservadas mucho tiempo (Beatty, et al., 1994).

En general el trastorno del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer progresa paulatinamente desde la anomia hacia la afasia transcortical sensitiva. En la última fase, la desintegración intelectual del paciente es global, pudiendo observarse un trastorno afaso-apracto-agnósico-amnésico, con imposibilidad para el cálculo elemental y desestructuración de la personalidad. En algunos casos puede haber ilusiones o alucinaciones auditivas. La comunicación verbal se halla muy restringida: el habla pierde fluidez hasta llegar al mutismo parcial o total, a veces mostrando ecolalia y palilalia, con la comprensión verbal casi abolida. En algunos pacientes se conserva más tiempo la comprensión de los gestos.

Se puede añadir que algunos observadores han notado una asociación entre la enfermedad de Alzheimer de comienzo “presenil” (antes de los 65 años) y un trastorno de lenguaje más acusado (Brandt, et al., 1989; Chang Chui, et al., 1985; Lawlor, et al., 1994; Seltzer y Sherwin, 1983) , aunque otros autores han refutado esos resultados (Bayles, 1991; Selnes, et al., 1988). También se ha sugerido que la gravedad de la demencia al ser diagnosticada, y en particular la existencia de disfasia intensa, se asocia a una evolución más rápida de la enfermedad, constituyendo por tanto un signo de mal pronóstico (Bracco, et al., 1994).

La variabilidad clínica de los trastornos del lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer pueden identificarse tres grandes grupos clínicos de pacientes (Martin et al, 1986; Fisher et al, 1996, 1997), que se diferenciarían tanto por la aparición de la sintomatología como por su evolución: el primero y más numeroso grupo presentaría problemas de lenguaje y problemas visuo-espaciales, y representaría

el prototipo de la afectación de los sistemas funcionales de ambos hemisferios. El segundo grupo presentaría problemas visuo-espaciales con conservación del lenguaje, por disrupción de los sistemas de integración multimodal propios del hemisferio derecho. Y el tercer grupo presentaría problemas de lenguaje con conservación relativa de las capacidades visuo-espaciales por disrupción predominante de los sistemas funcionales propios del hemisferio izquierdo¹².

2.5. PRUEBA PSICOMÉTRICA

El Minimental de Folstein es una de las pruebas que mide la alteración mental del paciente, requiere sólo de 5 – 10 minutos y explora sobre un puntaje determinado las áreas de orientación temporal y espacial, memoria inmediata y de fijación, atención, calculo, producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visuoespacial. La puntuación menor de 20 ya es indicativo de estado demencial.

La utilidad de esta prueba es A) Identificar la presencia de daño cerebral y su posible causa etiológica, incluyendo el diagnóstico diferencial con trastornos emocionales. B) Facilitar el seguimiento objetivo. C) Planear la rehabilitación¹³.

¹² JUNCOS RABADÁN, Op. Cit, p. 85 – 86.

¹³ TORO Ricardo José y YEPES Luis Eduardo. Fundamentos de Medicina Manual de Psiquiatría. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas, 1997. p. 320 - 321.

Tabla de puntaje sobre valoración para el Minimental:

65 años y más	26 puntos
Hombres y mujeres	28 puntos
0 a 8 años de educación	26 puntos

Fuente: GOMEZ, José Fernando. Evaluación de la salud de los ancianos. (1995).

2.6. MANEJO DE LA ENFERMEDAD

2.6.1. Tratamiento de los trastornos del lenguaje en la enfermedad de

Alzheimer: Esta demencia se produce porque las estructuras cerebrales donde se almacenan y procesan los programas del lenguaje se van atrofiando de forma progresiva. Por tanto no podemos detener el deterioro de los componentes lingüísticos del lenguaje. El derrumbamiento concomitante de otras funciones cognitivas, como la memoria y las funciones visuoespaciales, contribuyen a la ineficacia de los intentos de rehabilitación. No obstante, hay pacientes que padecen la enfermedad de Alzheimer los cuales conservan algunas habilidades complejas, como pintar o tocar el piano, cuando ya son incapaces para otras actividades simples (Beatty, et al., 1994), o logran una buena construcción gramatical a pesar de tener anomias. En la medida en que eso pueda significar que el problema radica en cierta medida en el acceso a la información semántica y no a la destrucción de sus estructuras de soporte, los esfuerzos por diseñar tratamientos destinados a estimular el acceso a esa información superviviente a

través de las habilidades que se conservan (musicoterapia) podrían ayudar a mejorar o mantener la calidad de vida y la capacidad de comunicación del paciente (Aldridge, 1994 ; Beatty, et al., 1994). Además tratamientos farmacológicos que apuntan a frenar la velocidad de progresión de la enfermedad o a atenuar el déficit de neurotransmisores, como la nimodipina o tacrina, frenarían potencialmente el agravamiento de la afasia, pero en ningún caso lo detienen¹⁴.

¹⁴ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit, p. 87 – 89.

3. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio descriptivo de casos, de corte transversal, con análisis cuantitativo. Descriptivo de casos psicosociales, dado que se describirán las alteraciones del lenguaje oral en los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Transversal porque los resultados se analizarán en el período comprendido entre el 2002 a 2004 en el Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 43 pacientes que consultaron al servicio de Psiquiatría y neurología en el Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán en el periodo comprendido entre 2002-2004. Como fuente primaria para la recolección de información referente al tema a investigar, posteriormente se revisaron las historias clínicas y se aseguró que en ellas apareciera registrado el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer o Demencia senil tipo Alzheimer. Finalmente de la población total quedaron 13 pacientes debido a que 21 de ellos no cumplieron con los criterios de inclusión, se reportaron tres casos de mortalidad y seis casos se dieron por perdidos dado el desconocimiento de su vivienda para

realizar la evaluación domiciliaria, además se aseguró la confidencialidad de la información que suministraban.

3.2.1. Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer o Demencia Senil tipo Alzheimer que posean registro de historia clínica en el Hospital Susana López de Valencia .
2. Pacientes procedentes del municipio de Popayán.
3. Pacientes mayores de 65 años, de cualquier género.

3.2.2. Criterios de exclusión:

1. Paciente que a pesar de la sintomatología no posea registro de historia clínica, ni el diagnóstico requerido para el estudio, en el Hospital Susana López de Valencia.
2. Pacientes con patologías asociadas como Parkinson y Esquizofrenia.
3. Pacientes cuyas procedencias sean de otros municipios del departamento del Cauca.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

- Datos sociodemográficos.
- Resumen de historia clínica y social: Situaciones clínicas específicas, hallazgos diagnósticos, antecedentes familiares, historia social, relación con personas, lenguaje y comunicación.
- Estado mental
- Alteraciones del lenguaje oral.
- Fase de la enfermedad
- Diagnostico comunicativo

(Ver anexo A) Cuadro de operacionalización de las variables.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Una vez seleccionado el tema se envió oficio de consentimiento al director del área de estadística del Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán (ver anexo B), para tener acceso a las Historias Clínicas, luego de su aprobación se efectuó la revisión de los rips (Registro individual de pacientes) correspondientes a las especialidades de Neurología y Psiquiatría, de estos se escogieron las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo así la población objeto de estudio, la cual fue localizada por vía telefónica y visita domiciliaria donde se dio a conocer al acudiente el objetivo del trabajo de investigación a través del consentimiento informado (ver anexo C);

con la aprobación de este se concreto una posterior visita para la aplicación del formato de evaluación (ver anexo D), en el cual se incluyó la entrevista al acudiente y la valoración específica al paciente en lo concerniente a la parte comunicativa.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas necesarias como la aceptación voluntaria de los familiares de los pacientes mediante consentimiento informado para participar en la investigación, además de los principios éticos de autonomía, beneficencia, secreto profesional, respetando la privacidad e intimidad del paciente y su familia.

3.6. PROCEDIMIENTO

Se inicio con la aprobación del oficio enviado al director del área de estadística del Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán, el cual especificaba el objetivo del proyecto investigativo a llevarse a cabo con los pacientes que acuden a las especialidades de Neurología y Psiquiatría.

Teniendo en cuenta la bibliografía revisada y los test del lenguaje y cognición, se elaboró el formato de evaluación a aplicar en los pacientes diagnosticados con demencia senil tipo Alzheimer o enfermedad de Alzheimer dicho formato contempla los datos sociodemográficos, resumen de Historia Clínica y social con

las situaciones clínicas específicas, antecedentes familiares, estado mental, lenguaje oral, lenguaje comprensivo, diagnóstico comunicativo. El formato fue sometido a revisión de expertos como: Psiquiatra, Gerontólogo Epidemiólogo, Enfermera Magíster en Adulto y Anciano, Fonoaudióloga especialista en Docencia Universitaria, todos pertenecientes a la Universidad del Cauca; partiendo de las observaciones hechas por estos se efectuaron las correcciones necesarias y se anexaron al formato de evaluación la prueba psicométrica Minimental y la fase de la enfermedad.

La prueba piloto se aplicó al 10% de la muestra en personas particulares con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, con los datos obtenidos en esta se garantizó la evaluación de los ítems necesarios para el objetivo del estudio, además de brindar confiabilidad en la aplicación del formato de evaluación. Posteriormente se revisaron Historias Clínicas y se seleccionó la muestra tomando los criterios de inclusión y exclusión como punto de referencia; luego se coordinó con el acudiente una visita en la cual se aprobó el consentimiento informado mediante la explicación detallada del objetivo del proyecto, se aseguró la confidencialidad de la información; finalmente se programó una nueva visita donde se aplicó la evaluación estructurada a cada paciente de la muestra a través de entrevista al informante y observación de las conductas en cada ítem evaluado. Con la obtención de los datos y teniendo presentes las variables se analizaron las evaluaciones y se realizó un modelo de intervención fonoaudiológica y recomendaciones para el cuidador, la familia y el terapeuta (ver anexos F y G).

3.7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La herramienta software utilizada para el análisis de los resultados fue Microsoft Excel. El análisis de los resultados se realizó teniendo en cuenta las variables del estudio, aplicables a los 13 pacientes evaluados.

Tabla 1. Distribución porcentual según edad y género. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002 – 2004.

GÉNERO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD						
65 – 69	1	7,7			1	7,7
70 – 74	2	15,4			2	15,4
75 – 79	3	23,1			3	23,1
80 – 84	2	15,4	2	15,4	4	30,8
85 y más.	3	23,1			3	23,1
TOTAL	11	84,6	2	15,4	13	100

De los trece pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión, el 84,6% son mujeres y 30,8% corresponde a la edad de 80-84 años en igual proporción para los dos sexos.

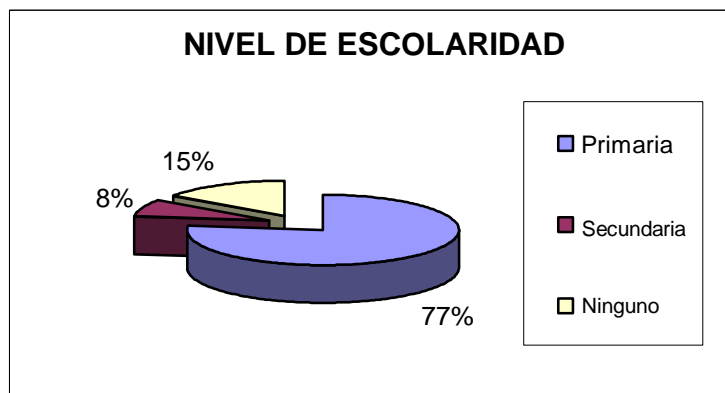
Los datos anteriormente descritos se sustentan en la proposición, la edad favorece la aparición de la enfermedad de Alzheimer sin ser la vejez la causa primordial, además la mayor frecuencia se halla en el sexo femenino dado que su tasa de

supervivencia resulta mayor que la masculina, por lo que se vuelven más autónomas y tienen que vivir solas, mientras que los hombres ausentes del trabajo se olvidan del rol masculino y disminuyen aspectos de su personalidad haciéndolos más vulnerables a cualquier enfermedad que causa su muerte¹⁵.

La totalidad de los pacientes valorados residen en la ciudad de Popayán, de los cuales nueve son naturales de los diversos Municipios del Departamento del Cauca.

De los trece pacientes evaluados seis (46,15%) son viudas, cuatro (30,76%) son casados y tres (23%) son solteros.

Grafica 1. Distribución porcentual según nivel de escolaridad. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002 - 2004.



¹⁵ TORO y YEPES, Op. Cit, p. 314.

Según los datos obtenidos el 77% de los pacientes evaluados se ubican en un nivel de escolaridad primaria y 15% no realizaron ningún nivel de estudios. Esto se relaciona con la teoría, la mayor prevalencia de la enfermedad de Alzheimer se encuentra en personas con menor nivel educativo, dado que entre menor estimulación intelectual se da a las áreas cerebrales existe mayor probabilidad en padecer la enfermedad de Alzheimer.¹⁶

A través de lo observado en la evaluación la falta de escolaridad de los evaluados, se debe a que en su mayoría provienen de la zona rural con estudios básicos no mayores a tercer grado de primaria o ausencia de estos, por la falta de recursos económicos, costumbres, dificultades de acceso, prioridades de sus padres; por esta razón su ocupación se basó en el Agro o labores de la casa.

En la actualidad el 100% de los pacientes no poseen ocupación alguna, debido al compromiso de la enfermedad de Alzheimer. Aunque cuando no presentaban esta, se desempeñaban en labores que se relacionan con el nivel de escolaridad de cada uno, desde amas de casa, agricultores hasta docentes normalistas y secretarías.

De los 13 pacientes entrevistados, el 76,9% están controlados con medicamentos para los diferentes síntomas presentes como alucinaciones, depresión, gastritis, hipertensión arterial, alteraciones del sueño, y demencia; el 61,5% presentan

¹⁶ GOLDMAN Howard H. Psiquiatría General. México: Manual Moderno, p. 88.

hipertensión arterial, los estudios audiológicos se presentan en un bajo porcentaje 7,7%. Un mismo paciente presenta más de dos situaciones clínicas específicas y por ende la sumatoria sobrepasa el 100%. (Ver tabla 2).

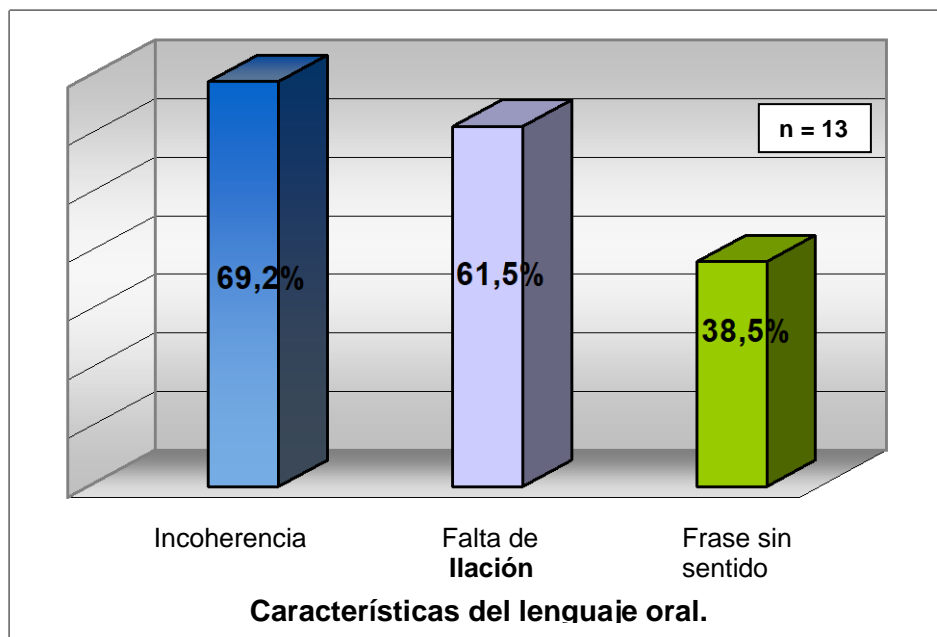
Tabla 2. Distribución porcentual de las situaciones clínicas específicas. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.

SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIFICAS	SI PRESENTA	
	Nº	%
Control con medicamentos	10	76,9
Hipertensión arterial	8	61,5
Alteraciones visuales	6	46,2
Enfermedad cardiaca	6	46,2
Alteraciones del sueño	6	46,2
Alteraciones auditivas	5	38,5
Electroencefalograma	4	30,8
Derrame de alimentos	3	23,1
Diabetes	2	15,4
Dificultad alimenticia	2	15,4
Estudios audiológicos	1	7,7

Estos pacientes no controlan su presión arterial; todos están formulados con medicamentos para la demencia y la sintomatología anteriormente descrita, sin embargo no los ingieren por que sus familiares refieren que no ven mejoría y

causan efectos secundarios, además de los inconvenientes económicos para adquirirlos. Contrario a esto los psiquiatras opinan que las demencias deben ser tratadas con psicofármacos y otras terapias con el fin de eliminar la sintomatología que acosa a cada paciente proporcionando estabilidad y mejoría en la enfermedad¹⁷.

Grafica 2. Distribución porcentual del lenguaje referido por familiares. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.



Con los datos obtenidos se observa que el lenguaje oral de los pacientes evaluados según sus familiares, presenta un alto porcentaje de incoherencias del

¹⁷ GONZALES, Op. Cit, p. 325.

69.2%, falta de ilación 61.5% y frases sin sentido en un 38.4%. Estos resultados permiten visualizar los antecedentes comunicativos de los pacientes para compararlo con lo observado durante la evaluación; al realizar ésta se pudo notar que las respuestas de los pacientes concuerdan con lo referido por sus familiares acerca de su comunicación. Lo anterior tienen mucha relación con las teorías revisadas por diferentes autores, como psiquiatras, gerontólogos, enfermeros, fonoaudiólogos quienes plantean que los pacientes con Enfermedad de Alzheimer presentan dificultades para entablar un diálogo, debido a que no encuentran las palabras adecuadas, sustituyen palabras, haciendo que su lenguaje la mayoría de veces sea incomprensible o simplemente olvidan el tema de la conversación¹⁸.

Ante la exploración del estado mental de los pacientes todos se encuentran en alerta. El juicio y raciocinio está comprometido en 92,3% con compromiso en la memoria reciente y el 15,4% evidencian confusión y fallas en la orientación espacial de persona.

Lo anterior coincide con las siguientes características: el estado de conciencia en los pacientes con enfermedad de Alzheimer no se encuentra perturbado, existe compromiso de las funciones cognitivas superiores especialmente en el juicio y raciocinio en donde el paciente se le imposibilita planear, organizar, abstraer y dar soluciones a la vida diaria. (ver tabla 3)

¹⁸ RAMIREZ CUELLAR y PEREZ DE VERA, Op. Cit.

Tabla 3. Distribución porcentual del estado mental. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.

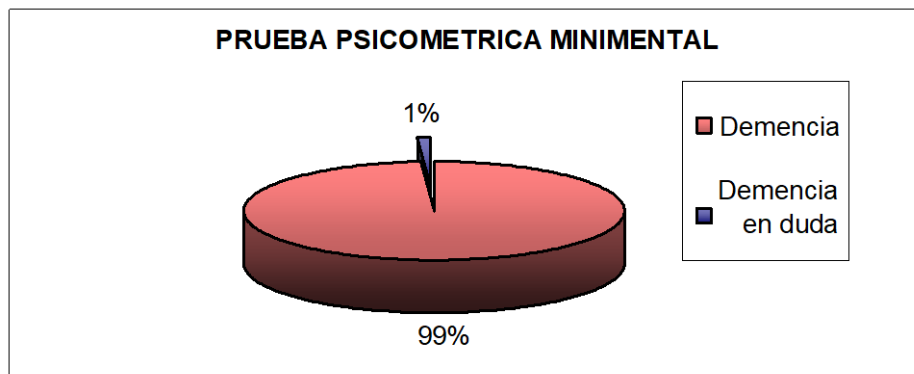
COMPONENTES DEL ESTADO MENTAL	SI	
	Nº	%
Alerta	13	100
Juicio y raciocinio comprometido.	12	92,3
Memoria reciente comprometida	12	92,3
Memoria remota comprometida.	11	84,6
Comportamientos extraños	7	53,8
Ansiedad	7	53,8
Alucinaciones	5	38,5
Delirios	5	38,5
Prosopagnosia.	5	38,5
Labilidad emocional	5	38,5
Reacciones agresivas	4	30,8
Confusión	2	15,4
Orientación espacial. (persona)	2	15,4

La memoria también se ve comprometida con predominio de la reciente, pues muchos de ellos no recuerdan lo hecho en el instante e incluso en el día, eventualmente esta falta de memoria se vuelve tan severa que olvidan la fecha de nacimiento, edad, ocupación, nombre de familiares, etc. También es común la presencia de otras anormalidades como el deterioro en actividades de la vida diaria como oficios de la casa, no recuerdan la forma de vestirse, mezclan

alimentos inadecuadamente (jugo con sopa), su afecto tiende a ser lábil o inconsistente.

Existe un fracaso en el trabajo o en sus relaciones interpersonales; desorientación en lugares conocidos, aún en su propia casa, deja de conocer a sus familiares y amigos, también es característica alteraciones sensorceptivas, inicialmente ilusiones progresando a alucinaciones predominantemente visuales, sin descartar las auditivas y otras¹⁹.

Grafica 3. Distribución porcentual según prueba Minimental. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.



Las pruebas psicométricas para medir el compromiso mental son variadas sin embargo en este estudio se aplicó la prueba Minimental (ver anexo E), el cual permite apoyar el diagnóstico, dado que evalúa de forma general el deterioro de la función cognitiva.

¹⁹ GONZALES, Op. Cit, p. 323.

Todos los pacientes obtuvieron un puntaje inferior a 26 (normal), lo cual coincide con la teoría, a menor puntaje (< 20) mayor índice de demencia y con los criterios diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer donde se especifican que aquellos pacientes que poseen historia de deterioro cognoscitivo y Minimental compatible en ausencia de otra patología que cause demencia como el hipotiroidismo o enfermedad cardiovascular determina la enfermedad de Alzheimer²⁰.

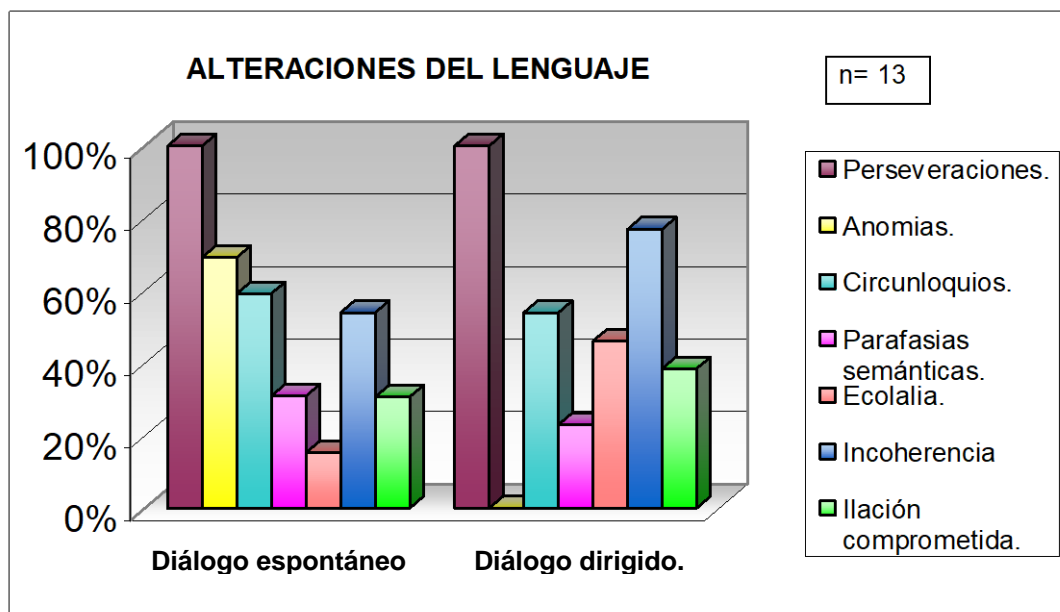
Tabla 4. Distribución porcentual del Lenguaje oral. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE.	Diálogo		Descripción Vocabulario Láminas	Evaluación Fonológica	
	Diálogo Espontáneo	Diálogo Dirigido			
Perseveraciones.	100%	100%	77%	38,5%	46,2%
Anomias.	69%	0%	61,5%	38,5%	31%
Circunloquios.	59,2%	54%	54%	7,7%	0
Parafasias semánticas.	31%	23%	69,2%	85%	77%
Ecolalia.	15,3%	46,1%	23%	23%	31%
Incoherencia	54%	77%	38,5%	0	69,2%
Falta ilación.	30,7%	38,5%	54%	0	15,3%

²⁰ FERNANDEZ MONTENEGRO Maria Alicia y MARIN Pedro Pablo. Enfermedad de Alzheimer. [en línea]. Agosto (2001). <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/temasmedicinainterna/Alzheimer.html>>.

Es de aclarar que las alteraciones del lenguaje anteriormente mencionadas son las que se presentaron con mayor frecuencia , observándose además otras alteraciones que se tuvieron en cuenta y obtuvieron un porcentaje muy bajo, como: estereotipias verbales, logoclonías, parafasias fonéticas, parafasias silábicas, intrusiones, soliloquios, neologismos. Las alteraciones del lenguaje oral que no se mencionan en el estudio no aplican en el objetivo de esta investigación.

Gráfica 4. Alteraciones del lenguaje oral, diálogo espontáneo Vs. diálogo dirigido. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.



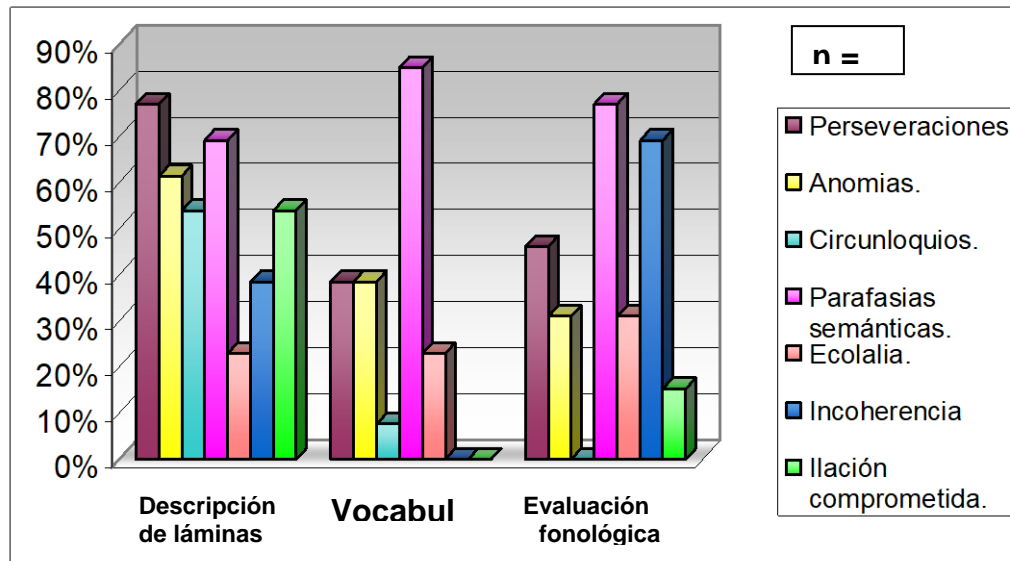
Al analizar las alteraciones del lenguaje oral en el diálogo espontáneo y dirigido, se observa que las perseveraciones se presentan en el 100% de los pacientes

evaluados, anomias en el 69% únicamente en diálogo espontáneo, los circunloquios, parafasias semánticas y falta de ilación se manifiestan en un porcentaje similar en ambas pruebas, ecolalia e incoherencia se presentan con mayor porcentaje en el diálogo dirigido con un 46,1% y 77%, respectivamente; los datos anteriormente descritos se justifican en su mayoría en la literatura indagada, la cual afirma la presencia de estas alteraciones.

Es de resaltar la ausencia de anomias en el diálogo dirigido, lo cual es correcto dado que en esta prueba el evaluador dio las pautas que facilitaron las respuestas mientras que en diálogo espontáneo es más notoria la frecuencia de esta alteración, debido a la perturbación que existe en los componentes semánticos y sus conexiones, produciendo por ende las parafasias semánticas y ocasionalmente las fonémicas que están presentes en el lenguaje oral de los pacientes valorados.

Los circunloquios, la falta de ilación, la ecolalia y la incoherencia se constituyen como características propias de la enfermedad de Alzheimer, a raíz del deterioro cognitivo presente.

Gráfica 5. Alteraciones del lenguaje oral, descripción de láminas vs vocabulario vs evaluación fonológica . Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.



Al realizar el análisis comparativo del lenguaje oral en las pruebas descripción de láminas, vocabulario y evaluación fonológica se observa que la alteración de mayor predominio en éstas son las parafasias semánticas con un porcentaje de 69.2%, 85% y 77% respectivamente, las perseveraciones, anomias y circunloquios se observan con mayor frecuencia en la descripción de láminas con un 77%, 61.5% y 54% proporcionalmente, los circunloquios no se evidencian en la evaluación fonológica; la ecolalia se presenta de manera similar en las tres pruebas, la falta de ilación en las respuestas es más notoria en la descripción de

láminas y la incoherencia se manifiesta en un 69,2% en la evaluación fonológica, estas dos alteraciones están ausentes en la prueba de vocabulario.

La presencia de las anomias es una de las características principales en la descripción de láminas y en el vocabulario, según lo sugerido por la literatura, pues explica que en la enfermedad de Alzheimer se pierde la capacidad de nominación por ende los circunloquios aparecen. Los resultados que arrojó la prueba de evaluación fonológica en los pacientes del Hospital Susana López de Valencia de Popayán contrastan totalmente con las teorías planteadas, debido a que éstos poseen trastornos a nivel semántico lo que lleva a las parafasias; además es de aclarar que aunque evidencian estas alteraciones la repetición de palabras y frases cortas se conserva durante mucho tiempo en esta enfermedad.

De acuerdo a lo anterior se puede afirmar que los trastornos del lenguaje como las ecolalias, incoherencias y falta de ilación que se hallaron en estas pruebas tienen su causa principal en los problemas mnésicos y en la progresión del proceso degenerativo²¹.

El lenguaje comprensivo de los pacientes durante la aplicación del formato de evaluación presenta mayor déficit a diferencia de la prueba específica (Ejecución de órdenes), en el cual presentan un nivel medio de comprensión. Los resultados coinciden con la teoría revisada en donde se afirma que uno de los aspectos cognitivos y comunicativos más afectados y común en los pacientes con

²¹ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit, p. 81-85.

enfermedad de Alzheimer es su comprensión, debido a esto se acentúa los problemas comunicativos con la familia y en la parte personal va decreciendo su interés por hablar²², además el trastorno de comprensión es una constante en dicha enfermedad, pues se requiere de esfuerzos mnésicos, lo que está altamente alterado en esta.

Tabla 5. Frecuencia del Diagnóstico Fonoaudiológico en las fases de la enfermedad. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.

GRADO FASE	TRASTORNO	DEL	LENGUAJE	ORAL Y	COMPRESIVO	TOTAL
	LEVE	LEVE MODERADO	MODERADO	MODERADO SEVERO	SEVERO	
FASE I	2	1				3
FASE II		1	3	4	2	10
TOTAL	2	2	3	4	2	13

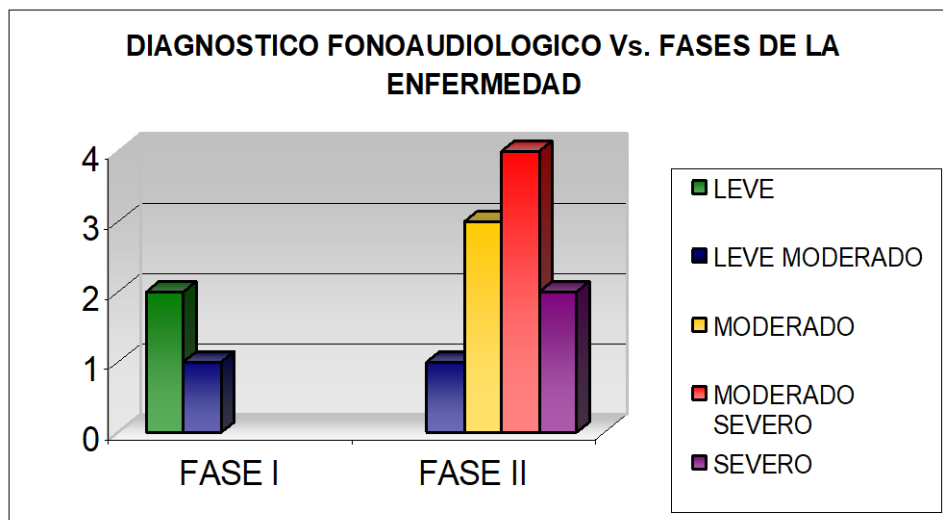
Con base en los diagnósticos del lenguaje establecidos y las fases de la enfermedad de Alzheimer se determinó el diagnóstico Fonoaudiológico y la fase en la que se encontró cada paciente.

La fase II de la enfermedad de Alzheimer fue en la que se halló el mayor número de pacientes (10) con trastornos del lenguaje oral y comprensivo y el grado de

²² MACIAS O, Op. Cit,

compromiso más frecuente fue el Moderado-severo. Los 3 pacientes ubicados en la fase I evidencian alteración en su lenguaje de grado leve a leve moderado. Y ausencia de pacientes en fase III.

Gráfico 6. Diagnóstico Comunicativo Vs. Fases de la enfermedad. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Hospital Susana López de Valencia. Popayán 2002-2004.



Se puede observar que en la fase I los grados de compromiso presentes en el lenguaje oral y comprensivo de los pacientes es leve y leve moderado; en la fase II está ausente el grado leve, ya que en ésta los problemas de comunicación oral se hacen más evidentes y pueden presentar la dificultad en comprensión auditiva, así

como en la comunicación oral. En esta fase se evidencian las perseveraciones en palabras y frases y los síntomas de la enfermedad se hacen más pronunciados²³.

En la aplicación del formato de evaluación se observaron diversas conductas como: respuestas a interrogantes no efectuados, ideas no acordes a los temas planteados, latencias, disprosodia y necesidad constante de repetición, además atención sostenida e índice de fatigabilidad normal.

²³ MACIAS O, Op. Cit,

CONCLUSIONES

1. El predominio de la enfermedad de Alzheimer es mayor en el sexo femenino, debido a que el promedio de vida de la mujer es mas alto.
2. Según las situaciones clínicas específicas hay un número alto de hipertensos, con alteraciones del sueño, enfermedad cardiaca y alteraciones visuales.
3. En la exploración del estado mental el paciente con enfermedad de Alzheimer presenta comportamientos extraños en las actividades de la vida cotidiana. Hay compromiso en el juicio y raciocinio, de la memoria remota y reciente. El estado de alerta, la ansiedad y labilidad emocional fue predominante en la totalidad.
4. Las alteraciones más frecuentes en orden descendente fueron las perseveraciones, anomias, parafasias semánticas y circunloquios, las fallas en comprensión se apreciaron en la dificultad para ejecutar ordenes y responder a preguntas formuladas, a esto se agrega la incoherencia y falta de ilación en sus ideas lo que conlleva en ocasiones a que el lenguaje sea ininteligible.
5. En la aplicación del formato de evaluación se observaron diversas conductas como: respuestas a interrogantes no efectuados, ideas no acordes a los temas

planteados, latencias, disprosodia y necesidad constante de repetición, además atención sostenida e índice de fatigabilidad normal.

6. Se determinó el diagnóstico comunicativo partiendo de los resultados obtenidos en la valoración.

7. Este proyecto de investigación constituye un elemento valioso para el profesional de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, dado que le proporciona conocimiento más amplio en el área de la Psicopatología.

RECOMENDACIONES

1. El profesional de Fonoaudiología en su aprendizaje de pregrado, debe recibir una instrucción conceptual acerca de aspectos concernientes al manejo de adulto mayor normal y con demencia, en donde se aborden las áreas de desempeño como la comunicación, motricidad y los aspectos socioculturales y afectivos de los que depende una apropiada intervención profesional.
2. Es importante que el formato de evaluación sea analizado por expertos en sus características de viabilidad y estandarización para que pueda ser aplicado a diferentes poblaciones con la Enfermedad de Alzheimer y sea el primer protocolo para evaluar estos pacientes en el programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca.
3. Este proyecto fue una herramienta útil para elaborar y proponer un modelo de intervención Fonoaudiológica en la enfermedad de Alzheimer y dar recomendaciones generales al cuidador, la familia y el terapeuta (ver anexos F y G), cuyo propósito es evitar el deterioro del lenguaje y estimularlo con el apoyo de la familia de los pacientes.
4. Es indispensable el apoyo de profesionales como geriatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, gerontólogos, fisioterapeutas y

Fonoaudiólogos, quiénes tendrán la tarea de desarrollar programas de intervención directa y conjunta principalmente con las familias de los pacientes con Alzheimer, promoviendo el trabajo intermultidisciplinario, para potenciar las posibilidades de comunicación de dichas personas.

5. Este trabajo investigativo es un punto de partida para posteriores investigaciones enfocadas a la aplicación del formato de evaluación y modelo de intervención Fonoaudiológica en enfermedad de Alzheimer, partiendo de las áreas afectadas y su entorno social, con el fin de construir espacios de promoción de la salud comunicativa y de intervención en esta población.

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA
<p align="center">DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</p>	<p>Datos específicos y personales de cada paciente</p>	Género	El sexo de una persona , es decir varón o mujer.	Femenino_____ Masculino_____
		Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha actual. Años cumplidos.	Mayores de 65 años.
		Origen	Lugar de nacimiento de la persona valorada.	Popayán_____ Otros_____
		Estado civil	Circunstancias personales que determinan la capacidad, derechos y obligaciones de los individuos.	

		Escolaridad	Estudios realizados por una persona en un plantel educativo.	Primaria____ Secundaria____ Universidad____ Ninguna____
		Ocupación	Trabajo o actividad en la que el paciente emplea el tiempo.	

<p>RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y SOCIAL</p>	<p>Datos relevantes de la historia personal, social y clínicos del paciente evaluado.</p>	<p>Situaciones clínicas específicas:</p> <p>Alteraciones visuales</p> <p>Alteraciones auditivas</p> <p>Hipertensión</p> <p>Diabetes</p> <p>Enfermedad cardíaca</p>	<p>Datos personales que sirven para juzgar hechos posteriores.</p> <p>Cambio, perturbación o variación de la capacidad visual.</p> <p>Cambio, perturbación o variación a nivel del oído.</p> <p>Tensión excesivamente alta de la sangre en el aparato circulatorio.</p> <p>Enfermedad caracterizada por una exagerada secreción de orina con abundante azúcar.</p> <p>Alteración a nivel del corazón.</p>	<p>Si_____ No_____</p> <p>Si___ No___ OD_____ OI___ Cuales_____</p> <p>Si_____ No_____</p> <p>Si_____ No_____</p> <p>Si_____ No_____</p>
--	---	---	---	--

		Control con medicamentos	Ingestión de cualquier tipo de medicamentos, para alguna enfermedad.	Si_____ No_____ Cuales _____
		Otras enfermedades	Alteraciones que aquejan la salud del paciente, diferentes a las ya mencionadas.	
		Hallazgos diagnósticos:	Datos suministrados por los diversas pruebas clínicas efectuadas al paciente evaluado.	
		Examen audiométrico	Prueba objetiva que mide el umbral auditivo.	Si_____ No_____
		EEG	Prueba para comprobar las disritmias o descargas epilépticas.	Si_____ No_____
		Cirugías	Intervención quirúrgica de ciertas patologías.	Si_____ No_____

		Alteraciones del sueño	Perturbaciones persistentes en la conducta del sueño del individuo.	Si_____	No_____
		Dificultades para alimentarse	Imposibilidad para realizar en óptimas condiciones el proceso de alimentación.	Si_____	No_____
		Derrame de alimentos		Si_____	No_____
		Antecedentes familiares	Datos relevantes de enfermedades encontrados en los parientes de la persona evaluada.	¿qué tienen?	parentesco
		Historia social:	Datos específicos de la vida social del paciente.		
		¿qué estudios ha realizado?			
		¿en qué lugar?			

		<p>¿en qué se ha desempeñado o trabajado?</p> <p>¿a qué se dedicó en su juventud?</p> <p>¿sus padres viven?</p> <p>¿cuántos hermanos tiene?, ¿cómo se llaman?</p> <p>¿tiene hijos?, ¿cómo se llaman?</p> <p>¿tiene nietos?, ¿cómo se llaman?</p>		Si_____ No_____
--	--	--	--	-----------------

		<p>Relación con las demás personas:</p> <p>Familiares Desconocidos Amigos</p> <p>Lenguaje y comunicación:</p> <p>Cantidad de comunicación.</p> <p>Se expresaba en forma</p> <p>¿Coherencia en diálogo?.</p> <p>Manifestación del problema</p> <p>Edad en que se evidenció las incoherencias</p>	<p>Nivel del trato que la persona valorada posee con familiares, desconocidos y amigos.</p> <p>Datos anteriores y actuales de las condiciones comunicativas del paciente.</p>	<p>Buena___ Mala___ Buena___ Mala___ Buena___ Mala___</p> <p>Mucha___ Poca___</p> <p>Clara___ Confusa___ Ininteligible___</p> <p>Si___ No___</p>
--	--	---	---	--

		¿Ilación en las ideas?		Si_____	No_____
		¿Palabras o frases sin sentido?		Si_____	No_____
ESTADO MENTAL	Condición en la que se encuentran las funciones cognitivas superiores del paciente con enfermedad de Alzheimer.	Alerta	Estado en el que el paciente capta adecuadamente lo que le rodea.	Si_____	No_____
		Labilidad emocional	Inestabilidad emocional, cambios rápidos y violentos del humor.	Si_____	No_____
		Comportamientos extraños.	Conductas inadecuadas que presenta en las diversas situaciones el paciente.	Si_____	No_____

		Ansiedad	Aprensión, tensión o desasosiego al anticipar un peligro cuyo origen es en gran medida desconocido o no reconocido.	Si_____	No_____
		Delirios	Creencia falsa basada en una inferencia incorrecta de la realidad externa y firmemente sostenida a pesar de una clara evidencia de lo contrario.	Si_____	No_____
		Alucinaciones	Percepción sensorial en ausencia de un estímulo externo real, puede producirse en cualquiera de los sentidos.	Si_____	No_____
		Agresividad	Acción enérgica, física, verbal o simbólica. Puede dirigirse hacia el ambiente, hacia otra persona o hacia uno mismo.	Si_____	No_____
		Prosopagnosia	Incapacidad para reconocer rostros familiares.	Si_____	No_____

		<p>Memoria Reciente- remota</p>	<p>Capacidad para retener la información que conlleva a la experiencia para su posterior evocación.</p>	<p>Comprometida_____</p> <p>No comprometida_____</p>
		<p>Juicio y raciocinio</p>	<p>Capacidad de captar situaciones, evaluarlas y seleccionar las formas mas apropiadas de acción.</p>	<p>Comprendió_____</p> <p>No comprendió____</p>
		<p>ESCALA MINIMENTAL</p>	<p>Prueba psicométrica que apoya el diagnóstico y determina el deterioro cognoscitivo.</p>	<p>65 años y mas _____ puntos</p> <p>Hombres y mujeres _____ puntos</p> <p>0 a 8 años de educación _____ puntos</p>

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL.	Trastornos más comunes evidenciados en la expresión verbal del paciente con enfermedad de Alzheimer, evaluado a través de: Diálogo Espontáneo, diálogo dirigido, descripción de lámina, evaluación fonológica y Vocabulario.	Perseveraciones	Repetición de la misma palabra, gesto o conducta. Persistencia en una respuesta o idea a preguntas o estímulos diferentes.	Si_____	No_____
		Logoclonías	Titubeo repetitivo clónico o espasmódico en la pronunciación involuntaria e iterativa de la última palabra.	Si_____	No_____
		Circunloquios	Descripción verborreica y reiterativa de alguna palabra que el sujeto no recuerda.	Si_____	No_____
		Parafasias: Semánticas Fonéticas Silábicas	Acto de sustituir palabras o sonidos en palabras , de modo que se disminuye la inteligibilidad o se oscurece el sentido de lo dicho.	Si_____	No_____

		Intrusiones	Alteraciones perseverativas en la irrupción en una respuesta de los elementos de la respuesta anterior.	Si_____	No_____
		Anomias	Pérdida de la capacidad de nombrar objetos o de reconocer por lesión en las áreas y asociación sensorial y tractos de asociación en el encéfalo.	Si_____	No_____
		Estereotipias	Repetición frecuente de un vocablo que se intercala en el discurso.	Si_____	No_____
		Soliloquios	Discurso en voz alta para auditorio imaginario con gesticulación y alucinación.	Si_____	No_____
		Palilalia	Trastorno del lenguaje que se caracteriza por una repetición involuntaria de la última palabra.	Si_____	No_____

		¿Cuál de estos objetos usaría usted para abrir una puerta?		Correcto_____ Incorrecto_____
FASES DE LA ENFERMEDAD	Etapas que describen el deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer.			I_____ II_____ III_____
DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO	Determinación clínica de las alteraciones presentes en el formato de evaluación.			

ANEXO B

Popayán, Enero 28 de 2004.

Director.

Departamento de Estadística.

Hospital Susana López de Valencia.

Cordial saludo,

Por medio de la presente nos dirigimos a usted con el fin de solicitar la autorización para revisar historias clínicas de los pacientes que asisten a las especialidades de Neurología y Psiquiatría.

Somos estudiantes de X semestre de Fonoaudiología de la Universidad de Cauca y tenemos en curso el proyecto de investigación, el cual tiene como propósito determinar las alteraciones del lenguaje oral en los pacientes con Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia, durante el periodo 2002 – 2004, para la elaboración de un plan de prevención terciaria.

Gracias por su atención.

Universitariamente.

Estudiantes X semestre de Fonoaudiología.

Firma de autorización

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.

POPAYÁN 2002 – 2004

El proyecto tiene como propósito, determinar las alteraciones del lenguaje oral, en los pacientes con Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia, mediante instrumentos de recolección de información, para la elaboración de un plan de prevención.

El proyecto se llevará a cabo por estudiantes de décimo semestre en fonoaudiología de la Universidad del Cauca. Este estudio consistirá en realizar pruebas de evaluación del lenguaje oral en los pacientes que presentan Alzheimer; con los resultados obtenidos en dicha valoración, se planteará un plan de tratamiento que servirá de orientación para la intervención fonoaudiológica de las alteraciones que se presenten, buscando el mantenimiento de la comunicación.

La participación en la ejecución de este estudio, no provoca ningún riesgo para la salud de los pacientes, además, los resultados serán reportados sin poner en evidencia la identificación de estos.

Estamos enterados del desarrollo de la investigación, el cual fue explicado por los estudiantes Lola Fernanda Brito, Gustavo Adolfo León, Lidia Jisel Pinto y Jenny Milena Rodríguez. Por lo cual autorizo la participación del Señor (a)

en dicho proyecto.

FIRMA:

C.C.

ANEXO D

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA.

POPAYÁN 2002 – 2004.

FORMATO DE EVALUACIÓN

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las alteraciones del lenguaje oral en pacientes con enfermedad de Alzheimer del Hospital Susana López de Valencia en la ciudad de Popayán, para la elaboración de un plan de prevención terciaria.

1. IDENTIFICACIÓN

Género: Femenino_____ Masculino_____

Fecha de nacimiento:

Edad:

Procedencia:

Origen: Popayán_____ Otros_____

Estado civil:

Acudiente:

Escolaridad: Primaria____ Secundaria____ Universidad____ Ninguno____

Ocupación:

Número de H.C:

Seguridad social:

Dirección:

Teléfono:

Diagnóstico médico:

Evaluador:

Fecha de evaluación:

2. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Y SOCIAL:

2.1. SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS:

- Alteraciones visuales SI____ NO____

- Alteraciones auditivas SI ____ NO____ OD____ OI____

cuales:_____

- Ayudas Auditivas SI ____ NO____

- Hipertensión: SI ____ NO____

- Diabetes: SI____ NO____

- Enfermedad Cardíaca: SI____ NO____

- Otras enfermedades: _____

- Control con Medicamentos: SI _____ NO _____ Cuales _____

- Hallazgos diagnósticos:

Examen audiométrico _____

EEG _____

Cirugías _____

- Alteraciones del sueño: SI _____ NO _____

- ¿Presenta dificultades para alimentarse? SI _____ NO _____

¿Con cuales alimentos? _____

¿Hay derrame de alimentos? SI _____ NO _____

2.2 ANTECEDENTES FAMILIARES

(sordera, diabetes, hipertensión, alteraciones mentales como parkinson, esquizofrenia, demencia, Alzheimer, síndrome depresivo)

¿qué parentesco tienen?

2.3. HISTORIA SOCIAL

-¿Qué estudios ha realizado? _____

-¿En qué lugar? _____

-¿En qué se ha desempeñado o trabajado? _____

- ¿A qué se dedicó en su juventud? _____

-¿Sus padres viven? SI _____ NO _____

-¿Cuántos hermanos tiene?, ¿cómo se llaman? _____

-¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cómo se llaman? _____

-¿Tiene nietos?, ¿cuántos?, ¿cómo se llaman? _____

-¿Cómo es la relación con las demás personas?

	BUENA	MALA
FAMILIARES	_____	_____
DESCONOCIDOS	_____	_____
AMIGOS	_____	_____

2.4. LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

- Su comunicación era (cantidad): poca _____ mucha _____

- Se expresaba en forma: Clara _____ confusa _____ ininteligible _____

- ¿Se puede entablar un diálogo coherente con el ? SI_____ NO_____
- ¿Cómo se manifestó este problema? _____
- ¿A qué edad se evidenció las incoherencias? _____
- ¿Hay ilación en sus ideas? SI_____ NO_____
- ¿Dice palabras o frases sin sentido? SI _____ NO_____

3. EVALUACIÓN

3.1. ESTADO MENTAL

- Alerta SI _____ NO_____
 - Labilidad emocional SI_____ NO_____
 - Confusión SI_____ NO_____
 - Comportamiento o respuestas extrañas ¿cuáles? _____
-

- Ansiedad SI_____ NO_____
- Delirios SI_____ NO_____
- Alucinaciones SI_____ NO_____
- visuales_____ Auditivas_____
- Reacciones agresivas SI_____ NO_____
- Prosopagnosia SI_____ NO_____
- Orientación espacial:

PERSONA

SI _____ NO _____

-Memoria:

Remota: COMPROMETIDA _____ NO COMPROMETIDA _____

Reciente: COMPROMETIDA _____ NO COMPROMETIDA _____

- Juicio y raciocinio: Comprendió _____ No comprendió _____

- MINIMENTAL:

65 años y mas ----- PUNTOS

Hombres y mujeres ----- PUNTOS

0 a 8 años de educación ----- PUNTOS

9 y mas años de educación ----- PUNTOS

OBSERVACIONES: _____

3. 2. LENGUAJE ORAL

3.2.1. Diálogo espontáneo

(Se observará durante toda la evaluación), grabar y analizar.

SI

NO

PERSEVERACIONES	___	___
ANOMIAS	___	___
LOGOCLONIAS	___	___
CIRCUNLOQUIOS	___	___
SOLILOQUIOS	___	___
PARAFASIAS SEMÁNTICAS	___	___
PARAFASIAS FONÉTICAS	___	___
PARAFASIAS SILÁBICAS	___	___
ECOLALIA	___	___
INTRUSIONES	___	___
COHERENCIA	___	___
ILACIÓN	___	___

OBSERVACIONES: _____

3.2.2. Diálogo dirigido

(se propone un tema específico, grabar y analizar)

	SI	NO
PERSEVERACIONES	___	___
ANOMIAS	___	___
LOGOCLONIAS	___	___
CIRCUNLOQUIOS	___	___
SOLILOQUIOS	___	___
PARAFASIAS	___	___
SEMÁNTICAS		

PARAFASIAS	___	___
FONÉTICAS		
PARAFASIAS	___	___
SILABICAS		
ECOLALIA	___	___
INTRUSIONES	___	___
COHERENCIA	___	___
ILACIÓN	___	___

OBSERVACIONES: _____

3.2.3. Descripción de una lámina

Pedir al paciente que nombre todo lo que observe, se da apoyo con preguntas como ¿qué más se ve?, grabar y analizar.

	SI	NO
NOMINA	___	___
DESCRIPCION DE	___	___
ACCIONES		
PERSEVERACIONES	___	___
ANOMIAS	___	___
LOGOCLONIAS	___	___
CIRCUNLOQUIOS	___	___
SOLILOQUIOS	___	___
PARAFASIAS	___	___
SEMANTICAS		

PARAFASIAS	___	___
FONETICAS		
PARAFASIAS	___	___
SILABICAS		
ECOLALIA	___	___
INTRUSIONES	___	___
COHERENCIA	___	___
ILACIÓN	___	___

OBSERVACIONES: _____

3.2.4. Evaluación Fonológica

Se le pedirá al paciente:

- Repetir .

	SI	NO
Lancha	___	___
Zanahoria	___	___
Zapato	___	___
Silla	___	___
Cama	___	___

- Dar el significado.

SI NO

Estrella	___	___
Ladrón	___	___
Campeño	___	___
Ángel	___	___
Papel	___	___

- Repetir palabras acústicamente parecidas:

	SI	NO
Bata – mata	___	___
Codo – cono	___	___
Barco - marco	___	___

- Repetir frases.

	SI	NO
¿Dónde están las llaves?	___	___
¡No debes hacer eso!	___	___
¡Que lindo día!	___	___

	SI	NO
PERSEVERACIONES	___	___
ANOMIAS	___	___
LOGOCLONIAS	___	___

PARAFASIAS	—	—
SEMANTICAS		
PARAFASIAS	—	—
FONETICAS		
PARAFASIAS	—	—
SILABICAS		
ECOLALIA	—	—
INTRUSIONES	—	—
COHERENCIA	—	—
ILACIÓN	—	—

OBSERVACIONES: _____

3.2.5. VOCABULARIO

(nominación de cada uno de las siguientes láminas u objetos presentados)

SI

NO

Mesa	___	___
Pantalón	___	___
Carro	___	___
Gallina	___	___
Pan	___	___
Cepillo de dientes	___	___
Cartera	___	___
Ojo	___	___

	SI	NO
PERSEVERACIONES	___	___
ANOMIAS	___	___
LOGOCLONIAS	___	___
CIRCUNLOQUIOS	___	___
SOLILOQUIOS	___	___
PARAFASIAS	___	___
SEMANTICAS		
PARAFASIAS	___	___
FONETICAS		
PARAFASIAS	___	___
SILABICAS		
ECOLALIA	___	___
INTRUSIONES	___	___

OBSERVACIONES: _____

3..3. LENGUAJE COMPRENSIVO

Comprensión de ordenes: (para esta prueba se utilizan elementos en concreto descritos a continuación)

- | | | |
|--|---------------|------------------|
| 1. Cierre la mano | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 2. Señale el techo y después el suelo. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 3. Ponga el lapicero sobre el reloj. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 4. Toque el reloj con el lapicero. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 5. Toque las llaves y después el lapicero. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 6. Señale el objeto que sirve para registrar el paso del tiempo. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 7. Toque el que sirve para escribir. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |
| 8. ¿Cual de estos objetos usaría usted para abrir una puerta?. | Correcto_____ | Incorrecto _____ |

OBSERVACIONES: _____

INDICE DE FATIGABILIDAD: ALTO_____ BAJO _____ NORMAL_____

ATENCIÓN: SOSTENIDA_____ DISPERSA_____

FASE DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: I ____ II ____ III ____

DIAGNÓSTICO COMUNICATIVO: _____

OBSERVACIONES GENERALES: _____

ELABORADO POR:

LOLA FERNANDA BRITO

GUSTAVO ADOLFO LEON

LIDIA JISEL PINTO

JENNY MILENA RODRIGUEZ

FIRMA DE EVALUADOR: _____

INSTRUCTIVO

EVALUACION DEL LENGUAJE DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

1. IDENTIFICACIÓN: Para la obtención de los datos se hará la revisión de Historia clínica y preguntas al informante sobre las referencias personales : género, fecha de nacimiento, edad, procedencia, origen, estado civil, escolaridad, ocupación, número de Historia Clínica, seguridad social, dirección, teléfono, Diagnóstico médico. Además se anotará el nombre del evaluador y la fecha de evaluación.

2. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y SOCIAL.

2.1. SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS: Se consultará con el informante si el paciente ¿tiene alteraciones visuales?, ¿tiene o ha tenido alteraciones auditivas?, ¿en que oído?, ¿que clase de alteración posee?, ¿utiliza ayudas auditivas?; ¿sufre o ha sufrido de hipertensión, diabetes, enfermedad cardiaca?, ¿tiene alguna otra enfermedad?, ¿tiene control con medicamentos?, ¿cuales?, ¿le han realizado exámenes audiométricos, Electroencefalograma?, ¿le han efectuado alguna cirugía?, ¿cuál o cuales?, ¿qué resultados aportaron las pruebas diagnósticas?, ¿presenta alteraciones en el sueño?, ¿presenta alguna dificultad cuando se alimenta (se ahoga, atranca)?, ¿con cuales alimentos?, ¿se le derraman los alimentos?.

2.2. ANTECEDENTES FAMILIARES: El informante responderá los siguientes interrogantes: ¿En su familia hay personas con sordera, diabetes, hipertensión, alteraciones mentales como parkinson, esquizofrenia, demencia senil, Alzheimer, síndrome depresivo? , ¿que parentesco tienen?.

2.3. HISTORIA SOCIAL: Se interroga al informante: ¿qué estudios ha realizado el paciente?, ¿en qué lugar?, ¿en qué se ha desempeñado o trabajado?, ¿a qué se dedicó en su juventud?, ¿sus padres viven?, ¿cuántos hermanos tiene y cómo se llaman?, ¿tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cómo se llaman?, ¿tiene nietos?, ¿cuántos?, ¿cómo se llaman?, ¿cómo es la relación con sus familiares, desconocidos, amigos (buena o mala)?

2.4. LENGUAJE Y COMUNICACIÓN: Para la exploración de esta función cerebral superior se realizarán al informante las preguntas correspondientes: ¿Antes de que presentara indicios de la enfermedad de Alzheimer hablaba mucho o poco ?, ¿de manera clara, confusa o no se le entendía?, ¿cuándo usted o cualquier persona habla con el paciente hay coherencia en la conversación?, si el informante responde ante ésta pregunta con negación, se le pregunta: ¿cómo se manifestó el problema?, ¿A qué edad usted empezó a no comprenderle lo que él hablaba?, ¿decía cosas sin sentido? ¿sin ninguna relación entre una idea y otra?.

3. EVALUACIÓN:

3.1. ESTADO MENTAL: Es la exploración detallada de las funciones mentales.

En el momento de la valoración se observará si el paciente se encuentra: 1.

ALERTA, es decir si capta adecuadamente lo que le rodea, teniendo en cuenta los estados que explican el término alerta, estos son: **COMA**: no hay reacción de movimiento ni de lenguaje, aunque se le den estímulos.

ESTUPOR: el paciente parece no percatarse del ambiente, no reacciona y permanece inmóvil, pero en cuanto a lo que le rodea.

2. **LÁBIL**: (Tristeza generalizada, llanto).

3. **CONFUSO**.

Al informante se le preguntará: ¿el paciente ha tenido comportamientos o respuestas extrañas en las actividades cotidianas (alimentación, vestir, rutinas de aseo), con personas o familiares?, ¿de qué clase?, ¿observa con frecuencia al paciente con inquietud, agitación o angustia?, ¿Alguna vez ha hablado de forma incoherente, como cuando alguien tiene fiebre muy alta?, ¿Ve cosas que no son o escucha voces de personas fallecidas, de santos o de personas que no estén presentes en el lugar?, ¿Dice que lo están persiguiendo?, ¿Que lo quieren matar o le quieren hacer daño?, ¿es violento con los familiares o demás personas?, ¿Reconoce a familiares o amigos cercanos?.

Al paciente se le pedirá que responda: ¿usted cómo se llama?, ¿sabe cuántos años tiene?.

Al evaluar memoria remota se le pregunta al paciente: ¿usted qué hacía cuando era joven?, ¿dónde están sus papás?, ¿cuántos hijos tiene usted?, ¿cómo se llaman?, ¿cuántos nietos tiene y cómo se llaman?. En cuanto a la valoración de la memoria reciente se le pregunta: ¿usted qué hizo ayer?. El juicio y raciocinio se explora en primer lugar planteándole una situación y posteriormente se le realiza una pregunta relacionada a ésta. “Juan se enfermó el mes pasado y se murió, hace dos días volvió a enfermarse fue a la farmacia, compró un remedio y se curó” ¿esto puede pasar?, ¿porqué?.

Luego se aplicara al paciente la batería de evaluación “MINIMENTAL”

3.2. LENGUAJE ORAL:

3.2.1. Diálogo Espontáneo: Se observará en el transcurso de la valoración. Se debe obtener la muestra de habla espontánea, la cual se analizará para ver si presenta alteraciones en el lenguaje como: perseveraciones, anomias, logoclonías, circunloquios, soliloquios, parafasias semánticas, fonéticas y silábicas, ecolalia, intrusiones, coherencia e ilación.

3.2.2. Diálogo Dirigido: Para efectuar esta actividad se propondrá un tema específico (La violencia Colombiana), realizando los interrogantes:

¿cómo era la gente de antes?, ¿eran iguales a los de ahora?, ¿había más violencia que ahora?. Se obtendrá la muestra de habla espontánea y se analizará señalando las alteraciones que evidencie, como: perseveraciones, anomias, logoclonías, soliloquios, parafasias semánticas, fonéticas y silábicas, ecolalia, intrusiones, coherencia e ilación.

3.2.3. Descripción de una Lámina: la lámina elegida para la observación que el paciente hará es: UNA CIUDAD.

Se le pedirá al paciente que nombre todo lo que ve , se brindará apoyo con preguntas como ¿Qué más ve?.

Obtener muestra de habla espontánea y analizar si: nomina, describe acciones, presenta perseveraciones, anomias, logoclonías, circunloquios, soliloquios, parafasias semánticas, fonéticas y silábicas, ecolalia, intrusiones, además si existe ilación y coherencia en el discurso.

3.2.4. Evaluación Fonológica: Se le pedirá al paciente repetir en primera instancia palabras, dar el significado de otra serie de palabras, repetir palabras acústicamente parecidas, repetir frases dadas por el evaluador (las consignadas en la evaluación); Luego se observará las posibles alteraciones del lenguaje: perseveraciones, anomias, logoclonías, parafasias semánticas, fonéticas y silábicas, ecolalias, intrusiones, coherencia e ilación.

3.2.5. Vocabulario: Se le muestra al paciente láminas individuales de 8 objetos descritos en la valoración, se observará si nomina o no preguntándole: ¿qué es esto? y se consignará las posibles alteraciones: perseveraciones, anomias, logoclonías, circunloquios, soliloquios, parafasias semánticas, fonéticas y silábicas, ecolalia e intrusiones.

3.3. LENGUAJE COMPRENSIVO: Para esta prueba se utilizan elementos en concreto, tales como: un lapicero, un reloj de pulso y unas llaves. Se le formulan al paciente las órdenes descritas en el formato de evaluación y se observa si las realiza en forma correcta o incorrecta.

Para finalizar se observara el índice de fatigabilidad , la atención y se analizaran las respuestas para establecer la fase de la enfermedad de Alzheimer y el diagnóstico fonoaudiológico.

ANEXO E

MINIMENTAL

PUNTAJE ORIENTACIÓN

/5	Diga en que:	1. Año	Nos encontramos	(1)
		2. Mes		(1)
		3. Día		(1)
		4. Día/ semana		(1)
		5. Hora		(1)
/5	En qué	1. País		(1)
		2. Ciudad		(1)
		3. Departamento		(1)
		4. Hospital		(1)
		5. Piso		(1)

MEMORIA

/3	Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que lo repita. Un punto para cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos_____	(3)
----	--	-----

ATENCIÓN Y CÁLCULO

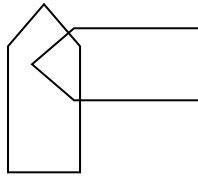
/5	Restar 100 – 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta. (93, 86, 79, 72, 65)	(5)
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses).	

EVOCACIÓN

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	(3)
----	---	-----

LENGUAJE

/2	Denominar dos objetos (<u>reloj, lápiz</u>)	(2)
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	(1)
/3	Comprensión: Obedece a una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja con su mano derecha, dóblela y póngala en el suelo</u> "	(3)
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "Cierre los ojos"	(1)
/1	Escriba una frase	(1)
/1	Copie el diseño	(1)



PUNTAJE: _____ /30

PUNTAJE PROMEDIO PARA DIFERENTES GRUPOS:

Todas las personas de 18 o mas años -----	28
18 a 44 años -----	29
45 a 64 años -----	28
65 años y mas -----	26
Hombres y mujeres -----	28
Cualquier raza -----	28
0 a 8 años de educación -----	26
9 y mas años de educación -----	29

ANEXO F

MODELO DE INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La intervención terapéutica se realizará tanto de manera individual como grupal (cuidador y familia) mediante la planeación previa de cada una de las actividades en las cuales se integrarán las diferentes áreas a trabajar.

1. ORIENTACIÓN ESPACIAL

ORIENTACIÓN EN PERSONA-LUGAR Y ESPACIO

El terapeuta debe tener presente la orientación espacial, cada vez que inicie una sesión terapéutica.

Al iniciar la intervención debe ubicar al paciente en persona, por medio de ejercicios como:

- **Calendario:** diariamente se especificara la fecha, el país, lugar en el que se encuentra a través de un calendario.
- **Fotografías y láminas:** se le muestra a la persona fotografías familiares para que se reconozca dentro de ellas y el sitio en el que se encuentra, si no lo hace se le ayuda a través de un espejo haciendo que el se vea y luego vea la foto.

- **Preguntas de si y no:** se le presenta opciones de nombres para que el paciente seleccione el nombre correcto y se reconozca; esta actividad se realiza a través de preguntas como ¿Usted se llama Carlos? , ¿como es su nombre?.

- **El reloj:** diariamente enseñarle con un reloj de números la hora indicada y relacionarlo con día, mediodía, tarde y noche; posteriormente cuando domine esta actividad, se puede alterar la hora, para que el paciente la autocorrija con base en los estadios del día.

2. MEMORIA

Repetición de series verbales y series numerales:

“Span” de dígitos.

Para esta actividad se utilizan números de una cifra, es decir del 0 al 9, se organizan en el orden que desee el terapeuta. Se puede tener el orden numérico escrito para no olvidarlo al darlo al paciente.

Primero se lee una secuencia corta de números, a un ritmo de un dígito por segundo. El paciente debe repetir los dígitos en el mismo orden después del terapeuta. Poco a poco se aumenta el número de dígitos de la secuencia hasta alcanzar un máximo de 8.

“Span inverso de dígitos”

Se realiza el mismo procedimiento pero los números los debe repetir el paciente en orden inverso al presentado.

“bloques Negros”

Se tienen seis bloques negros, los cuales se colocan sobre la mesa frente al paciente. Lo que se hace es que el terapeuta numera cada bloque para su identificación, luego golpea los bloques en una secuencia preestablecida y le solicita al paciente que copie el patrón de golpes en el orden correcto. Se aumenta el número de golpes de a uno en secuencias sucesivas hasta que el paciente logre reproducir más secuencias.

Las anteriores actividades también se aplican con series verbales.

Historietas de secuencias, narraciones y cuentos:

Se lee al paciente una historia de la cual se debe tener láminas separadas que la describan y láminas que no se relacionen con esta, luego se pide al paciente que seleccione las tarjetas que describen la historia que acabó de escuchar y las ordene.

Cada vez se debe aumentar la extensión de la historia para mejorar la memoria.

Secuencias conversacionales:

En la indagación de sucesos diarios se propone un tema específico, ya sea gustos o apetencias del paciente para que éste narre el mayor número de hechos posibles. Se realizan preguntas relacionadas con la vida de los familiares o amigos

cercanos (trabajo, gustos etc.), se recomienda el apoyo de grabaciones en audio para su retroalimentación.

Al proponer un tema de conversación practíquelo cada 15 días empleando la misma técnica, el paciente tendrá la iniciativa para cada uno, convirtiéndose en una conversación secuencial.

Descripciones:

Permita que el paciente describa lugares o situaciones vividas, si le es difícil apóyese en fotografías para mayor facilidad.

3. JUICIO Y RACIOCINIO

Análisis narrativo

Transformación de mensajes demasiados largos y redundantes en principios de lo que realmente se quiere decir. Ej: El señor Mariano fue a Madrid a pasar un mes con sus hijos , se fue de vacaciones a Madrid por que tenía allí a sus hijos. Se marchó a pasar una temporada a Madrid en casa de sus hijos. Aquí el paciente deberá sintetizarla lo mejor posible.

4. RECONOCIMIENTO

Descripción psicológica de parientes cercanos y amigos : este ejercicio consiste en la evocación de características emocionales (sentimientos, comportamientos y actitudes) de los integrantes de la familia más cercanos al paciente para que las nomine.

Fotografías y Descripción verbal de rostros y reconocimiento de rasgos característicos de familiares:

Con este ejercicio se pretende facilitar el acceso a los nombres propios mediante claves semánticas y fonéticas. En el se presentan las fotografías de personajes célebres y familiares, que los pacientes deben reconocer. Se le realizan interrogantes como: “¿usted sabe quién es esta persona?”, si la respuesta es afirmativa se le pregunta “¿sabe usted cómo se llama?” , después se le pide que nomine todo lo que sepa de esa persona (profesión, edad, parentesco, etc). Por último se le pide el nombre. Si no es capaz de recordarlo, se le proporciona el fonema o sílaba por la que empieza. Pueden realizarse tarjetas con recortes de revistas clasificando las personas por sectores sociales, políticos, etc.

5. LENGUAJE ORAL

A. PERSEVERACIONES

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan con frecuencia en el lenguaje *perseveraciones*, para intervenir en ellas y evitar su presencia en el lenguaje oral, el terapeuta debe tener presente que existen estrategias a seguir ,

las cuales deben aplicarse en el transcurso del tratamiento especialmente en todas las actividades que permitan la denominación. A continuación se enumeran estrategias generales de intervención, para evitar que se manifieste la perseveración.

CONCIENTIZACIÓN:

En la primera sesión del tratamiento del paciente con enfermedad de Alzheimer que persevera, se le explica lo que está alterado en él, (por ej. Usted tiende a decir palabras que ha dicho antes y que no tiene intención de decirlas, porque parece quedarse “pegado” en algunas palabras) se le dice que esto se llama perseveración. (se escribe la palabra). También es importante que en el momento que el paciente persevera, el terapeuta debe decirle “mire usted esta perseverando en esta palabra, trate de no decirla otra vez, en vez de esta diga otra palabra o no diga nada y pídame ayuda”.

CAMBIO DE ACTIVIDAD:

Los pacientes se fatigan con facilidad y esta fatigabilidad conlleva a la presencia de perseveraciones. Es por esto que en el transcurso de la sesión, se le debe decir que se le va a mostrar un elemento nuevo o una categoría nueva, con esta se le cuenta una historia, se puede hacer la descripción de láminas u objetos, o simplemente cambiar la categoría en su totalidad y continuar con la nueva. Con

algunos pacientes puede ser necesario charlar o realizar durante unos momentos una tarea no verbal como cubos, rompecabezas, a fin de evitar la perseveración.

ELIMINAR PALABRA PERSEVERANTE:

Si el paciente continua perseverando se le puede decir “usted continua diciendo la palabra, esta no es correcta para ningún otro elemento que le estoy mostrando”, entonces el terapeuta escribe la palabra que persevera en un papel para que el paciente pueda leerla, luego este papel se rompe frente al paciente y se deja en su campo visual para que se acuerde. Cada vez que el paciente empieza a decir la palabra otra vez, se señalan rápidamente los trozos para ayudarlo a inhibir la respuesta.

Cuando el paciente de una respuesta correcta ante el estímulo y evite la perseveración, debe responder a la pregunta ¿entonces que me dijo que era esto?, u otras que permitan la conciencia del objeto.

LAPSOS ENTRE PRESENTACIÓN DE OBJETOS

Se deben dejar lapsos de segundos entre la presentación de elementos, estos lapsos pueden ser de 5 segundos por lo menos.

Además de estas estrategias generales, existen estrategias específicas a seguir durante todo el tratamiento de la perseveración. Estas son:

INTERVALO DE TIEMPO:

Se debe dar un intervalo de 5 a 10 segundos, entre la presentación de los estímulos y la respuesta del paciente. Durante estos intervalos se le ayuda al paciente a inhibir la verbalización para que tenga conciencia necesaria de su respuesta.

AYUDA GESTUAL:

Cuando se presenta un elemento al paciente, y este presenta dificultad en la nominación se hace necesario que el terapeuta reproduzca una pantomima asociada al objeto, para facilitar la respuesta y evitar la perseveración.

AYUDA TÁCTIL:

En las sesiones de terapia no solo se debe trabajar con objetos en lámina es necesario incluir los objetos en concreto y semiconcreto, para que el paciente pueda manipularlos y sea más fácil la nominación.

DIBUJO:

El terapeuta comienza a dibujar el objeto y le pide al paciente que cuando lo identifique lo verbalice.

ORACIÓN DESCRIPTIVA:

Se le describe de forma clara el objeto que se le presenta, por ejemplo “usted usa este para ver la hora”.

ORACIÓN A COMPLETAR:

Se le dice una oración incompleta, para facilitar la nominación, por ejemplo, “usted ve la hora en su _____”.

AYUDA GRÁFICA:

Se escriben la primera o las dos primeras letras del objeto o palabra a nominar y se pide al paciente que identifique esa palabra, o se le dice que complete a nivel escrito la palabra y que la lea.

AYUDA FONÉMICA:

Se puede dar ayuda pronunciando el fonema inicial de la palabra para que él la complete.

LECTURA ORAL:

Se escribe la palabra entera y se pide al paciente que la lea en voz alta. Luego se vuelve a mostrar el objeto para que lo nomine.

REPETICIÓN:

Se dice la palabra con el objeto presente y se le pide al paciente que la repita.

HABLA O CANTO AL UNÍSONO:

Se le dice que diga la palabra o la cante al unísono con el terapeuta.

Es importante tener en cuenta que los objetos a tratar en la terapia de los pacientes deben relacionarse con el oficio que estos desempeñaban antes de su enfermedad y con las necesidades de los familiares en cuanto la comunicación cotidiana. Las categorías pueden ser objetos, acciones, colores, números, partes del cuerpo, prendas de vestir, alimentos, animales, partes de la casa, etc.

B. ANOMIAS:

Para la intervención de las anomias es de suma importancia tener en cuenta tres paradigmas de rehabilitación, los cuales son directamente proporcionales. Se debe seguir la jerarquía propuesta para obtener resultados óptimos, sin embargo es necesario combinarlos con otras técnicas para mayor efectividad y eficacia en el tratamiento.

Los paradigmas para la rehabilitación son:

- **Inducción:** es el sonido inicial de la palabra, primera sílaba, o alguna otra palabra relacionada, etc .
- **Facilitación.**
- **Terapia.**

Los ejercicios se han propuesto de acuerdo al tipo de anomia presente en el lenguaje oral del paciente con enfermedad de Alzheimer.

ANOMIA SEMÁNTICA: Emparejamiento palabra – dibujo, seguida de repetición por parte del paciente para que consolide lo aprendido, si no entiende el significado (agnosia semántica) se trabaja a nivel de éste antes de hacerle repetir la palabra.

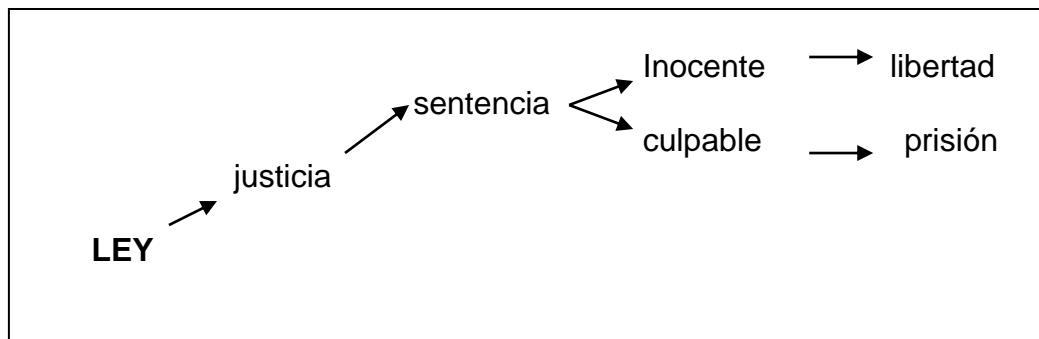
Las tareas a realizar en la agnosia semántica son:

1. CATEGORIZACIÓN: el paciente debe clasificar dibujos y palabras en varias categorías amplias (frutas, animales, etc), el terapeuta nombra una categoría específica y el paciente escoge los dibujos entre un conjunto que pertenecen a ésa categoría, posteriormente tiene que clasificar esos elementos de la categoría grande en otras más específicas (por ejemplo: medios de transporte clasificar los terrestres, aéreos.....), por cada respuesta positiva se debe brindar refuerzo positivo.
2. DESCRIPCIÓN VERBAL: en esta tarea el paciente debe definir el concepto que le indica el terapeuta, además se le anima para recuperar el mayor número de atributos semánticos y perceptivos.
3. DENOMINACIÓN A PARTIR DE DEFINICIONES: el terapeuta lee definiciones de objetos y el paciente tiene que tratar de decir qué objeto es.

4. EMPAREJAMIENTO PALABRA – DIBUJO: el paciente tiene que señalar entre un grupo de 10 a 15 dibujos colocados sobre la mesa el nombrado por el Fonoaudiólogo.

El acceso al significado va de lo general a lo específico, por lo tanto el tratamiento debe empezar por enseñar al paciente los rasgos generales de todos los elementos de la categoría para pasar luego a los detalles específicos; para cada ítem se presenta el dibujo y su nombre en forma oral y escrita para asociarlos con el dibujo, al mismo tiempo que realiza ejercicios en casa de señalar en un diccionario infantil de dibujos o loterías los objetos que se le iban indicando. Cada vez que se termina de trabajar una categoría determinada, se pasa a una tarea consistente en darle una definición de un determinado objeto (si no lo entiende se le ayuda con gestos y mímica junto a la definición) y el paciente debe elegir entre varios distractores el ítem correspondiente a la definición dada, por ejemplo: “pertenece a la categoría de los medios de transporte y se trata de un objeto que tiene 4 ruedas y se conduce por tierra” los items presentados son “avión”, “barco” y “bus”, a medida que efectúa adecuadamente las tareas se dan definiciones cada vez más específicas y los distractores más relacionados semánticamente con el correcto, así: “ pertenece a la categoría de los medios de transporte y se trata de un objeto que tiene 4 ruedas , se conduce por tierra y lleva muchos pasajeros” los items presentados serían: “avión”, “barco”, “bus” y “carro”.

Cuando el paciente se enfrenta a palabras abstractas se construye junto a él la macro y microestructura de éstas, es decir se desglosa la palabra en muchas palabras que posean relación directa con ésta.



Otra actividad que se realiza con los pacientes es la presentación de una fotografía o un dibujo de un objeto para que lo nombre y cuando no lo haga se le dice el primer fonema o la primera sílaba (inducción) cuando recupere la palabra se le pide que la repita varias veces y finalmente se le presenta de nuevo el dibujo para que lo nombre. También se puede iniciar con la función de algún objeto, por ejemplo: ¿se pueden comer las galletas? Y luego se le muestra la lámina de las galletas para que la nombre. Estas actividades se efectúan cuando el paciente presenta anomalías a nivel de conexión sistema semántico – léxico – fonológico.

En la anomia léxica no tiene utilidad la facilitación dado que el paciente pierde representaciones léxicas, por lo que se requiere iniciar por las palabras más frecuentes, de igual modo por las pertenecientes a campos semánticos del entorno del paciente.

La tarea a desarrollar es:

Asociación concepto – forma fonológica: en esta se presenta un dibujo y se le dice el nombre, el paciente debe decirlo, después se descompone ese nombre en fonemas , escribirlo varias veces, etc, siempre con el dibujo presente para que el nombre vaya asociado al significado.

Los errores de sustitución , omisión, etc a nivel oral corresponden a una anomia a nivel de fonemas, por lo que la rehabilitación se enfoca en esos fonemas concretos , si la anomia es en general las tareas son: pronunciarlos de manera aislada dentro de las palabras como la repetición, lectura, denominación, etc. Se debe empezar con palabras cortas y sencillas y luego continuar con las más largas y de difícil pronunciación ; si el paciente conserva la lectura, los grafemas serán una gran ayuda para la pronunciación y memorización de los fonemas.

C. INCOHERENCIA Y FALTA DE ILACIÓN

Para incoherencia y falta de hilaridad: dado un sonido, encontrar palabras que empiecen por él; reconocimiento de palabras y pseudopalabras de una serie presentada de forma oral y por escrito. A partir de una definición, seleccionar la palabra que mejor le corresponde, presentando varias posibilidades, y a la inversa. Seleccionar en una lista los sinónimos y antónimos que corresponden a las palabras que se presentan en forma oral y visual.

CONTAR UNA HISTORIA REPRESENTADA EN CARICATURAS:

La actividad debe comenzar familiarizando al paciente con pequeñas historietas representadas en tres láminas. Se puede proceder de la siguiente manera:

- 1-Mostrar tres tarjetas en las que se representa una historia.
- 2- Explicarle el tema o superestructura de la historia. Ej: Se le puede decir: “estos tres dibujos representan un paseo”.
- 3- pedirle que ordene las láminas de acuerdo con el tema que se le ha indicado.
- 4- pedirle que cuente la historia.
- 5- A partir de la historia que se le ha contado organizar la estructura de ésta: escenario (¿Dónde ocurre?); personajes (¿Quiénes intervienen?); inicio del suceso, acción (¿Quién hace que?); desarrollo meta (¿Qué pretende quien?); reacción de los personajes (¿Cómo reaccionan y que sienten?); desenlace (¿Cómo acaba el suceso?).
- 6- Pedirle que vuelva a contar la historia teniendo en cuenta la estructura anterior. Si le es difícil, entre los dos construir la mejor historia posible: usar elementos de cohesión (sustituir los nombres por pronombres, utilizar conjunciones, etc.), sacar conclusiones personales y subjetivas (opinión sobre el acontecimiento, moraleja, etc.).

CONSTRUCCIÓN DE HISTORIETAS ELIMINANDO LAS NO RELEVANTES.

Se presentan cinco o más láminas de una historieta de secuencia, dos o más de ellas no tienen nada que ver con la historia, el paciente tiene que colocar en orden la historia eliminando las que no le sirven.

Se puede realizar la actividad de dos maneras, dando como clave el tema de la historia, o no dar esta información, para que el lo descubra.

D. PARAFASIAS VERBALES

Comparación de palabras: Cuando el paciente sustituye vaso por taza, se le pregunta ¿Esto es un vaso o una taza?, ¿Un vaso o un plato?, no dejando la palabra correcta en último lugar del interrogante.

6. LENGUAJE COMPRENSIVO:

Formar historia a través de tarjetas con frases claves y láminas.

Completar frases u oraciones frecuentes a través de láminas: se tiene dos láminas reloj y Bananos y se pregunta al paciente: El reloj da la _____, los _____ están en la nevera, Una taza de _____, Pan con _____. A partir de estas láminas se pide que diga algo acerca de ellas, puede acompañarse con escritura.

Actividades de pensamiento: se le pide que diga que piensa de cualquier palabra que da el terapeuta.

Lectura de oraciones en voz alta con el paciente y formulación inmediata de preguntas sobre la oración leída. Ejm: se lee “maría se sentó a pensar” Pregunta: ¿Que hizo María?, el paciente deberá contestar “Se sentó a pensar”.

Cambio repentino de temas para autocorrección: se plantea un tema “Fútbol” luego se le habla de otro tema “comidas”, para que él se autocorrija. Si no lo hace ayudarlo a que se de cuenta del cambio de tema.

Descripción de su comportamiento ante situaciones particulares y familiares: Preguntarle al paciente ¿que hace usted cuando va al supermercado, banco, etc?, ¿que hace usted cuando llega un amigo o familiar a visitarlo?.

Referencia Léxica: leer al paciente párrafos cortos, y con base en el hacer preguntas para que éste busque la referencia en el texto.

Ej: José y Maria se habían casado en el año 1940. La mujer ha envejecido mucho y no puede recordar la fecha de aquel acontecimiento.

- ¿Quién ha envejecido mucho, José o Maria?
- ¿Qué es lo que no ha podido recordar Maria?.

Referencia pronominal: Juan fue ha visitar un amigo suyo que se llamaba Ramón. Juan le llevó un regalo. Él le agradeció mucho la visita y le preparó un café.

- ¿A quien llevó Juan un regalo?
- ¿Quién preparó el café?

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGIA

***MODELO DE INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER***

I. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

PROCEDENCIA:

ACUDIENTE:

PARENTESCO:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

FECHA DE EVALUACIÓN:

FECHA DE ELABORACIÓN

II. DIAGNÓSTICO COMUNICATIVO

III. FUNCIONES NEUROPSICOLÓGICAS Y ÁREAS FONOAUDIOLÓGICAS

A TRATAR:

1. ORIENTACIÓN ESPACIAL

OBJETIVO: Mejorar la orientación a través de ejercicios de concientización espacial que faciliten la capacidad de precisar los datos sobre el ambiente y sobre si mismo.

ORIENTACIÓN EN PERSONA-LUGAR Y ESPACIO

ACTIVIDADES:

- Calendario.
- Fotografías y láminas (Estadios del tiempo, lugares y personas).
- Preguntas de si y no.
- El reloj.

2. MEMORIA:

OBJETIVO: Ejercitar la capacidad de evocación mediante ejercicios específicos de hechos remotos, recientes e inmediatos que apoyen el lenguaje oral y comprensivo.

TIPOS:

MEMORIA REMOTA-RECIENTE- INMEDIATA:

ACTIVIDADES:

- Planificación de actividades con el uso de agenda.
- Diario personal.
- Calendario.
- Notas recordatorias.
- Fichas evocatorias y de organización.
- Repetición de hechos recientes.
- Creación de asociaciones de nombres con rasgos característicos.
- Segmentación de palabras.
- Historietas de secuencias ABC - AVD.
- Programas de televisión.
- Narraciones – cuentos.
- Órdenes simultáneas.
- Reproducción de figuras.
- Lotería de fuga de detalles.
- Completación de series.
- Repetición de series verbales y series numerales.
- Indagación de sucesos diarios.

- Secuencias conversacionales.
- Descripciones.
- Retención de nombres
- Proyección de dibujos
- Describir, retener y evocar trayectos.
- Realizar ejercicios de habilidades motoras aprendidas.

3. JUICIO Y RACIOCINIO

OBJETIVO: Estimular la capacidad de análisis, interpretación y resolución de situaciones cotidianas mediante actividades de razonamiento para el mantenimiento del lenguaje comprensivo.

ACTIVIDADES:

- Absurdos verbales.
- Absurdos visuales.
- Historietas.
- Emparejamiento dibujo – palabra.
- Clasificación de verdadero – falso.
- Explicaciones.
- Análisis narrativo.
- Razonamiento lingüístico.

4. RECONOCIMIENTO (Prosopagnosia)

OBJETIVO: Lograr el reconocimiento de rostros familiares y partes del cuerpo, mediante actividades que garanticen su orientación en persona y su desempeño social.

ACTIVIDADES:

- Fotografías de categoría general.
- Clasificaciones.
- Asociación dibujo – palabra.
- Correlación de elementos en concreto- semiconcreto.
- Rompecabezas de la figura humana (rostro).
- Adivinanzas.
- Descripción verbal de rostros y reconocimiento de rasgos característicos de familiares.
- Identificación de objetos por función.
- Descripción de estados de ánimo y conductas de parientes cercanos y amigos.

5. LENGUAJE ORAL

OBJETIVO: Ejercitar las habilidades comprensivas y expresivas del paciente con base en las destrezas que se conservan para el mantenimiento del desempeño comunicativo y social.

ALTERACIONES:

A. PERSEVERACIONES E INTRUSIONES

OBJETIVO: Limitar el uso de palabras repetitivas que interfieren la comprensión y expresión del lenguaje a través de alternativas terapéuticas como lenguaje oral y corporal y que mejoren la interacción del paciente en su contexto social.

ACTIVIDADES:

- Concientización.
- Cambio de actividad.
- Eliminar palabra perseverante.
- Lapsos entre presentación de objetos.
- Intervalo de tiempo.
- Ayuda gestual.
- Ayuda táctil.

- Dibujo.
- Oración descriptiva.
- Oración a completar.
- Ayuda gráfica.
- Ayuda fonémica.
- Lectura oral.
- Repetición.
- Habla o canto al unísono.

B. ANOMIAS:

OBJETIVO: Facilitar la recuperación del sistema semántico y la producción de palabras mediante estrategias de emisión oral que garanticen una comunicación funcional.

ACTIVIDADES:

- Emparejamiento palabra – dibujo.
- Repetición.
- Clasificación de dibujos y palabras en categorías amplias y específicas.
- Descripción verbal.
- Denominación de objetos aumentando el grado de dificultad.
- Macro y micro estructura de palabras abstractas.

- Clasificación de categorías semánticas por función.
- Asociación concepto – forma fonológica.

C. INCOHERENCIA EN EL LENGUAJE Y FALTA DE ILACIÓN

OBJETIVO: Promover el uso de estrategias comunicativas por medio de actividades de comprensión que permitan el mantenimiento de un lenguaje congruente e inteligible.

ACTIVIDADES:

- Reconocimiento de palabras y pseudopalabras orales y escritas.
- Selección de palabras.
- Trabajo con sinónimos y antónimos.
- Ejercicios de juicio gramatical.
- Construcción de oraciones.
- Conversación por teléfono.
- Organización secuencial de historietas.
- Estructuración de textos.
- Narración oral de sucesos.
- Detección de errores gramaticales.
- Evocación de palabras

D. PARAFASIAS VERBALES

OBJETIVO: Desarrollar alternativas comunicativas a través de la ejercitación semántica que imposibiliten la sustitución de palabras en su expresión oral.

ACTIVIDADES:

- Uso de significados.
- Comparación de palabras.
- Pantomimas.
- Identificación de objetos a partir de dibujos.
- Oraciones descriptivas.
- Completación de oraciones.
- Completación a nivel oral y escrito palabras a partir de fonemas y grafemas iniciales.
- Repetición.

6. LENGUAJE COMPRENSIVO

OBJETIVO: Estimular los procesos de recepción auditiva del lenguaje, mediante actividades específicas que permitan la comprensión e interacción comunicativa.

ACTIVIDADES:

- Órdenes con verbo.
- Órdenes con objetos y cualidades.
- Emparejamiento de orden verbal con dibujo.

- Creación de historietas a partir de frases claves y láminas.
- Completación de frases u oraciones frecuentes a partir de láminas.
- Descripción verbal y escrita de láminas.
- Actividades de pensamiento.
- Lectura de oraciones en voz alta al unísono con el paciente y formulación de interrogantes alusivos a la lectura efectuada.
- Deletreo de palabras y de oraciones de diversa longitud.
- Comentarios de noticias.
- Formación de palabras a partir de fonemas y / o grafemas y lectura de las mismas.
- Ejecución de órdenes dadas por el paciente (Comprensión de roles).
- Repetición de situaciones diarias.
- Clasificaciones semánticas.
- Cambio repentino de temas para autocorrección.
- Preguntas alusivas a funciones de objetos, oficios, etc.
- Descripción de su comportamiento ante situaciones particulares y familiares.
- Discriminación auditiva.
- Nominación de objetos por categorías.
- Resolución y justificación de problemas cotidianos.

IV. RECOMENDACIONES

V. OBSERVACIONES

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

ANEXO G

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR, LA FAMILIA Y EL TERAPEUTA

Son muchos los problemas a los cuales el cuidador y la familia del paciente con enfermedad de Alzheimer se ve enfrentado, a continuación se enunciarán algunas recomendaciones a tener en cuenta en la rehabilitación:

PROBLEMAS DE ATENCIÓN Y FATIGA:

- Aumentar progresivamente la dificultad y el tiempo durante el cual el paciente debe estar atento y concentrado, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- Intercalar períodos de descanso en la realización de actividades dando 5 minutos de descanso por cada 15 de intervención.
- Es importante cambiar frecuentemente de actividad a fin de mantener el interés.
- Planificar la realización de las tareas más complejas para el momento del día en que la fatiga sea menor y en el cual el paciente no debe efectuar otras actividades al mismo tiempo.
- Reducir la cantidad de información que tiene que ser procesada o disminuir la velocidad con que se presenta.

- Es necesario darle al paciente el tiempo suficiente para que finalice las actividades para evitar la ansiedad asociada con la presión de tiempo.
- El ambiente constituye un aspecto fundamental en la rehabilitación, por tal motivo es importante organizar el ambiente sin muchos estímulos distractores y sin interrupciones.

DEPRESIÓN:

- Busque actividades que le sean placenteras e intente estar activo.
- Baje sus expectativas e intente simplificar las tareas.
- Procure no utilizar pensamientos como “no puedo” u “¡oh no!”, dado que esto se puede reflejar en nuestros actos y expresión en el momento de interrelación con el paciente.
- Únase a un grupo de apoyo con pacientes que se encuentren en una situación similar.
- Hable con otras personas acerca de sus miedos, preocupaciones y ansiedades

LABILIDAD EMOCIONAL:

- Se aconseja no darle excesiva importancia a esta conducta cuando se presente.
- Mostrarse clamado.

- Señale y recompense las ocasiones en las cuales ha podido controlar sus emociones.

RECOMENDACIONES DE ACUERDO A LA FASE DE LA ENFERMEDAD:

PRIMERA FASE:

- Manténgase afable, tranquilo y dispuesto a dar apoyo. Habrán ocasiones en las que usted querrá explotar por que el paciente no logra entenderlo, tenga paciencia y verá que obtendrá resultados positivos.
- Sonría, tómese la mano al paciente, muéstrole afecto.
- Mírele directamente a los ojos, háblele con la mirada. El lenguaje corporal es uno de los mejores medios de comunicación para entenderlos.
- Si el paciente no le entiende cuando le habla, exprésese las acciones que usted desea que se lleven a cabo por medio de señas.
- Evite explicarse con palabras complicadas, pues el paciente no le entenderá y usted tenderá a desesperarse.

SEGUNDA FASE:

- Organice una rutina de tal modo que todos los días se hagan las cosas del mismo modo y a la misma hora.

- Es importante que al paciente se le coloque una pulsera de identificación en donde se especifique su enfermedad y sus datos personales como su nombre, domicilio y número de telefónico, en caso de extravío, cualquier persona podrá regresarlo a su casa o bien comunicarse con usted o familia.
- Estimule el ejercicio físico, como paseos al aire libre.

- El cariño es el único vínculo que lo va manteniendo unido a la vida, por tal razón es fundamental brindárselo.
- Es de vital importancia visita periódica por parte de todos los integrantes del equipo de salud que intervienen en la enfermedad de Alzheimer.
- Escoja frases breves y palabras sencillas, cuando le hable al enfermero , mírelo a los ojos, así podrá comprender los mensajes con mayor exactitud.

TERCERA FASE:

- Vigile constantemente la higiene y alimentación, la cual debe ser equilibrada.
- Es conveniente cambia las posturas del paciente en la cama, la cual debe estar limpia, seca y sin arrugas.

RECOMENDACIONES PARA EL TERAPEUTA :

Cuando se enfrente a conductas de ira, irritabilidad y explosiones debe:

- Intentar anticipar las situaciones desencadenantes, averigüe cuándo, dónde y con quién el paciente se siente irritado y pierde el control. Procure anticipar estas situaciones preparándose y si es posible, modifique la situación para que sea menos estresante.
- Identifique los signos que le indican que el paciente está tenso e irritable, las técnicas de relajación muscular es la mejor opción en estos casos.

BIBLIOGRAFIA

ALAN, Parkin D. Exploración en neuropsicología cognitiva. Madrid: Médica Panamericana, 1999.

ALBERCA, R. Enfermedades de Alzheimer y otras Demencias. Madrid: Médica Panamericana, 1998.

BRUNA, Olga, JUNQUE, Carmen y MATARO, Maria. Traumatismos craneoencefálicos. Un enfoque desde la Neuropsicología y la logopedia. Guía practica para profesionales y familiares. Barcelona: Masson, 1998.

COLLINS Robert, Neurología. 3 ed. México: Mc Graw-Hill interamericana editores, 1999.

CUETOS VEGA, Fernando. Evaluación y rehabilitación de las afasias: Aproximación cognitiva. Madrid: Médica Panamericana. 200.

FERNANDEZ MONTENEGRO Maria Alicia y MARIN Pedro Pablo. Enfermedad de Alzheimer. [en linea]. Agosto (2001).
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/temasmedicinainterna/Alzheimer.html>>.

GARCIA Antonio, LOPERA Francisco y MADRIGAL Lucía. Hacia el enunciado de dilemas éticos sobre la enfermedad de Alzheimer precoz, en Antioquia, Colombia. Junio 2003.

GARCIA HOYOS, Isabel Cristina y NARANJO ARISTIZABAL, Alba Lucía. La afasia: Trastornos del lenguaje oral y lectoescrito en el adulto. Manizales: Universidad Católica de Manizales, 2002.

GRIEVE June. Neuro-Psicología. Evaluación de la percepción y de la cognición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1995.

GOLDMAN Howard H. Psiquiatría General. México: Manual Moderno, 1996.

MACIAS O, Amador. Las tres etapas de la enfermedad de Alzheimer. [en línea]. Folleto 10. México. Asociación Alzheimer de Monterrey. (2001). <e-mail: alzheimmty@infosel.net.mx>.

ONESIMO Juncos Rabadán. Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención. 3 ed. Barcelona-España: Masson, 1998.

PARKIN, Alan J. Exploraciones en neuropsicología cognitiva. Madrid: Medica panamericana, 1999.

RAMIREZ CUELLAR, Maria Roció y PEREZ DE VERA Gilma. “ Un vistazo a la familia del paciente con Alzheimer”. Popayán: Universidad del Cauca.

RUSSELL J. Love, Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Madrid: Médica Panamericana, 1998.

SUBHASH, C. Bhatnagar, Ph. ORLANDO, J. Andy. Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación. Barcelona: Masson, 1995.

T.J.M. Van der Cammen, G.S. Rai y A.N. Exton-Smith. Manual clínico de Geriátría. México: Manual Moderno, 1994.

TORO Ricardo José y YEPES Luis Eduardo. Fundamentos de Medicina Manual de Psiquiatría. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas, 1997.

VARELA, Vilma. “Características del Lenguaje oral en los pacientes con demencia tipo Alzheimer (DTA) del Hospital de Caldas ESE de la ciudad de Manizales”

VIDAL Guillermo. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1995.