

**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES PRAGMÁTICAS Y SEMÁNTICAS DEL
LENGUAJE ORAL EN 4 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DEL
INSTITUTO DIVINO NIÑO JESÚS
POPAYÁN 2005 - 2006**

**NELSON ESTIVEN CABRERA ENRÍQUEZ
LEYDI PATRICIA CERÓN CAMPO
ELIZABETH FERNÁNDEZ CHAUX
NATALIA MARÍA MUÑOZ CHAPARRO
MARLY ELIZABETH PÉREZ ALVARADO**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
POPAYÁN
2006**

**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES PRAGMÁTICAS Y SEMÁNTICAS DEL
LENGUAJE ORAL EN 4 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DEL
INSTITUTO DIVINO NIÑO JESÚS
POPAYÁN 2005-2006**

**NELSON ESTIVEN CABRERA ENRÍQUEZ
LEYDI PATRICIA CERÓN CAMPO
ELIZABETH FERNÁNDEZ CHAUX
NATALIA MARÍA MUÑOZ CHAPARRO
MARLY ELIZABETH PÉREZ ALVARADO**

**Director
JEANNETTE CAMPO
Fonoaudióloga
Esp. En Pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo**

**Asesor Metodológico
LUCY PERAFÁN
Dra. En Ciencias Filológicas**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
POPAYÁN
2006**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 ANTECEDENTES	5
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVOS GENERALES	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. REFERENTE TEÓRICO	15
4.1 GERONTOLOGÍA	15
4.1.1 Teorías sobre la irrelevancia de la edad	15
4.1.1.1 Perspectiva conductista sobre el envejecimiento	16
4.1.1.2 Psicoanalítica de Freud	16
4.1.1.3 Perspectiva del procesamiento de la información	16
4.1.2 Teorías sobre los cambios que se producen en la edad	17
4.1.2.1 Crisis psicosociales	17
4.1.2.2 El paso a la madurez	17
4.1.2.3 Adaptación al desarrollo y el declive	18
4.2. DEMENCIA	18
4.2.1 Definición	18
4.2.2 Aspectos neuropsicológicos	19
4.2.3 Aspectos psicosociales	21
4.2.4 Tipos de demencia	22
4.2.4.1 Demencia cortical	23
4.2.4.2 Demencia subcortical	23
4.2.4.3 Demencia vascular	23

4.2.4.4 Demencia reversible	23
4.2.4.5 Demencia irreversible	23
4.3 ALZHEIMER	24
4.3.1 Enfermedad de Alzheimer	24
4.3.2 Características de la enfermedad de Alzheimer	27
4.4 MEMORIA	30
4.5 LENGUAJE	33
4.5.1 Afectación del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer	36
4.5.2 Alteraciones pragmáticas	38
4.5.3 Alteraciones semánticas	43
5 DISEÑO METODOLÓGICO	47
5.1 TIPO DE ESTUDIO	47
5.2 POBLACIÓN	47
5.3 MUESTRA	48
5.3.1 Criterios de inclusión	48
5.3.2 Criterios de exclusión	48
5.4 VARIABLES	48
5.4.1 Variables sociodemográficas	48
5.4.2 Variables objeto de estudio	49
5.4.3 Operacionalización de variables	49
5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	49
5.5.1 Aspectos éticos	50
5.6 PROCEDIMIENTO	50
5.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS	51
5.7.1 Análisis univariado	51
5.7.1.1 Edad	52
5.7.1.2 Género	52
5.7.1.3 Alteraciones pragmáticas	53
5.7.1.4 Alteraciones semánticas	56
6 DISCUSIÓN	60

7. CONCLUSIONES	67
8. RECOMENDACIONES	70
9. BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	76
GLOSARIO	101

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 EDAD	52
TABLA 2 GÉNERO	53
TABLA 3 TOMA DE TURNOS	54
TABLA 4 CONTROL DEL TEMA	54
TABLA 5 SEGUIMIENTO DE LA CONVERSACIÓN	55
TABLA 6 FUNCIÓN EXPRESIVA	56
TABLA 7 PARAFASIAS SEMÁNTICAS	57
TABLA 8 PARAFASIAS FONOLÓGICAS	58
TABLA 9 NEOLOGISMOS	58
TABLA 10 ECOLALIAS	59

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	76
ANEXO B INSTRUCTIVO MINIMENTAL TEST	77
ANEXO C INSTRUCTIVO DSMIV NINCDS/ADRDA	78
ANEXO D CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO E TEST DE BOSTON	83

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad, la condición de vida de la población adulta mayor se halla arraigada a la existencia de múltiples enfermedades, que obedece al deterioro de las diferentes funciones fisiológicas. A nivel cerebral, se comprometen las funciones cognitivas; que originan diferentes tipos de demencia, entre ellas la enfermedad de Alzheimer que afecta procesos cognitivos como la memoria, la atención, el lenguaje y genera una disminución en la calidad comunicativa, al comprometerse procesos referentes al acceso a las palabras, capacidad para comprender y producir oraciones complejas y el manejo de diferentes formas de discurso, que van aumentando su frecuencia de aparición a través del tiempo debido al deterioro evolutivo de la enfermedad.

En el presente trabajo, se describen los aspectos del deterioro neurológico y las alteraciones del lenguaje oral que éste deriva, desde una perspectiva investigativa, a partir de cuatro estudios de caso, que describen las alteraciones semánticas y pragmáticas del lenguaje oral, su rendimiento y competitividad en el mismo, valoración realizada a través de la aplicación de una batería específica de lenguaje, el test de Boston, a una población de pacientes previamente diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer, cuyo rango de edad se halla entre los 66 y 76 años. Se realizó, un estudio cuantitativo, descriptivo de casos y de corte transversal con un análisis univariado, para un posterior planteamiento de la

discusión de dichos resultados, donde se llegó a una correlación entre la literatura previamente encontrada y los resultados del presente estudio.

Esta investigación se realizó enfatizando el estudio en las alteraciones del lenguaje oral, causadas por la enfermedad de Alzheimer a partir de la estructuración del marco teórico, que será de apoyo para posteriores estudios y para enriquecer el campo de acción de la disciplina.

Finalmente, se plantean conclusiones y recomendaciones acerca de lo encontrado, su relación con aspectos que involucran directa e indirectamente este tipo de población y el rol del fonoaudiólogo.

1. PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

Los autores Alberca, R. y López Pousa, S. (1998) en su libro "Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias" afirman que los pacientes con enfermedad de Alzheimer, presentan un deterioro progresivo de la memoria reciente, del comportamiento y del lenguaje. Alteraciones debidas a los cambios neurofibrilares en el hipocampo y placas seniles en la corteza cerebral.

“Entre los factores de riesgo asociados a la enfermedad de Alzheimer se encuentran: los factores genéticos y hereditarios, edad, consumo de alcohol y tabaco, entre otras”¹.

La fundación OFA (Fundación para el avance de las Ciencias Biomédicas) refiere que las personas con la enfermedad de Alzheimer, no sólo se ven afectadas por la dificultad para laborar o ejercer un oficio sino por la imposibilidad para expresarse de forma adecuada, lo cual limita su capacidad para relacionarse con el medio social y familiar. Es decir, la enfermedad también afecta el lenguaje y en este caso específico de la investigación el lenguaje oral.

¹ PARDAL FERNÁNDEZ, Micheli. Neurología en el anciano. Buenos Aires: Médica Panamericana, agosto 1996.

Entre las alteraciones del lenguaje oral se encuentran las semánticas como anomias (dificultad para nominar palabras conocidas) parafasias, (sustitución de un fonema o una palabra dentro de un contexto) neologismos, (transformaciones fonemáticas extremas o pseudopalabras), ecolalias (desorden de lenguaje caracterizado por la repetición del mensaje producido por el interlocutor) y perseveraciones (repeticiones reiterativas de la última sílaba, palabra o ideas de un tema ante un estímulo). También se presentan alteraciones en el nivel pragmático como dificultad para iniciar y seguir una conversación, tener control del tema, tomar turnos, hacer reparaciones, incluir comentarios, expresar sentimientos y necesidades además la presencia de latencias durante el discurso,

En nuestro medio no se han desarrollado muchos estudios encaminados a conocer los procesos del lenguaje oral que permitan distinguir las posibles alteraciones en pacientes con la enfermedad de Alzheimer; para promover la rehabilitación y así disminuir los efectos que inciden en la comunicación e interacción social.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las alteraciones pragmáticas y semánticas del lenguaje oral en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús del municipio de Popayán, durante el período 2005-2006?

1.3 ANTECEDENTES

Entre los estudios acerca de la enfermedad de Alzheimer, que aportan datos descriptivos dados por diferentes campos de la salud, a nivel local, nacional e internacional, a nuestra investigación, tenemos:

En el departamento de fonoaudiología de la Universidad del Cauca, se realizó la investigación "Alteraciones del lenguaje oral en pacientes con enfermedad de Alzheimer Hospital Susana López de Valencia Popayán 2002 -2004".² El objetivo fue determinar las alteraciones del lenguaje oral en dichos pacientes y elaborar un plan de prevención terciaria. El método empleado para realizar la investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y con un análisis cuantitativo. Según referencias de los familiares acerca del lenguaje observaron que: 69.2% de los pacientes presentaron incoherencias, 61.5% falta de ilación, 38.4% frases sin sentido. A nivel del lenguaje oral en dialogo espontáneo las alteraciones que se presentan en mayor porcentaje son las perseveraciones (100%), anomias (69%) y los circunloquios (59,2); en el dialogo dirigido las perseveraciones se evidencian

² BRITO TRUJILLO, Lola; y Otros. Alteraciones del lenguaje oral en pacientes con enfermedad de Alzheimer de Hospital Susana López de Valencia de la Ciudad de Popayán. Popayán: Universidad del cauca, 2002-2004.

en igual porcentaje que el anterior, la incoherencia en un 77%; en la prueba de descripción de laminas es notorio 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 60,2% solo en evaluación fonológica. El estudio aporta la elaboración de un modelo de intervención fonoaudiológico en la enfermedad de Alzheimer.

En la investigación “análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer”.³ Realizada en la universidad nacional, mencionan como antecedentes que la demencia tipo Alzheimer representa un 50-70% de las enfermedades demenciales. Su prevalencia es del 3-5% en personas mayores de 65 años y su incidencia de 1-2% al año en la población general; se caracteriza por alteraciones progresivas en la memoria, el lenguaje, la atención, el comportamiento y la presencia de déficit visoespaciales; en donde su objetivo consistió en hacer un análisis descriptivo-comparativo de una muestra poblacional con demencia tipo Alzheimer, en especial una descripción fenomenológica de las alteraciones del lenguaje presentes en esa población.

El estudio se basó en un análisis descriptivo – comparativo, usando los registros de 23 pacientes, provenientes de la base de datos de la cohorte de pacientes del grupo de trabajo interdisciplinario para el estudio de la demencia, de la

³ MALAGÓN, Catalina y Otros. Análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer (DTA). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1998- 2003.

Universidad Nacional de Colombia entre los años 1998 y 2003; donde se obtuvieron los siguientes resultados: en el estadio leve se evidencian déficit ligeros en todas las pruebas. Sin embargo los dominios con rendimiento más bajo fueron la fluidez fonológica y semántica. En el estadio moderado se evidenciaron diferencias en el rendimiento; las tareas de denominación, fluidez semántica y fluidez fonológica tuvieron rendimiento más bajo. Se concluyó, que el lenguaje es un dominio que suele comprometerse en la demencia tipo Alzheimer. Los resultados, reflejan el deterioro progresivo de la habilidad lingüística, manifiesto en un amplio rango de frecuencia entre el estadio leve y el moderado de la demencia. Existe un perfil similar de deterioro para los estadios leve y moderado con patrones independientes en las pruebas específicas.

De igual forma, en la Universidad Nacional de Colombia se encuentra una compilación denominada “Estudio de las alteraciones del lenguaje en demencia tipo Alzheimer”.⁴ El objetivo, fué realizar un análisis crítico de la evidencia disponible de estudios acerca de las alteraciones comunicativas en DTA (Demencia tipo Alzheimer) con el propósito de hacer una descripción fenomenológica de las mismas. La evidencia encontrada describe fenomenologicamente los desordenes comunicativos en DTA lo señala como un marcador de un deterioro cognoscitivo. Las alteraciones semánticas predominan con una perdida de conceptos más notorio en lo específico que en lo general; la memoria semántica y las conexiones entre conceptos pueden ser responsables de

⁴ MALAGÓN, Catalina y RODRÍGUEZ. Estudio de las alteraciones del lenguaje en Demencia tipo Alzheimer. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2003.

los desordenes en este dominio. La fonología, la sintaxis muestran relativamente conservación. Por último en esta compilación se expone el beneficio de la intervención comunicativa temprana, con miras a orientar las acciones disciplinares y los programas de tratamiento para personas con DTA y su entorno social.

A nivel internacional son varios los trabajos encontrados que se relacionan de una u otra forma con nuestro tema de interés.

En el estudio “Denominación y memoria semántica en demencia tipo Alzheimer”.⁵ Se planteó como objetivo estudiar en una muestra de pacientes con DTA de distintos grados de severidad en la denominación de dibujos y la memoria semántica. No se precisa el tipo de diseño metodológico utilizado.

Esta investigación se desarrolló en dos fases, enfocadas en la evaluación de la denominación y la memoria semántica respectivamente. En la primera fase del estudio, se clasificaron 3 categorías, entre las cuales se encontraron errores de perseveración o por respuesta no atinente; parafasias y circunloquios o descripciones y por último errores en la percepción visual, los resultados obtenidos fueron.

⁵ DONOSO, Archibaldo. Neuropsicología y demencias. Chile: Ediciones de la sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, octubre 2001.

Los errores semánticos referentes a parafasias o circunloquios constituyen el 41% en DTA moderada y el 32 % en la severa. Las respuestas no atingentes o perseverativas constituyen el 4.5% de los errores en DTA moderada y el 15.1% en DTA severa. De manera similar, ocurre con las parafasias no semánticas en un 4.5% y 17.9% respectivamente para cada grado de severidad en Alzheimer. Los errores visuales tienen una baja incidencia en los dos grupos con un 4.5% y 5.6%. De acuerdo con estos resultados, se puede inferir que hay una relación directa entre el número total de errores y la severidad de DTA; por otra parte entre el DTA moderada y severa mostró una relación inversa en errores semánticos y anomias. En los pacientes con DTA leve sólo se observó anomias. Por último la proporción de otros errores no reveló relación alguna con la severidad de la DTA.

En la segunda fase, la prueba de memoria semántica empleada fué la evocación de ítems de una categoría (evocación de animales en 90 seg.) a 33 pacientes con DTA probable que formaban parte de los 71 pacientes mencionados en la primera fase. De los cuales se observó lo siguiente.

Existe una relación significativa entre la severidad de la DTA y el defecto de memoria semántica, los pacientes con DTA leve habían nombrado un promedio de 10.8 animales (60 segundos), los DTA moderada 5.7 y los DTA severa 3.1; durante la prueba se observaron perseveraciones frecuentes especialmente en los pacientes con mayores defectos. La importancia del lo anterior respalda el interés de estudiar pacientes con DTA en diferentes grados de severidad.

En Chile, se realizó una revisión acerca del “Lenguaje Oral y Escrito en Demencia de tipo Alzheimer”.⁶ En esta investigación, aunque no se conoce el diseño metodológico empleado, el objetivo principal fué presentar la experiencia acerca de los trastornos del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer (EA), respecto de las dificultades en la denominación, en el discurso descriptivo (oral y escrito) y en el dictado de palabras. En la prueba de denominación, de 8 dibujos de objetos comunes se encontraron errores que aumentaban con la severidad de la demencia: el 4.5% en los sujetos con EA leve, 11.5% en EA moderado y 16.8% en EA severa. La magnitud de estos defectos era concordante con la incidencia de Afasia en dichos grupos, en donde el tipo de error más frecuente, fué la incapacidad de denominar. En demencia más severas aparecieron parafasias verbales, fonémicas, perseveraciones verbales, respuestas no atingentes y errores de tipo agnósico.

Respecto, al estudio del discurso descriptivo oral, se solicitó a un grupo de pacientes de la muestra que describiera la lámina 1 del Test de Boston; dentro de la población se contó con 3 personas con EA leve, 5 con EA moderada, 5 con EA severa, 5 con EA muy severa y se compararon con un grupo control de 5 sujetos en cuanto al número de palabras, frases completas e incompletas, sustantivos, verbos y nexos, pausas, errores gramaticales, parafasias fonológicas o semánticas y el número de ideas atingentes o no atingentes.

⁶ DONOSO, Op. Cit.

En los resultados, se evidenció que entre el grupo control y los pacientes con EA leve, la única diferencia era el trastorno en el contenido del lenguaje con tendencia a la disminución de las ideas atinentes y aparición de las primeras ideas no atinentes. En los pacientes con EA más severa se encontró una reducción del número total de palabras. También existía una progresiva reducción de los verbos, en cambio se mantuvo la proporción entre el número de nexos y el total de palabras; se observaron pocos errores semánticos, los errores fonológicos y gramaticales fueron excepcionales.

Lo anterior permitió concluir que en el discurso oral de la EA, existe un error en el contenido, en el esquema del discurso (memoria semántica); por lo tanto se destaca el compromiso del lenguaje debido al defecto cognitivo general.

Demuestra la relación existente entre la enfermedad de Alzheimer y el deterioro en los diferentes niveles del lenguaje, dejando en claro la relevancia de investigar sus implicaciones a nivel semántico y pragmático dentro de la calidad comunicativa.

2. JUSTIFICACIÓN

“La enfermedad de Alzheimer, es un tipo de demencia que afecta alrededor del 3 al 5% de la población general mayor de 65 años y su incidencia está determinada entre el 1 y 2% anual a nivel nacional”.⁷

Esta enfermedad, se caracteriza por ocasionar un deterioro de las áreas del cerebro relacionadas con la memoria, la atención y el lenguaje, siendo este último aspecto de gran interés para el actual estudio, puesto que el lenguaje es una de las facultades más importantes para el desarrollo e interacción de los individuos con el medio social, cultural y familiar.

La importancia de realizar esta investigación es conocer y describir cada una de las alteraciones semánticas y pragmáticas del lenguaje oral que presentan los pacientes con la enfermedad de Alzheimer; ya que nuestro medio, no se conocen suficientes estudios que aborden desde la perspectiva fonoaudiológica el conocimiento y análisis de dichas dificultades, que arrojen la información necesaria para la intervención oportuna y eficaz de cada una de estas, y así

⁷ HERNÁNDEZ, Janeth; MALAGÓN, Catalina y RODRÍGUEZ, Jhoanna. Demencia tipo Alzheimer y lenguaje. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2006.

contribuir de forma activa en la calidad de vida de la población adulta mayor que padece de la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte, el conocer dichas alteraciones aportará a la formación académica de los estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, porque permitirá crear espacios de evaluación e intervención que abarquen a la población adulta mayor que padece de esta enfermedad; y ayudará a mantener los canales de comunicación de estos individuos con el fin de que no se aislen del entorno social, cultural y familiar.

Así mismo, la realización de este estudio contribuirá al crecimiento profesional de los Fonoaudiólogos a nivel laboral e investigativo ya que “[...] según la ASHA (Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición) el papel de los Fonoaudiólogos (a) en demencias incluye la evaluación/diagnóstico; consejería, intervención, asesoría, prevención y promoción con el propósito de conservar en lo posible las habilidades de comunicación; siendo la evaluación el enfoque de este estudio”,⁸ lo cual favorecerá la calidad de vida de estos pacientes.

En el Departamento del Cauca, no se cuenta con datos estadísticos que permitan conocer la distribución y frecuencia de la enfermedad de Alzheimer, éste tal vez es uno de los mayores impedimentos para que dicha población sea atendida a través de un equipo multidisciplinario.

⁸ Ibid.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las alteraciones pragmáticas y semánticas del lenguaje oral en pacientes con la enfermedad de Alzheimer, del Instituto Divino niño del Niño Jesús del Municipio de Popayán, 2005-2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los pacientes con enfermedad de Alzheimer del instituto Divino Niño Jesús de acuerdo a las variables sociodemográficas.
- Determinar las dificultades pragmáticas y semánticas en ancianos con la enfermedad de Alzheimer, en la población del Instituto Divino Niño Jesús.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 GERONTOLOGÍA

El envejecimiento, es un fenómeno universal que afecta a todo tipo de población y se da como consecuencia del deterioro normal de las estructuras que conforman el cuerpo humano.

“El envejecer no sólo trae consigo el deterioro fisiológico del cuerpo sino cambios psicológicos, cognitivos y sociales que afectan la convivencia familiar, social y laboral del individuo”⁹. Para estudiar el fenómeno normal del envejecimiento, la medicina se apoya en la gerontología que se encarga de analizar e interpretar cada uno de los cambios que suceden durante el proceso, teniendo en cuenta las características físicas, sociales y culturales del individuo. Por tal razón y como apoyo a este tipo de estudios se citan las siguientes teorías.

4.1.1 Teorías sobre la Irrelevancia de la Edad¹⁰

4.1.1.1 Perspectiva conductista sobre el envejecimiento. (Kimble, 1993) piensa que nuestras acciones están determinadas por nuestras experiencias en el mundo exterior, y no por aquello con lo que nacemos ni por rasgos heredados

⁹ PEREZ DE VERA, Gilma. Atención del anciano. Popayán: Universidad del Cauca, 1992

¹⁰ BELSKY, Janet. Psicología del Envejecimiento, España: Thomson Learning, Ediciones Paraninfo, 2001

4.1.1.2 Psicoanalítica de Freud. Este psicoanalista creía, que nuestra personalidad básica se forma en la primera infancia, para seguir luego relativamente estable; si la formación del ego no es óptima, seremos vulnerables y propensos a los problemas que sin duda trae la vejez.

4.1.1.3 Perspectiva del procesamiento de la información sobre el envejecimiento. Este tipo de teoría, busca comprender la cognición y subyace en que la mente se comporta de forma muy parecida a como lo hace un ordenador, siguiendo los pasos de manejo, adquisición y procesamiento de la información.

4.1.2 Teorías sobre los cambios que se producen en la edad¹¹

4.1.2.1 Crisis psicosociales. Para (Erik Erikson) existen ocho labores o crisis psicosociales, desde que nacemos hasta que alcanzamos la vejez. Estas labores se asientan unas en las otras, porque la persona no puede dominar lo que corresponde a una fase posterior a menos que haya superado con éxito las crisis de desarrollo de las fases previas.

4.1.2.2 Adaptación al desarrollo y el declive. (Paul Baltes) dice que para triunfar en la vida se necesita la selección: dado a que no lo podemos hacer todo, debemos centrar nuestras energías en aquellas actividades de la vida que sean más importantes desde el punto de vista personal. Una vida de éxito exige la

¹¹ Ibid.

optimización, para desarrollar nuestro potencial necesitamos trabajar con especial ahínco en estas áreas fundamentales de la vida.

4.2 DEMENCIA

4.2.1 Definición

La demencia, es un conjunto de signos y síntomas caracterizados por un deterioro de las funciones cognitivas, de origen orgánico, sin encontrar un compromiso del estado de conciencia, pero sí con múltiples perturbaciones de las funciones intelectuales, que llegan a entorpecer las actividades cotidianas e interferir en las relaciones familiares, laborales y sociales de las personas que la padecen.

“Las funciones cognitivas comprenden fundamentalmente la gnosia, el lenguaje, el cálculo, la praxia ideomotriz, la habilidad visoconstructiva, el pensamiento abstracto y la capacidad de razonamiento correcto para resolver problemas”¹² .

No obstante, en las demencias no se altera necesariamente y de manera uniforme todas las funciones cognitivas sino que pueden afectarse distintas combinaciones y en diferentes grados. Generalmente afecta a individuos en edad avanzada, que oscilan entre los 65 y 80 años con un deterioro que empeora progresivamente; al hablar de deterioro se refiere a que se presenta en individuos que previamente se encontraban normales.

¹² JUNCOS RABADÁN, Onesimo. Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la intervención. Barcelona España: Masson S.A, 1998.

La problemática en la demencia suele centrarse en lo que corresponde a la memoria. En las pruebas que exploran la función mnésica se evidencia la dificultad para codificar la información, determinando que los datos recientemente incorporados en la memoria de corto plazo, se pierdan rápidamente, dificultando así su almacenamiento y evocación.

4.2.2 Aspectos neuropsicológicos en la demencia

Los estados de la demencia, van a ser definidos como un síndrome general que afecta las facultades del entendimiento, recuerdo y comprensión; dejando de considerar el concepto de demencia como un estado terminal al que podían conducir todas las enfermedades mentales. A la vez, se va haciendo énfasis en su origen orgánico, en su carácter irreversible, y se van alejando del núcleo del concepto todos los síntomas ajenos al déficit intelectual, que pasan a considerarse epifenómenos.

“Concretamente se van a distinguir dos líneas conceptuales: la psicológica o sindrómica, referida al deterioro intelectual, y la médica o anatomoclínica, referida a la irreversibilidad producida por las lesiones anatomopatológicas”.¹³

La pérdida de memoria es el signo más común de demencia. En el cual numerosas personas se sienten atemorizadas (ante su pérdida de memoria) pensando que pueda ser el primer signo de deterioro, que les lleve a depender totalmente de los demás. Sin embargo, esto no es necesariamente así. La pérdida

¹³ PERGOLA, Federico y FUSTINONI, Juan. Trastornos Neurológicos y Psiquiátricos del anciano. Buenos Aires: Atlante, 1998.

de memoria puede ser también un signo de vejez sin estar asociado con la demencia.

De igual manera, los diferentes tipos de demencias han sido consideradas como síndromes neuropsicológicos con un síntoma en común imprescindible para su diagnóstico: incapacidad de aprender nueva información (amnesia anterógrada) por un daño cognitivo causado por un trastorno cerebral, usualmente de naturaleza crónica y progresiva, en el cual existe una alteración de funciones corticales, incluidas la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. El deterioro de estas funciones cognitivas está comúnmente acompañado, y ocasionalmente precedido, por un deterioro en el control emocional, conducta social o motivación.

Quizá lo más deprimente es que aunque haya pérdida de memoria, no se pierde la conciencia por lo cual estos sujetos sufren mucho al percibir su problema. Es lo que hasta el momento se conoce, como síndrome demencial presentado en la enfermedad de Alzheimer, en trastornos cerebro vasculares y en otras patologías que afecten primaria o secundariamente el cerebro.

4.2.3 Aspectos psicosociales.

Las personas afectadas, presentan los primeros síntomas como: pérdida de memoria, de facultades intelectuales y ligeros olvidos de cosas tan habituales como el nombre de familiares y amigos hasta llegar a no reconocerlos a medida

que progresa la enfermedad, no están seguros de datos importantes como fechas y lugares en el que se encuentran, olvidan diálogos que han mantenido, incluso las actividades como cumplir encargos son difíciles de realizar.

De acuerdo con la enfermedad, ésta irá progresando y los síntomas se hacen más evidentes y empiezan a interferir en el trabajo y en las actividades sociales. Los problemas prácticos que suponen las tareas diarias de vestirse, lavarse e ir al baño se irán haciendo tan graves que, con el tiempo, el enfermo acaba dependiendo totalmente de los demás y el inicio de su problemática y la manifestación de sus síntomas pueden ser tan ligeros que suelen pasar inadvertidos tanto por la persona afectada como por su familia y amigos.

Los ancianos con demencia pueden volverse apáticos o perder el interés en actividades que antes eran importantes para ellos. En las últimas etapas, los pacientes no son capaces de cuidar de sí mismos y necesitan ayuda para realizar actividades básicas cotidianas. Su conversación se vuelve repetitiva, y pueden hacer la misma pregunta una y otra vez. En ocasiones, pueden ser agresivos verbal o físicamente, y encontrarse agitados. En la fase final, el enfermo suele permanecer en cama y requerir atención constante por parte de un cuidador.

Por lo anterior es posible afirmar que cuando una persona sufre demencia, las células de su cerebro se deterioran y pierden sus funciones habituales antes de lo normal. Aunque la demencia se caracteriza a menudo por unas fases los autores advierten que no todas las personas siguen el mismo proceso.

4.2.4 Tipos de demencia

La demencia se puede clasificar en varias categorías entre ellas, los criterios de alteración cortical y subcortical.

4.2.4.1 Demencia cortical. La mayoría de estas demencias son de origen degenerativo. En ella se encuentra una alteración bilateral de extensas áreas de la corteza con afección topográfica temporoparietal y formas frontotemporales. La demencia temporoparietal por excelencia es la enfermedad de Alzheimer que configura de forma lenta y progresiva un síndrome afaso-apraxo-agnósico.

4.2.4.2 Demencia subcortical. Se caracteriza por una lentitud en los procesos mentales, hay cambios de conducta y personalidad en ausencia de afasia.

Otra clasificación de las demencias hace referencia a: demencia vascular, demencia de tipo reversible y demencia irreversible.

4.2.4.3 Demencia vascular. Este tipo de demencia, se encuentra estrechamente relacionado con accidentes cerebro vascular e infartos múltiples y se clasifica en: demencia Multiinfártica, la enfermedad Lacunar y la enfermedad de Binswanger.

4.2.4.4 Demencia reversible. Llamada también “Pseudodemencia depresiva” y se caracteriza porque los pacientes presentan daños reversibles o parcialmente reversibles de las funciones cognoscitivas a causa de la depresión.

4.2.4.5 Demencia irreversible. “Se refiere al daño irreparable de las funciones cognoscitivas relacionadas con el lenguaje, memoria y otros, las cuales se ven afectadas por el deterioro progresivo de la corteza cerebral. Dentro de este tipo de demencia se clasifican la enfermedad de Alzheimer y el Parkinson”.¹⁴

4.3 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Entre las diferentes clasificaciones de demencia el Alzheimer, es considerado de tipo cortical, esta es una enfermedad degenerativa, progresiva e irreversible del cerebro, que afecta las funciones cognitivas, la personalidad y produce una disminución de las funciones intelectuales las que interfieren en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

“La enfermedad de Alzheimer es llamada así por el médico alemán Alois Alzheimer, quien en 1906 notó cambios en el tejido cerebral de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Encontró durante la observación anatómo-clínica placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioscleróticos cerebrales.”¹⁵

Actualmente estas alteraciones neurológicas son consideradas el sello característico de la enfermedad de Alzheimer.

¹⁴ KANEL, Robert; OUSLANDER, Joseph y ABRAAS, Itamar. Geriatria Clínica. Mc Graw Hill, 2001.

¹⁵ ALBERCA, R y LÓPEZ, POUSSA, S. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. España: Médica Panamericana, 1998.

“El DSMIV (1995) describe la demencia tipo Alzheimer, como un síndrome mental orgánico que se caracteriza por un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a trastornos del pensamiento abstracto, juicio, funciones corticales superiores (afasia, apraxia, agnosia) junto con modificaciones de la personalidad que interfiere significativamente en las actividades de relación, laborales y sociales”.¹⁶

La enfermedad, ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas partes periféricas; “[...]desde el punto de vista anatómico, se caracteriza por la aparición de placas seniles, degeneración neurofibrilar, angiopatía amiloide, y degeneración granulovascular”¹⁷, además se puede encontrar la pérdida de neuronas y reducción de las conexiones sinápticas, estas últimas más asociadas al deterioro neurológico. Anteriormente la hipótesis colinérgica explicaba que los déficit cognitivos de la enfermedad de Alzheimer se debían a la denervación de acetilcolina en las áreas corticales afectadas.

“En el primer estadio de la enfermedad de Alzheimer, se presentan placas seniles y de degeneración neurofibrilar en el hipocampo; en el segundo estadio se encuentra una alteración anatómica y funcional de áreas de asociación parieto – temporo – occipital”.¹⁸

¹⁶ PUYUELO Y RONDAL. Manual de Desarrollo de Alteraciones del Lenguaje. España: Masson, 2003.

¹⁷ ALBERCA Y LOPEZ POUSSA, Op. Cit.

¹⁸ DONOSO, Op. Cit.

En estadios finales de la enfermedad aparece un compromiso extrapiramidal y piramidal bilateral. Las diferentes alteraciones a nivel neurológico desencadenan las manifestaciones clínicas y varían de un paciente a otro.

“Entre los principales factores de riesgo se puede encontrar la edad avanzada y la transmisión genética, otros factores menos predisponentes son el género, antecedentes de traumatismo craneal, el bajo nivel educacional, hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipotiroidismo Además de los descritos anteriormente, se tienen en cuenta las enfermedades virales, alteraciones inmunológicas e intoxicaciones con tóxicos ambientales y otros factores no identificados”.¹⁹

En la actualidad, la enfermedad de Alzheimer es una de las demencias más comunes en ancianos de edad avanzada, según los autores “PERGOLA Y FUSTINONI la enfermedad de Alzheimer, se empieza a desarrollar a partir de los 65 años y afecta las funciones comunicativas a nivel expresivo – comprensivo y limita al anciano en su entorno familiar, social y laboral”.

En el comienzo de la enfermedad, la característica principal es la pérdida progresiva de la memoria, los ancianos tienen dificultad al recordar nombres, números y eventos recientes, los familiares toman estos olvidos como un proceso normal del envejecimiento, lo cual interfiere en el diagnóstico temprano de la

¹⁹ MONTES, José Fernando y CURCIO, Carmen Lucía. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Artes Gráficas Tizan Ltda, 2002.

enfermedad de Alzheimer. Posteriormente se presenta alteraciones en el lenguaje, caracterizados por anomias, circunloquios, ecolalias, neologismos, alteraciones en la fluidez, parafasias semánticas y fonológicas entre otras, que forman parte de las alteraciones semánticas y pragmáticas del lenguaje oral en pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

“En los estadios más avanzados de la enfermedad, se presenta desorientación temporal y espacial, donde el anciano pierde su autonomía y pasa a ser dependiente de sus familiares y termina en un estado afaso – apracto –agnósico completo”.²⁰ Que incapacita al anciano en el desempeño de sus actividades cotidianas.

4.3.1 Características de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por el deterioro de las funciones intelectuales. Las manifestaciones clínicas pueden variar de un paciente a otro, entre las cuales se encuentra la pérdida de memoria, afectación del lenguaje, trastornos intelectuales, trastornos visoespaciales, alteraciones agnósicas, trastornos práticos y constructivos, alteraciones que tienen una evolución y se relacionan de la siguiente manera.

El estadio I (leve).²¹ Este estadio tiene una duración aproximada de 1 a 3 años, en el cual se encuentra un deterioro cognitivo, caracterizado por la pérdida de

²⁰ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit.

²¹ ALBERCA Y LÓPEZ POUSSA, Op. Cit.

memoria, se observan olvidos frecuentes, dificultad para recordar cosas o habilidades ya aprendidas. “En este estadio el lenguaje comienza a alterarse. El paciente puede entablar y mantener una conversación con dificultad, utilizando muchas pausas, circunloquios y situaciones de palabras para compensar sus problemas de denominación”.²²

La comprensión se conserva, lo cual permite interactuar con otras personas pese a su dificultad; otros problemas asociados a la enfermedad son la depresión, los cambios de humor etc. Durante el estadio inicial los ancianos con la enfermedad de Alzheimer, no reconocen el deterioro de la memoria, por tal razón los familiares son los primeros que detectan los cambios en estos pacientes.

Estadio II (moderado).²³ Tiene una duración de 2 a 5 años, la evolución de la enfermedad de Alzheimer, produce un deterioro cognitivo, dificultades a nivel socio-afectivo. “En las alteraciones del lenguaje, se acrecenta y acelera el deterioro en la denominación sin un esfuerzo para corregirse, precedido por defectos en el discurso y en la comprensión de instrucciones complejas, que dependería de factores cognitivos generales”.²⁴

Además de las alteraciones de lenguaje, la pérdida de memoria es notable, así mismo la desorientación en el tiempo. Los pacientes con la enfermedad de Alzheimer tienen dificultad para llevar a cabo funciones que han sido aprendidas

²² PUYUELO Y RONDAL, Op. Cit.

²³ ALBERCA Y LÓPEZ POUSSA, Op.Cit.

²⁴ DONOSO, Op. Cit

tales como vestirse, por tal razón necesitan ayuda de los familiares para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Estadio III (severo).²⁵ Tiene una permanencia de 8 a 12 años, durante este estadio, el anciano necesita la supervisión continua. En la fase final de la enfermedad de Alzheimer los pacientes terminan postrados en la cama con incapacidad motora, para desplazarse o realizar alguna actividad. En algunos de los casos cursa con rigidez y dificultad para mantener el equilibrio; se asocian problemas en el control de esfínteres principalmente vesical. En la progresión de este estadio, el paciente requiere de alimentación asistida, debido a la incapacidad de realizar actividades básicas cotidianas. El lenguaje se limita a una jerga, habitualmente no inicia conversaciones hasta reducirse en unas pocas palabras e incluso llegar a un mutismo y su incapacidad para estructurar tareas complejas es casi total.

Los olvidos ocasionales de nombres, números, lugares etc, son considerados como normales; en personas de edad avanzada son parte del envejecimiento, específicamente en la enfermedad de Alzheimer, provoca que el paciente se pierda en lugares conocidos, olvidar los nombres de sus familiares, vestirse, comer, lo cual interfiere en el desempeño en actividades diarias, a nivel laboral y social.

²⁵ ALBERCA Y LÓPEZ POUSSA, Op. Cit

4.4 MEMORIA

La memoria “[...]es la capacidad de fijar, registrar y evocar acontecimientos, cuando sean necesarios en función de un mejor rendimiento del organismo”.²⁶

En este sistema, se llevan a cabo procesos de recepción, codificación y almacenamiento de eventos que contribuye a la activación de habilidades cognitivas lo cual permite al ser humano el aprendizaje de cosas nuevas, practicar aquello que ya sabe e interactuar con el medio, pues nada de esto sería posible sin la participación conjunta de áreas corticales receptoras de los lóbulos occipitales, temporales y parietales, a través de sus conexiones neuronales.

Por otra parte, el deterioro de la memoria, habilidades cognitivas y por ende el de las funciones comunicativas, son tomados como síntomas característicos del envejecimiento normal, pero que en realidad puede llegar a constituir una señal de alarma o bien una tendencia a desarrollar la enfermedad de Alzheimer o demencia cortical posterior. Este deterioro es producido por una pérdida de células nerviosas como consecuencia de la formación de placas de proteína Beta amiloide y marañas de fibras nerviosas; en la cual se afecta, primero la corteza entorrinal, extendiéndose al complejo hipocampal y por último a las áreas de asociación corticales afectándose en forma progresiva dichas funciones cerebrales dejando al paciente en un “estado afaso-apracto-agnósico completo”.²⁷

²⁶ DONOSO, Op. Cit.

²⁷ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit

La memoria, es un sistema que está conformado por diferentes áreas, las cuales pueden estar comprometidas en la enfermedad de Alzheimer. En este sistema se encuentra la memoria a largo plazo, en donde se almacena información permanente de todo lo que se ha memorizado; este tipo de memoria se divide en dos subsistemas, el primero hace referencias a la declarativa (explícita), caracterizada por intervenir en la etapa de aprendizaje de cosas nuevas, así mismo la retención de información.

“Dentro de esta se encuentra la memoria episódica que hace referencia a experiencias personales que se llevan al cabo del tiempo; la memoria semántica es caracterizada por un aprendizaje sin conciencia del mismo”.²⁸

La memoria a corto plazo, es la encargada de almacenar información por tiempo limitado y es sensible a interferencias del medio; ésta contiene a su vez la memoria operativa (memoria de trabajo), cuya función es almacenar y manipular temporalmente la información necesaria para llevar a cabo tareas cognitivas complejas como lo son el aprendizaje, el razonamiento y el lenguaje.

“Este tipo de memoria es un sistema tripartito formado por un sistema supervisor de control (ejecutivo central) y dos sistemas subsidiarios, el primero procesa material lingüístico y el segundo relacionado con la memoria visoespacial. El papel

²⁸ ARANGO LOPERA, Victoria Eugenia. Demencias Diagnostico Precoz. Bogotá: Clínica San Ignacio de la Memoria.

del ejecutivo central es seleccionar, coordinar y controlar la información de los dos sistemas subsidiarios”.²⁹

“El concepto de memoria operativa, refiere a dos aspectos del funcionamiento de la mente. El primero, la memorización o almacenamiento temporal (memoria a corto plazo) de diversas informaciones necesarias para actividades cognitivas, El segundo, es el procesamiento de la información disponible, así como la evocación de otras almacenadas en la memoria a largo plazo; de esta manera, la memoria operativa se relaciona con el mantenimiento de estas informaciones previas y la inhibición de otras; en cuanto a la comprensión y producción del lenguaje, se encarga de retener series de lenguaje y la relaciona con información ya almacenada”.³⁰

En los últimos años, el debate sobre el deterioro cognitivo en la vejez se ha centrado en tres conceptos: la memoria operativa, la inhibición y la rapidez de procesamiento, siendo estos conceptos profundamente relacionados que explican distintos aspectos del deterioro producido a causa de la edad.

²⁹ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit.

³⁰ Ibid.

4.5 LENGUAJE

Uno de los aspectos mas afectados en la enfermedad de Alzheimer es el lenguaje , que se considera como un código o sistema que permite comunicar y representar ideas, pensamientos e interactuar con otras personas y con el medio que nos rodea ya sea de forma oral, escrita o gestual. Se utiliza con intencionalidad comunicativa para conocer y representar la realidad por medio de preguntas, explicaciones, descripciones y exploraciones entre otras. Por ello cuando se establece una comunicación se toma al lenguaje como una herramienta entre el hablante y el oyente a través de un intercambio conversacional en el cual se produce y comprende un mensaje mediante la utilización de un código común.

El procesamiento central del lenguaje se ha discutido desde diversas teorías como las localizacionistas, las integradoras y las cognoscitivas, entre otras.

“Se habla de zonas específicas con interconexiones flexibles que permiten la recepción, el reconocimiento, el análisis, la selección y producción del lenguaje verbal lecto escrito y lógico matemático. Así mismo están las teorías integradoras entre las funciones cognoscitivas superiores, el lenguaje y sus productos.”³¹

Nación y Aram, (1979) plantean el acto comunicativo en tres componentes: el primero, ambiental, que reúne la entrada del lenguaje (pragmática, semántica,

³¹ HERNANDEZ Y MALAGON, Op. Cit.

sintáctica y fonológica) y de habla (voz prosodia y fonética). El segundo, de procesamiento interno, que refiere: aceptación, transducción auditiva, análisis-transmisión auditiva, recepción-análisis auditivo, programación auditiva, interpretación del lenguaje, programación del habla, iniciación del habla y coordinación-transmisión del habla y producción del habla, y equivalentes comportamentales: sensación, percepción, comprensión, formulación, repetición, secuenciamiento y control motor.

El tercer componente, es el producto de habla (tono vocal, resonancia, voz, estructura fonética y prosodia) y lenguaje (semántica, sintáctica, fonología y pragmática)

A medida que el ser humano crece adquiere experiencia y conocimiento del mundo que lo rodea, lo contrario sucede en el envejecimiento normal en el cual se va produciendo un desgaste, cansancio o debilitamiento de las habilidades que antes había adquirido. Es común encontrar disminución en las habilidades comunicativas del anciano, debido al deterioro paulatino en los procesos de entrada de información y su procesamiento que afecta los niveles semántico (comprensión y significado) y pragmático (uso del lenguaje) del lenguaje, manifestándose a través de la simplificación de estructuras lingüísticas al comprender y/o transmitir contenidos de carácter informativo complejos.

“Cuando se habla de lenguaje en la vejez se consideran tres aspectos relacionados: a) *procesal*, referido a los procesos cognitivos implicados en la

producción y comprensión; b) *funcional* que atañe a la interacción y la comunicación, c) *estructural* que se refiere a la expresión propiamente lingüística en sus niveles fonológico, sintáctico y léxico”.³² (figura1)

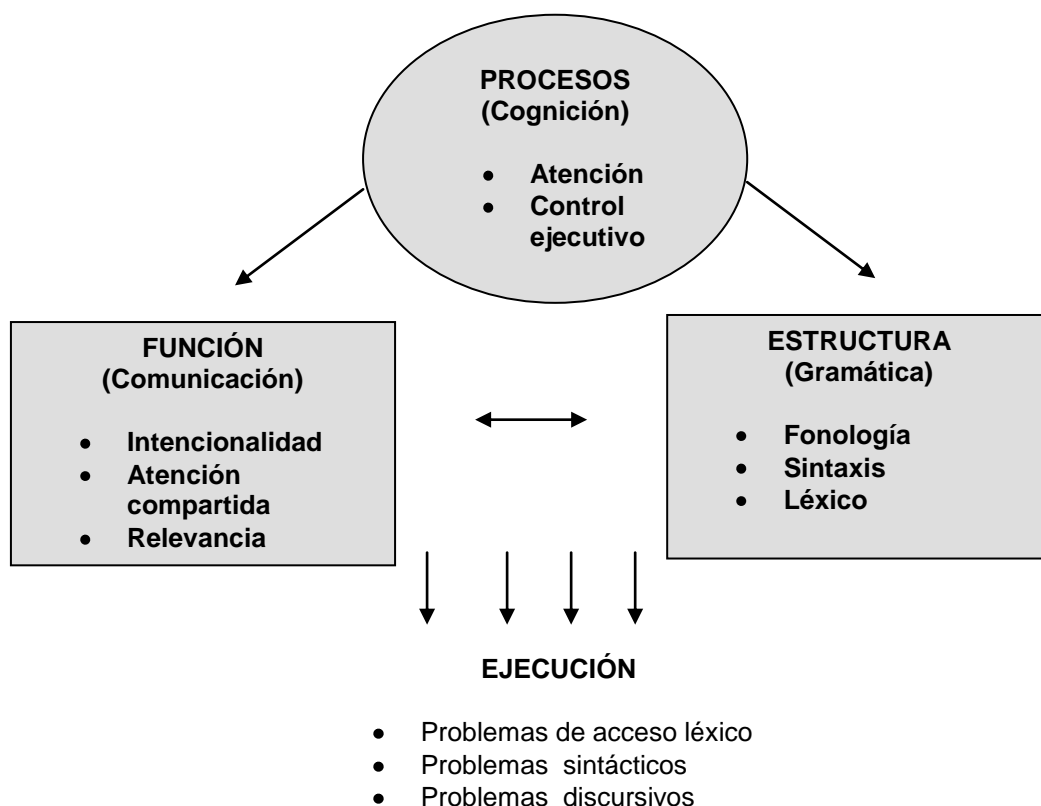


Figura 1. Gráfico que sintetiza los aspectos procesales, funcionales y estructurales del lenguaje.

Los aspectos procesales, se encuentran relacionados con la memoria operativa, la cual afecta en los ancianos el componente ejecutivo central del que depende el control, la regulación y supervisión de la información en los diferentes procesos implicados en tareas complejas especialmente en el lenguaje, y en cuanto a los aspectos estructurales se observan alteraciones generalizadas en los diferentes niveles del lenguaje debido al deterioro cognitivo y la memoria operativa.

³² PUYUELO Y RONDAL, Op. Cit.

Las alteraciones del lenguaje y la comunicación como consecuencia de trastornos neurológicos en personas adultas se hacen más frecuentes, como es el caso de las demencias, entre las cuales se destaca la enfermedad de Alzheimer.

4.5.1 Afectación del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer.

Del déficit más notorio en la DTA, las alteraciones comunicativas constituyen un signo claro de deterioro cognoscitivo, debido a que el lenguaje por ser un proceso mental complejo suele ser el componente más afectado.

“La alteración del lenguaje verbal se denomina afasia, y se define como la pérdida de las habilidades para la producción o comprensión del lenguaje hablado o escrito, por una lesión neurológica”.³³

A diferencia de las alteraciones del lenguaje relacionadas con la afasia común, en la demencia los trastornos del lenguaje oral se ocasionan por un daño cerebral evolutivo con deterioro cognoscitivo generalizado; lo cual permite entrever que la definición de afasia no es lo suficientemente amplia para abarcar los problemas comunicativos que se presentan en la demencia.

El paciente con la enfermedad de Alzheimer, sufre una evolución de los trastornos del lenguaje, que aparecen precozmente pero que pasa inadvertida ante su entorno social o en una evaluación informal. En un comienzo evidencia la

³³ HERNANDEZ Y MALAGON, Op. Cit.

alteración de la memoria con la incapacidad para recordar nombres de cosas, objetos familiares o personas, alteración conocida como anomia. Posteriormente se observa una etapa de imprecisión semántica, caracterizada por latencias, circunloquios en los que la persona da rodeos para definir o referirse a una palabra, lo que conlleva a una escasa expresión del lenguaje oral.

“Tras la evolución de la enfermedad de Alzheimer, el lenguaje se ve más afectado con el aumento progresivo de la anomia e incoherencia en su discurso, comprensión de instrucciones complejas, parafasias verbales, semánticas o fonológicas, la comprensión se va reduciendo con un pensamiento empobrecido asociado a una afasia transcortical sensorial”.³⁴ Además de estas características en esta afasia se encuentra conservada la repetición, expresión fluente, la producción verbal no presenta fallas articulatorias, se evidencia dificultad en la expresión con marcada ecolalia, no inicio del discurso por sí solo, falta de iniciativa argumental, mantiene una conversación con ayuda del interlocutor, generalmente es una jerga semántica y neologista, su comprensión es deficiente y pérdida de la memoria a corto plazo.

“Una afasia sensorial transcortical, se parece en muchos aspectos a las alteraciones de lenguaje producidas por la enfermedad de Alzheimer; pero aquí hay más, hay una alteración de la línea directriz del pensamiento, del acceso a los contenidos semánticos del lenguaje. En resumen se presenta una alteración del sistema límbico y del ejecutivo central que no se presenta en el enfermo con

³⁴ ALBERCAY LOPEZ POUSSA, Op. Cit.

afasia transcortical pura”.³⁵ En fases más avanzadas el lenguaje va perdiendo contenido, sin seguimiento de la conversación y se pasa de un tema a otro; debido a la reducción de la cantidad de información disponible; por otra parte el trastorno semántico solo permite un pensamiento no concreto y difuso, a pesar de esto los procesos fonológicos y la sintaxis permanecen indemnes durante mucho tiempo.

4.5.2 Alteraciones pragmáticas.

“La función básica del lenguaje es la comunicación, considerándolo como una modalidad específica de interacción social denominada competencia comunicativa y que ha sido estudiada desde el campo de la pragmática”.³⁶

La pragmática se encarga de estudiar el significado lingüístico de las palabras, pero no en forma aislada sino dentro de un contexto; es decir, el uso del lenguaje dentro de un ambiente de diálogo e interacción con los demás; por ésta razón se conoce también como: significado del hablante y se caracteriza por ser intencional y depender de las circunstancias en que se produce el acto de la palabra.

De igual forma, estudia los principios regulares que guían los procesos de interpretación lingüística y al estudiar esos principios también se encarga de la relación que existe entre la naturaleza del lenguaje como instrumento de

³⁵ GALLARDO PAÛLS, Beatriz y VEYRAT RIGAT, Monserrat. Estudios de Lingüística clínica: Lingüística y patología. Valencia España: AVALCC, 2004

³⁶ PUYUELO Y RONDAL, Op. Cit.

comunicación y el uso que le da el ser humano como herramienta para los intercambios sociales.

En la capacidad de comunicación, intervienen procesos básicos como: la intencionalidad, que permite interpretar deseos de acción social e interacción; la atención compartida que es un mecanismo de atención selectiva hacia las personas que participan en la interacción y se manifiesta en el control y dirección de la mirada. “También se ha estudiado la capacidad de comunicación a partir del principio de relevancia, considerado como el principio general de la pragmática, según el cual, cualquier diálogo reconocido como intencional por el oyente es considerado como relevante”.³⁷

Lo anterior, explica las reglas y máximas que gobiernan cualquier acto de intercomunicación.”a.) máxima de cantidad: que corresponde a no emitir secuencias con más o menos información de la requerida; b) máxima de cualidad: se debe decir lo que se cree es cierto con la certeza que permiten los datos; c) máxima de pertinencia: emitir secuencias relevantes y d) máxima de modo: estructurar la información de forma melódica y de forma clara”.³⁸ De acuerdo con esto, el receptor prepara una respuesta igualmente coherente para lograr esa regulación en el intercambio de la información por medio de la toma de turnos dentro de la comunicación.

³⁷ Ibid.

³⁸ CURTIS, Antonio y ALONSO, Cesar Hernando. Lingüística Aplicada a la Terapia del Lenguaje.

Según el análisis pragmático, aplicado a la conversación como proceso contextualizado de interrelación y colaboración secuencial (Bloom y Cols, 1994; Lesser y Milroy, 1993; Prutting y kirchner, 1983) se refieren dos aspectos:

El primero menciona la estructura de la interacción y conversación, que contiene:

- a) turnos: inicio y secuenciación, los cuales permiten evaluar la forma de coordinar la interacción y la participación de cada uno de sus interlocutores;
- b) control del tema de conversación, que inspecciona si los interlocutores introducen, continúan, terminan y cambian el tema de la conversación;
- c) seguimiento de la conversación, como método de determinar la aceptación o seguimiento de los mensajes introducidos por el interlocutor;
- e) reparaciones, que permite a los interlocutores solucionar diversos problemas expresivos, en la conversación, como aclaraciones, repeticiones y especificaciones.

El segundo referente, corresponde a la función de la interacción y conversación. Los enunciados que se manifiestan mediante diferentes tipos de actos ilocucionarios:

- a) Directivas, que sirven para inducir al interlocutor a hacer algo y se pueden expresar como preguntas, peticiones u ordenes;
- b) respuestas a directivas, cuya función es manifestar que se ha comprendido una directiva;
- c) comentarios, incluye afirmaciones, juicios o explicaciones acerca de diferentes parámetros objetivos o subjetivos relacionados con el tema de conversación;
- d) expresivas, se

refiere a la expresión de sensaciones o sentimientos que tiene lugar a lo largo de interacción.³⁹

De igual forma. en el estudio realizado por “García y Joannette (1994), se compararon ancianos sanos y pacientes con la enfermedad de Alzheimer, en relación al cambio de tópico en la conversación espontánea, donde se concluyó que los pacientes presentan en mayor grado, dificultad para detectar, extraer y mantener la esencia discursiva, producido por la alteración de la memoria y los procesos atencionales.”⁴⁰

Al estar alterados dichos aspectos, resulta un discurso confuso y poco coherente al presentarse una disrupción en el conceptualizador, más específicamente en las capacidades proposicionales o de razonamiento, acompañada de alteraciones en los mecanismos atencionales y de memoria operativa (véase memoria) cuyo déficit radica en la dificultad para la elaboración de material complejo, control del proceso y supervisión de los posibles errores, además de la afectación del procesador sintáctico que permite la formulación de las proposiciones generando formas sintáctica y fonológicamente aceptables, (según el modelo general sobre el procesamiento del discurso, figura 2) normales durante el envejecimiento, pero que se acentúan en el anciano con enfermedad de Alzheimer.

³⁹ PUYUELOY RONDAL, Op. Cit.

⁴⁰ JUNCOS, RABADÁN, Onésimo. Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención. Barcelona (España): Editorial Masson., 1998.

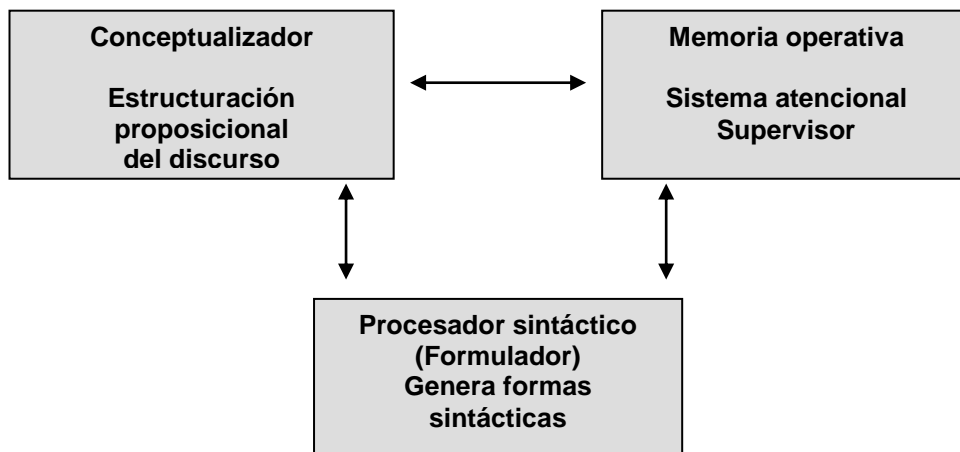


Figura 2, Representación de un modelo general sobre el procesamiento del discurso.

En los pacientes con la enfermedad de Alzheimer se altera el proceso de significado de la comunicación, es decir se dificulta la transmisión del mensaje, alterándose la relación entre habilidades lingüísticas y el desarrollo de habilidades pragmáticas, observándose disminución en los aspectos comunicativos de codificación y decodificación rápida del mensaje o información para intervenir en el momento justo (uso de turnos). Debido a la lentitud para acceder al léxico, el paciente tiende a restringir el uso del lenguaje y poco a poco pierde la capacidad de relacionar las palabras entorno a un tema de conversación y la iniciación de intercambios conversacionales.

Tal desorganización trasciende en el paciente cuando en su lenguaje espontáneo comienza a elaborar discursos poco coherentes a nivel estructural y pobre en contenido informativo. En la funcionalidad de la comunicación se imposibilita su participación activa en el diálogo ya sea a nivel verbal como también hasta la más

mínima interacción con gestos, miradas de interés por interrogar, aclarar y comprender lo que dice la otra persona, se asume un rol muy pasivo o incluso nulo en esa complementariedad de ideas e intercambio de información; esta situación lo convierte en un individuo con bajo nivel de competencia comunicativa dentro de una comunidad lingüística.

4.5.3 Alteraciones semánticas.

“La semántica es la parte de la lingüística que se ocupa del estudio del significado de los signos lingüísticos y sus posibles combinaciones en los diferentes niveles de organización del sistema lingüístico, es decir, en las palabras, en las frases, en los enunciados y en el discurso”.⁴¹

El sistema semántico permite la codificación y descodificación de los significados, que conlleva a la comprensión del lenguaje, para la cual se requiere de una selección precisa de vocabulario y estructuración para transmitir un mensaje; es así como se establece una relación de coherencia entre los significados de lo que se percibe y se asocia con aquello que se expresa a través de un discurso.

“En la enfermedad de Alzheimer, se altera la coherencia del discurso, en el cual actúa el mecanismo conceptualizador, la capacidad atencional y la memoria operativa. Lo anterior, podemos observarlo en los ancianos cuando reciben una información con cierto grado de complejidad (surge la necesidad de explicarla o

⁴¹ ACOSTA RODRIGUEZ, Víctor M. y MORENO SANTANA, Ana M. Dificultades del Lenguaje en Ambientes Educativos. España: Editorial Masson.

repetirla reiteradamente) y/o narran una historia, noticia, informan u opinan sobre algo omitiendo la descripción literal de las cosas; esto varía según el nivel educativo, cultural y el ambiente donde se desenvuelve el anciano”.⁴²

“Cuando el nivel semántico se altera, genera un proceso amnésico que impide el acceso a la información y que se suma a la dificultad en la comprensión de información con estructuras complejas, (común en el envejecimiento), lo que exige un esfuerzo más significativo por parte del paciente con enfermedad de Alzheimer para responder a esa accesibilidad en la comunicación entre él mismo y el mundo. Algo semejante ocurre con la afasia sensorial transcortical, donde dichas dificultades se hacen más evidentes y notorias, cuando el intenta organizar y enviar un mensaje que contiene palabras funcionales y su significado suele ser incongruente con la situación. Al fallar en la emisión de secuencias relevantes, disminuye la información requerida, utilizando circunloquios (rodeos verbales para expresar una idea) , latencias (largas pausas entre las palabras), neologismos (inventar palabras o seudo palabras), parafasias semánticas (sustitución de palabras, asociadas a la categoría semántica), parafasias fonológicas (sustituye palabras por sonido semejante), perseveraciones (repetición reiterativa de una sílaba palabra y mensaje), ecolalias (desorden de lenguaje caracterizado por la repetición del mensaje producido por el interlocutor), anomias (dificultad para

⁴² JUNCOS RABADAN, Op. Cit.

evocar palabras conocidas), lo que dificulta la comprensión por parte del receptor a quien es dirigido el mensaje.⁴³

El trastorno cognitivo del paciente con demencia tipo Alzheimer (D.T.A.), comienza de forma insidiosa y evoluciona progresivamente. Los trastornos del lenguaje aparecen precozmente. Se perturban fundamentalmente los componentes semánticos del lenguaje, al producirse una disrupción en la vía del procesamiento entre lo que se percibe por la vista, el oído y su significado, estructuras que están directamente relacionadas con la interpretación de la información del medio y que se relacionan con el sistema léxico, el cual se constituye en un sistema de palabras (lista) almacenado en la memoria, que permite la recuperación de los términos que se utilizan y ajustan para la construcción de un mensaje, gracias a los mecanismos atencionales integrados a las funciones del conceptualizador. Esto puede ser debido a la degeneración de las estructuras que contienen los conocimientos semánticos o bien a un problema amnésico que impide el acceso a la información almacenada en esas estructuras, o quizás intervengan ambos mecanismos.

El paciente comienza, presentando dificultades para hallar una 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

⁴³ GALLARDO RUÍZ, J, GALLEGO ORTEGA, J. Manual de logopedia escolar, un enfoque práctico. España: ALJIBE, 1995.

fluidez. El habla se muestra vacía de contenido en parte porque la amnesia reduce la cantidad de información disponible y en parte porque el trastorno semántico sólo permite un pensamiento vago y no concreto, sin embargo conserva la fonología y la sintaxis. Los posibles errores parafásicos serán semánticos, raramente fonémicos.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de casos, de corte transversal, con análisis cuantitativo.

5.2 POBLACIÓN

La población estuvo conformada inicialmente por 75 ancianos pertenecientes al Instituto Divino Niño Jesús de la ciudad de Popayán, el tipo de muestro utilizado fue no aleatorio. Para la selección de la muestra se contó con la participación del Doctor Andrés José Cepeda, quien aplicó el Minimental test para emitir el diagnóstico clínico de demencia. Una vez realizado este procedimiento clasificaron para la evaluación Psiquiátrica formal 29 ancianos, de este número de sujetos solo 4 presentaron la enfermedad de Alzheimer de acuerdo a los criterios del DSMIV y NINCDS/ADRDA.

5.3 MUESTRA

El tamaño de la muestra correspondió a 4 ancianos que presentan la enfermedad de alzheimer y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

5.3.1 Criterios de inclusión

Ancianos mayores de 60 años y menores de 90 años

Ancianos que pertenezcan al Instituto Divino Niño Jesús de Popayán

Ancianos diagnosticados clínicamente con la enfermedad de Alzheimer.

5.3.2 Criterios de exclusión

Ancianos con notable pérdida visual y auditiva.

Ancianos con retardo mental, parkinson, esquizofrenia.

Ancianos que no hayan sido evaluados con el minimental test.

Ancianos que no hayan sido evaluados por el área de Psiquiatría.

Pacientes con la enfermedad de Alzheimer que demuestren un gran deterioro cognitivo.

5.4 VARIABLES

5.4.1 Variables Sociodemográficas: edad y género

5.4.2 Variables objeto de estudio:

Alteraciones semánticas: anomias, circunloquios, parafasias semánticas, parafasias fonológicas, perseveraciones, ecolalia, neologismos.

Alteraciones pragmáticas: control del tema, toma de turnos, seguimiento de la conversación, solución de problemas, latencias, directivas, respuestas a directivas, comentarios, función expresiva.

5.4.3 Operacionalización de variables (ver anexo A)

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de la información, se utilizó la Batería para el diagnóstico de la afasia- test de Boston, adaptación española. Instrumento que evalúa el lenguaje. La cual es, una prueba estandarizada.

La prueba cuenta inicialmente con un registro de datos, que permiten la identificación y caracterización sociodemográfica de los pacientes, posteriormente evalúa el Habla de Conversación y Exposición en el que se lleva a cabo una conversación informal que permite conocer el uso del lenguaje en un contexto. Después valora la Comprensión Auditiva a través de tareas relacionadas con la discriminación de palabras, identificación de las partes del cuerpo, órdenes e interpretación de material ideativo complejo. Posteriormente evalúa la Expresión Oral mediante el desarrollo de actividades de agilidad oral, secuencias

automatizadas, recitado, canto y ritmo repeticiones de palabras, frases y oraciones, lectura de palabras, respuestas de denominación, lectura de oraciones en voz alta, denominación de partes del cuerpo, nombrar animales y lectura de oraciones en voz alta.

Las razones por las que no se tuvieron en cuenta los ítems que evalúan el lenguaje lecto escrito, es porque no es un aspecto pertinente para nuestro estudio.

5.5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas necesarias, como la aceptación voluntaria de la directora del Instituto Divino Niño Jesús, Hna Manuela Beltrán mediante consentimiento informado para hacer posible el desarrollo de la investigación, además de los principios éticos de Respeto a la privacidad e intimidad del paciente.

5.6 PROCEDIMIENTO

Para la obtención de los datos, se desarrollaron los siguientes pasos.

- Se formalizó el permiso, ante la directora del Instituto Divino Niño Jesús de Popayán, Hna Manuela Beltrán, para lo cual se contó con la colaboración del Doctor Andrés Dulcey Cepeda.
- Se llevó a cabo la evaluación de los 75 ancianos con el minimal test.(Ver anexo B)

- Posteriormente se realizó la evaluación por parte del psiquiatra Dr. Andrés Dulcey Cepeda a 29 ancianos, para el diagnóstico de demencia senil tipo Alzheimer, según criterios del DSMIV y NINCDS/ADRDA. (ver anexo C)
- Se procedió a realizar la valoración del Test de Boston, por parte de expertos en el área de investigación.
- Se realizó la presentación de consentimiento informado a la Hna directora del Instituto Divino Niño Jesús. (ver anexo D)
- Se aplicó el instrumento para la recolección de la información, test de Boston. (ver anexo E)
- Se realizó la transcripción y análisis de cada una de las grabaciones obtenidas, de la aplicación del test de Boston.
- Finalmente se procedió a darle la puntuación del test de Boston

5.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó por medio del programa estadístico Stata versión 9.2

5.7.1 Análisis Univariado

Se hizo un análisis univariado de todas las variables objeto de estudio, a las cualitativas se les determinó su distribución de frecuencias y a las variables cuantitativas además de la distribución de frecuencias se determinó su tendencia central.

5.7.1.1 Edad

El promedio de la edad de los pacientes evaluados es de 70.3 años con una desviación estándar de 4.2 años, con una edad mínima de 66 y una máxima de 76 años. Tabla N° 1

Tabla N° 1

Distribución de la edad en pacientes con enfermedad de Alzheimer, del Instituto Divino Niño Jesús de Popayán 2006.

EDAD EN AÑOS	n.	%
66	1	25.0
69	1	25.0
70	1	25.0
76	1	25.0
Total	4	100

5.7.1.2. Género

Del total de pacientes evaluados de acuerdo al género (4), su distribución porcentual es del 50% respectivamente. Para el género femenino y masculino.

Tabla N° 2

Tabla N° 2

Distribución por género, de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús. Popayán 2006.

GÉNERO	n.	%
Femenino	2	50.0
Masculino	2	50.0
Total	4	100

5.7.1.3. Alteraciones pragmáticas del lenguaje oral

Estructuras de interacción y conversación

- **Toma de turnos**

Del total de la población evaluada (4), el 50% (2) presenta toma de turnos, y el 50% (2) restante no los presenta. Tabla N° 3

Tabla N° 3

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús de que realiza toma de turnos Popayán 2006.

TOMA DE TURNOS	n.	%
Sí tiene	2	50.0
No tiene	2	50.0
Total	4	100

- **Control del tema**

Del total de la población evaluada (4), el 50% (2) presenta control del tema, y el 50% (2) restante no lo presenta. Tabla Nº 4

Tabla Nº 4

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús que tiene control del tema. Popayán 2006.

CONTROL DEL TEMA	n.	%
Sí tiene	2	50.0
No tiene	2	50.0
Total	4	100

- **Seguimiento de la conversación**

Del total de la población evaluada (4), el 50% (2) presenta seguimiento de la conversación, y el 50% (2) restante no lo presenta. Tabla N° 5.

Tabla N° 5

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús que presenta control del tema. Popayán 2006.

SEGUIMIENTO DE LA CONVERSACION	n.	%
Sí tiene	2	50.0
No tiene	2	50.0
Total	4	100

- **Reparaciones**

Del total de la población evaluada (4) el 100% no realiza reparaciones.

- **Latencias**

Del total de la población evaluada el 100% presenta latencias.

Funciones de la interacción y la conversación

- **Directivas**

Del total de la población evaluada (4) el 100% presenta directivas.

- **Respuestas a directivas**

Del total de la población evaluada (4) el 100% presenta respuestas a directivas.

- **Comentarios**

Del total de la población evaluada (4) el 100% realizan comentarios.

- **Función Expresiva**

Del total de la población evaluada (4), el 50% (2) presenta la función expresiva, y el 50% (2) restante no lo presenta. Tabla N° 6

Tabla N° 6

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús que presentan la función expresiva. Popayán 2006.

FUNCION EXPRESIVA	n.	%
Sí tiene	2	50.0
No tiene	2	50.0
Total	4	100

5.7.1.4. Alteraciones semánticas del lenguaje oral

- **Anomias**

Del total de pacientes evaluados (4) el 100% presenta anomias.

- **Parafasias semánticas**

Del total de la población evaluada (4) el 75% (3) presentan parafasias semánticas, y el 25% (1) restante no la presenta. Tabla N° 7

Tabla N° 7

Distribución de pacientes con al enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús que presenta parafasias semánticas Popayán 2006.

Parafasias Semánticas	n.	%
Sí tiene	3	75.0
No tiene	1	25.0
Total	4	100

- **Parafasias fonológicas**

Del total de la población evaluada (4) el 75% (3) presentan parafasias fonológicas, y el 25% (1) no la presenta. Tabla N° 8

Tabla N° 8

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús con parafasias semánticas Popayán 2006.

PARAFASIAS FONOLÓGICAS	n.	%
Sí tiene	3	75.0
No tiene	1	25.0
Total	4	100

- **Neologismos**

Del total de la población evaluada (4), el 50% (2) presenta neologismos, y el 50% (2) restante no las presenta. Tabla N° 9

Tabla N° 9

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús que tiene neologismos. Popayán 2006.

NEOLOGISMOS	n.	%
Sí tiene	2	50.0
No tiene	2	50.0

Total	4	100
-------	---	-----

- **Perseveraciones**

Del total de la población evaluada (4) el 100% presentan perseveraciones.

- **Circunloquios**

Del total de la población evaluada (4) el 100% presentan circunloquios.

- **Ecolalias**

Del total de la población evaluada (4), el 50% (2) presenta ecolalias, y el 50% (2) restante no las presenta. Tabla N° 10

Tabla N° 10

Distribución de pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús que presentan ecolalias. Popayán 2006.

ECOLALIAS	n.	%
Sí tiene	2	50.0
No tiene	2	50.0
Total	4	100

Tabla N° 11

Pacientes con enfermedad de Alzheimer vs pacientes con otras demencias del instituto Divino niño Jesús. Popayán 2006

PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	PACIENTES CON OTRO TIPO DE DEMENCIAS
4	25 con demencia cortical o vascular.

Tabla Nº 12

Correlación características de la enfermedad de Alzheimer y afasia sensorial transcortical.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	AFASIA SENSORIAL TRANSCORTICAL
<p>Enfermedad neurodegenerativa.</p> <p>Alteración del sistema límbico y del ejecutivo central.</p> <p>Reducción del vocabulario.</p> <p>Ecolalia</p> <p>Perdida de automonitoreo y autocorrección.</p> <p>Problemas de nominación.</p> <p>Perdida de tópico durante la conversación.</p> <p>Fonología y sintaxis generalmente conservada.</p> <p>Repetición conservada de oraciones familiares.</p>	<p>Daño masivo del área de unión temporo-parieto-occipital (37 y 39).</p> <p>Con frecuencia se asocia con lesiones bilaterales.</p> <p>Alteración en la comprensión semántica.</p> <p>Alteración en el uso de las palabras como unidades significativas.</p> <p>Comprensión pobre.</p> <p>ecolalia</p> <p>Lenguaje fluido.</p> <p>No inician por si solos el discurso.</p> <p>Estructura fonémica conservada.</p> <p>Repetición preservada.</p>

6. DISCUSIÓN

ALBERCA Y LOPEZ POUSA, afirman que la enfermedad de Alzheimer ataca las células nerviosas y produce una pérdida de neuronas y reducción de las conexiones sinápticas, lo cual conlleva a un deterioro cognitivo en la edad avanzada. Según los autores PERGOLA y FUSTINONI ⁴⁴ la enfermedad de Alzheimer se empieza a desarrollar a partir de los 65 años y afecta las funciones comunicativas a nivel expresivo – comprensivo y limita al anciano en su entorno familiar, social y laboral”, así mismo en la investigación análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo alzheimer (DTA) retoman antecedentes donde refieren que la enfermedad de alzheimer se presenta en personas mayores de 65 años.

De acuerdo con los resultados encontrados en este estudio, el rango de edad predominante es de 66 a 76 años, lo cual coincide con lo expresado por el referente bibliográfico y el antecedente.

Respecto al género, el autor ALBERCA POUSSA⁴⁵, afirma que la enfermedad de Alzheimer se presenta con mayor incidencia en mujeres, según los datos obtenidos en este estudio la enfermedad de Alzheimer se presentó en igual proporción en hombres y mujeres.

⁴⁴ PERGOLA y FUSTINONI, Op. Cit.

⁴⁵ ALBERCA y LOPEZ POUSSA, Op.Cit.

En cuanto a las alteraciones pragmáticas, los autores PUYUELO M. y RONDAL⁴⁶, describen la asociación de la pragmática al estudio de las capacidades comunicativas en personas con demencia o afasia aplicada a la conversación como proceso contextualizado de interrelación y colaboración secuencial que implica dos aspectos: la estructura de la interacción haciendo referencia a: a) turnos: inicio y secuenciación, b) miradas durante los turnos, c) control del tema de conversación, d) seguimiento de la conversación, e) reparaciones.

El segundo aspecto corresponde a la función de interacción y conversación que se manifiesta mediante diferentes tipos de actos ilocucionarios: a) directivas, b) respuestas a directivas, c) comentarios, d) funciones expresivas.

Así mismo en el modelo general del discurso, citado por JUNCOS RABADÁN⁴⁷ se plantea la interacción del conceptualizador, procesador sintáctico y mecanismos atencionales y de memoria operativa para la estructuración del discurso. Al estar alterado el conceptualizador se afectarían las capacidades proposicionales o de razonamiento, cuyo resultado más evidente es la producción de un discurso sin coherencia, que tiene lugar en la demencia de tipo Alzheimer.

De igual forma JUNCOS RABADAN cita el estudio realizado por GARCÍA Y JOANETTE (1994), se compararon ancianos sanos y pacientes con la enfermedad de Alzheimer, en relación al cambio de tópico en la conversación espontánea,

⁴⁶ PUYUELO RONDAL, Op. Cit.

⁴⁷ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit.

donde se concluyó que los pacientes presentan en mayor grado, dificultad para detectar, extraer y mantener la esencia discursiva, producido por la alteración de la memoria y los procesos atencionales.⁴⁸

De acuerdo con lo referente citado, los resultados encontrados en el presente estudio relacionados con las alteraciones pragmáticas, se distribuyeron de la siguiente manera: a nivel de la estructura de interacción y conversación el 100% de la población evaluada, presentó latencias y no realizó reparaciones; en cuanto a la toma de turnos, seguimiento de la conversación y control del tema, se evidenciaron alteraciones en una proporción del 50% respectivamente. En la función de interacción y conversación, el aspecto más afectado fue la función expresiva; al no mencionar sensaciones o sentimientos, en un 50% del total de la población objeto de estudio, por el contrario en las directivas, respuestas a directivas y comentarios, no se encontraron fallas puesto que los pacientes expresaron preguntas, peticiones, afirmaciones relacionadas con el tema propuesto.

En el discurso se alteró la toma de turnos en los cuales se deja de intervenir en el momento oportuno o en ocasiones los enunciados son tan cortos que no satisfacen la demanda de los contenidos de la conversación. Por otra parte durante la conversación espontánea, los temas no corresponden a los introducidos por el interlocutor lo cual reflejan la ausencia del control del tema, aunque se

⁴⁸ *Ibíd.*

mantiene el intercambio comunicativo no se tiene en cuenta el referente propuesto inicialmente lo que impide el seguimiento de la conversación, así mismo los amplios períodos de tiempo entre cada respuesta, interrumpen la fluencia del discurso; en cuanto a los comentarios, aclaraciones, repeticiones o especificaciones para remediar expresiones equivocadas son ausentes en la totalidad de los pacientes. Durante la interacción con el interlocutor sólo la mitad de la población evaluada manifestó expresiones que dieron a conocer los estados emocionales o físicos de la persona. Lo anterior se explica mediante el modelo general del procesamiento del discurso, en el cual el conceptualizador y la memoria operativa se encuentran alterados e interfieren en la estructuración del discurso.

Según estos resultados, se puede afirmar que dichas alteraciones, coinciden con las descritas en el referente teórico, y que las alteraciones pragmáticas en pacientes con la enfermedad de Alzheimer, afectan en mayor proporción la estructura del discurso.

Respecto a las alteraciones semánticas el autor JUNCOS RABADÁN⁴⁹ afirma que el trastorno cognitivo del paciente con Demencia tipo Alzheimer comienza de forma insidiosa y evoluciona progresivamente. Los trastornos del lenguaje aparecen precozmente, se perturban fundamentalmente los componentes semánticos del lenguaje al producirse una disrupción en la vía del procesamiento entre lo que se percibe por la vista, el oído y su significado. El paciente con la

⁴⁹ JUNCOS RABADÁN, Op. Cit

enfermedad de Alzheimer, comienza presentando dificultades para hallar una 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 fluidez, el habla se muestra vacía de contenido en parte porque la amnesia reduce la cantidad de información disponible y en parte porque el trastorno semántico sólo permite un pensamiento vago y no concreto; pero conserva la fonología y la sintaxis, los posibles errores parafásicos serán semánticos, raramente fonémicos.

De igual forma ALBERCA POUSSA⁵⁰, describe la evolución de la enfermedad de Alzheimer, y afirma que el lenguaje se ve más afectado con el aumento progresivo de la anomia e incoherencia en su discurso, comprensión de instrucciones complejas, parafasias verbales, semánticas o fonológicas, la comprensión se va reduciendo con un pensamiento empobrecido asociado a una afasia transcortical sensorial.

Así mismo en el estudio de “Denominación y memoria semántica en demencia tipo Alzheimer”⁵¹, encontraron que los errores semánticos referentes a parafasias o circunloquios constituían el 41%, de igual forma en Chile se realizó una revisión acerca del “Lenguaje Oral y escrito en Demencia tipo Alzheimer” cuyos resultados

⁵⁰ ALBERCA y LOPEZ POUSSA, Op. Cit.

⁵¹ DONOSO, Op. Cit.

establecieron que los defectos en la denominación constituyeron el 4.5% en los sujetos con EA leve, 11.5% en EA moderado y 16.8% en EA severa.

En relación con lo expuesto, los resultados obtenidos en este estudio correspondientes a las alteraciones semánticas fueron: el 100% de los pacientes evaluados y con la enfermedad de Alzheimer, presentaron anomias, perseveraciones y circunloquios, aspectos que se relacionan con las dificultades a nivel de la memoria puesto que es ésta, la que permite la recepción y almacenamiento de conceptos y en especial la memoria operativa ya que su función en lo concerniente a la habilidades comunicativas, es retener series de lenguaje y relacionarlas con información ya almacenada.

En cuanto a parafasias semánticas y fonológicas se detectaron en una proporción del 75% y en un 50% neologismos y ecolalias, respectivamente, dificultades que se asocian con la falla en la organización de secuencias relevantes, aspecto que ocasiona dificultad en la recuperación de términos e información requerida y lleva al paciente a presentar dichos errores durante el desarrollo de los procesos de comunicación.

En la investigación "alteraciones del lenguaje oral en pacientes con alzheimer Hospital Susana López de Valencia Popayán 2002-2004, encontraron como resultados que a nivel del lenguaje oral en dialogo espontáneo las alteraciones que se presentan en mayor porcentaje son las perseveraciones (100%), anomias (69%) y los circunloquios (59,2); en el dialogo dirigido las perseveraciones se

evidencian en igual porcentaje que el anterior, la incoherencia en un 77%; en la prueba de descripción de laminas es notorio 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 60,2% solo en evaluación fonológica.

Lo anterior permite afirmar, que el alto porcentaje de las alteraciones semánticas encontradas en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, concuerdan con lo señalado en el referente teórico y los antecedentes, así mismo las características del lenguaje de dichos pacientes, se asemejan a las de una afasia sensorial transcortical, aunque las alteraciones del lenguaje en una demencia obedecen a un deterioro generalizado de las funciones cognitivas en comparación, a las de una afasia donde la lesión es en una área específica del cerebro y por lo general no evoluciona.

Con lo discutido anteriormente, se puede decir que los resultados encontrados en esta investigación permiten identificar de forma específica las alteraciones pragmáticas y semánticas del lenguaje oral en pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

7. CONCLUSIONES

- Puede afirmarse que la característica sociodemográfica de la edad interfiere de manera significativa en el deterioro cognitivo produciendo fallas a nivel semántico y pragmático.
- Teniendo en cuenta la teoría revisada y la descripción de las alteraciones del lenguaje en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer del Instituto Divino Niño Jesús de Popayán, se concluye que en esta población se encuentran alterados los niveles semánticos, pragmáticos, sintácticos y fonológicos aunque los dos últimos mencionados, se encuentran indemnes por mucho más tiempo.
- Después de consultar varios referentes teóricos se concluye que las alteraciones del lenguaje de la enfermedad de Alzheimer se pueden comparar con una afasia sensorial transcortical, aclarando que en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, se puede llegar a afectar el sistema límbico y el ejecutivo central (memoria operativa), en comparación con la afasia sensorial transcortical.
- Puede afirmarse que el instrumento de recolección test de Boston, permitió arrojar datos para el análisis del lenguaje oral tanto en el uso como en el

significado del mismo y es una herramienta útil para la evaluación y diagnóstico de pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

- El diseño de esta investigación, se desarrolló como un estudio de caso, ya que la muestra obtenida fue menor a 10 sujetos; aun así los resultados se asemejan con la teoría encontrada y podrían extrapolarse a una población similar.
- Después del trabajo realizado puede inferirse que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer que presentan alteraciones del lenguaje oral semánticas y pragmáticas no reciben la intervención necesaria para favorecer las habilidades comunicativas que se van deteriorando en esta patología y por lo tanto los sujetos que presentan esta enfermedad terminan asilándose del medio social, familiar y cultural.
- Las características en los diferentes tipos de demencia pueden llegar a ser semejantes, pero el hallazgo de pacientes con demencia, por parte del área de psiquiatría en el instituto, permitió establecer que no todos los que la presentan demencia presuponen la enfermedad de Alzheimer.
- A diferencia de Departamentos como Antioquia y Valle, en el Cauca no se cuenta con estadísticas a cerca de la distribución y frecuencia de la

enfermedad de Alzheimer, lo que dificulta la ubicación, evaluación e intervención de estos sujetos.

- Es de gran importancia el apoyo a nivel Gerontológico, ya que la asistencia por parte de esta disciplina permite la atención oportuna a nivel familiar, social y laboral del los pacientes con la enfermedad de Alzheimer.
- La validez, de los resultados presentados en este trabajo está referido al contexto del Instituto Divino Niño Jesús de Popayán. Lo anterior no implica que puedan ser extraídos de este trabajo elementos para la población en general, sin embargo, su pertinente utilización deberá contar con una perspectiva de contextualización

8. RECOMENDACIONES

- Con base en los resultados de este proyecto se pueden generar otros procesos investigativos, como la valoración del lenguaje lecto-escrito, para poder determinar el grado de afectación en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer.
- El campo de la fonoaudiología está relacionado con la intervención de las alteraciones del lenguaje con el fin de contribuir al bienestar comunicativo, es de gran importancia, que se creen modelos específicos de intervención para las alteraciones del lenguaje oral, presentadas por los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, en pro de la calidad de vida de esta población.
- Según los datos arrojados por esta investigación, resulta importante promover la realización de prácticas en ancianatos, por parte del programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, con el fin de ampliar el campo de acción de los profesionales y contribuir al mejoramiento del bienestar comunicativo.
- Es importante la identificación y reconocimiento de las alteraciones del lenguaje oral semánticas y pragmáticas en pacientes con la enfermedad de Alzheimer para una posible intervención en pro de la calidad de vida de esta población.

- Orientar a los profesionales del sector salud, familiares y comunidad en general acerca de la importancia de evaluar y tratar a los pacientes con la enfermedad de alzheimer.
- Es necesario profundizar en las áreas de desempeño del fonoaudiólogo, especialmente en pacientes con alteraciones neurológicas, en este caso con enfermedades degenerativas los cuales en su mayoría no son remitidos al servicio debido a la falta de información de los profesionales encargados.

9. BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, Víctor y MORENO, Ana María. Dificultades del lenguaje en ambientes educativos. España: Editorial MASSON S.A. 2001.

ALBERCA, R. Y LOPEZ, S, Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. España: Editorial Medica Panamericana, 1998.

ARANGO LOPERA, Victoria Eugenia. Demencias Diagnostico Precoz. Bogotá: Clínica San Ignacio de la Memoria, 2000.

BELSKY, Janet. Psicología del Envejecimiento. España: Editorial Thomson Learning Paraninfo, 2001.

CAMMEN, Van del y EXTON, Smith. Manual clínico de geriatría. México: Editorial Manual Moderno, 1994.

CONI, Nicholas; DAVISON, William. Y WEBSTER, Stephen. Geriatría. México D.F: Editorial Manual Moderno, 1990.

CURTIS, Antonio y ALONSO, Cesar Hernando. Lingüística Aplicada a la Terapia del Lenguaje,1996.

DONOSO, Archibaldo. Neuropsicología y demencias. Chile: Ediciones de la sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2001.

FERÁNDEZ PARDAL, Micheli. Neurología en el anciano. Buenos Aires Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1996.

GALLARGO, Beatriz y VEYRAT, Monserrat. Estudios de Lingüística Clínica, Lingüística y patología, España: Editorial AVALCC, 2004.

GARCÍA, Isabel y NARANJO, Alba. La Afasia Trastornos del lenguaje oral y lectoescrito en el adulto. Caldas: Universidad Católica de Manizales. Colombia, 2002.

GARCÍA, L.; NEBREDA, O. y PERLADO, F. Enfermedad mental en el anciano. Santos. Madrid (España): Editorial Días, 1993.

GONZÁLEZ, Jorge y SHAND, Beatriz. Deterioro cognitivo leve ¿primer paso a la demencia?. Chile: Pontificia Universidad Católica, 2003.

GOODGLASS, Harold y KAPLAN, Edith. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. España: Editorial Masson S.A, 1996.

HERNÁNDEZ, Janeth, MALAGÓN, Catalina y RODRÍGUEZ, Johanna. Demencia tipo Alzheimer y lenguaje. Bogotá (Colombia): Editorial Universidad del Rosario, 2006.

JUNQUÉ, Carme; BRUNA, Rabassa y MATARÓ Maria. Neuropsicología del Lenguaje. España: Editorial MASSON S.A, 2004.

KANEL, Robert; OUSLANDER, Joseph y ABRAAS, Itamar. Geriatria clínica. Editorial Mc Graw Hill, 2001.

MONTES, José Fernando y CURCIO, Carmen Lucía. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales (Colombia): Editorial Artes Gráficas Tizan Ltda, 2002.

MORGADO, Ignacio. Psicobiología del aprendizaje y la memoria: Editorial Magazín Alzheimer, 2003.

PARDAL FERNÁNDEZ, Micheli. Neurología en el anciano. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1996.

PÉREZ DE VERA, Gilma. Atención del anciano. Popayán: Universidad del Cauca, 1992.

PÉRGOLA, Federico Y FUSTINONI, Juan. Trastornos neurológicos y psiquiátricos del anciano. Buenos Aires: Editorial Atlante, 1998.

PUYUELO, Miguel y RONDAL, Jean. Manual del desarrollo y alteraciones del lenguaje. Barcelona España: Editorial Masson, 2003.

RABADÁN, Onésimo. Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención. Barcelona (España): Editorial Masson, 1998.

ROMAN, Gustavo. Avances en neurobiología. Bogotá (Colombia): Editorial Carlos Valencia editores, 1981.

SALGADO, Alba; GONZÁLEZ, J. y MONTALVO. M. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona (España). Editorial Masson S.A, 1995.

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Razón	60-69 años 70-79 años
GÈNERO	Palabra que designa el género	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
ALTERACIONES SEMÁNTICAS DEL LENGUAJE	Dificultad para entender y comprender el significado de las palabras	Cualitativa	Nominal	*Parafasias semánticas *Parafasias Fonológicas *Neologismos *Ecolalias *Perseveraciones *Anomias *Circunloquios
ALTERACIONES PRAGMÁTICAS DEL LENGUAJE	Fallas en la capacidad para utilizar el lenguaje verbal y no verbal en contextos reales de comunicación y en interacción con diferentes interlocutores	Cualitativa	Nominal	*Control del tema *Toma de turnos *seguimiento de la conversación *Reparaciones *Latencias *Directivas *Respuestas a directivas *Comentarios *Función expresiva

ANEXO B
MINIMENTAL TEST

MINIMENTAL TEST	PUNTAJE	FECHAS
Orientación: ¿Qué fecha es hoy ? Anote un punto por cada respuesta correcta: día de la semana, día del mes, año, mañana o tarde.	5 puntos	
¿Donde estamos? País, departamento, ciudad, hospital, servicio.	5 puntos	
Fijación: Repita: silla, mesa, pared, empleando un segundo para decir cada una. Anote un punto por cada una. Luego repítalas hasta que el paciente las aprenda. Cuente los intentos para hacerlo	3 puntos	
Atención y calculo: Si tiene 30 pesos y va gastando de 3 en 3. ¿Cuántos le va quedando? Interrumpa cuando lleve cinco restas. Si lo anterior no es posible, pídale que deletree MUNDO al revés. Anote un punto por cada respuesta correcta	5 puntos	
Memoria: ¿Recuerda las tres palabras que le pedí que repitiera antes? Anote un punto por cada respuesta correcta.	3 puntos	
Lenguaje y praxias Muéstrelle al paciente un lapicero y un reloj, pídale que los nombre. Anote un punto por cada respuesta correcta	2 puntos	
Repita lo siguiente: “pa, le, tu, trans, cla, bra” o “tigre contra tigre”	1 punto	
Pídale que ejecute una orden de tres pasos: “coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo”	3 puntos	
Lea y obedezca la siguiente orden “Cierre los ojos”	1 punto	
Escriba una frase	1 punto	
Copie este dibujo	1 punto	

PUNTAJES PROMEDIOS PARA DIFERENTES GRUPOS

Todas las personas de 18 o más años -----	28
18 - 48 años -----	29
45 – 64 años -----	28
65 años y más -----	26
Hombres y mujeres -----	28
Cualquier raza -----	28
0 – 8 años de educación -----	26
9 y más años de educación -----	29

OBSERVACIÓN IMPORTANTE: Un puntaje de 23 o menos, indica la necesidad de un evaluación posterior más detallada con este u otros instrumentos de diagnóstico. En este caso debe descartarse la existencia de un trastorno orgánico que esté afectando.

ANEXO N° C

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV (RESUMEN)

Criterios comunes a todas las demencias

A. Desarrollo de múltiples alteraciones cognoscitivas manifestadas por:

1. Alteraciones de la memoria: tanto para aprender como para evocar

2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas

a. Afasia (alteración del lenguaje)

b. Apraxia (en presencia de función motora intacta)

c. Agnosia (función sensorial intacta) d. Alteración de las funciones ejecutivas (Planeación, organización, secuenciación, abstracción, etc.)

B. Los déficits anteriores causan alteración laboral y social, lo cual implica un deterioro funcional

C. Los deterioros no ocurren exclusivamente durante delirium

CRITERIOS ESPECÍFICOS SEGÚN TIPO DE DEMENCIA

- **DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

D. El curso es gradual y progresivo

E. Los déficits cognoscitivos no son causados por otras condiciones como ECV, hidrocefalia de presión normal, trastornos psiquiátricos, tumores, etc. Se debe especificar la presencia de alteraciones comportamentales.

Clasificarlas según inicio: temprano (antes de los 65 años); tardío (después de los 65 años); con delirium; con delirio; con ánimo depresivo; no complicada.

- **DEMENCIA VASCULAR**

D. Signos y síntomas neurológicos focales o evidencia de laboratorio que indique enfermedad cerebrovascular (infartos múltiples que comprometen la corteza y la sustancia blanca) y que se considera tienen relación etiológica con la perturbación.

- **DEMENCIA DEBIDA A OTRAS CONDICIONES MÉDICAS GENERALES**

E. Existe evidencia en la historia, en el examen físico o en los laboratorios que la demencia es debida a HIV, tumores, enfermedad de Parkinson u otras causas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL NINCDS/ADRDA (RESUMEN)

I. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE

- Demencia establecida a través de la evaluación clínica, documentada por medio de exámenes mentales como el MMSE y confirmada con pruebas neuropsicológicas
- Déficit de 2 ó más áreas cognitivas Pérdida progresiva de memoria Sin compromiso de conciencia
- Inicio entre los 40 y los 90 años, principalmente después de los 65 años
- Ausencia de otros desórdenes que expliquen el déficit

Diagnóstico apoyado en:

- Deterioro progresivo de las funciones cognitivas
- Deterioro en las actividades de la vida diaria y patrones de comportamiento alterados
- Historia familiar de desórdenes similares. Especialmente con diagnóstico patológico.
- Evidencia de atrofia cerebral radiológica, progresiva

Otras características:

- Curso progresivo y lineal de la enfermedad
- Síntomas asociados como depresión, insomnio, delirios, ilusiones, alucinaciones, etc.
- Anomalías neurológicas en estados avanzados, como signos motores o alteraciones de la marcha o convulsiones
- Escanografía cerebral normal para la edad
- Características que hacen el diagnóstico incierto: Inicio abrupto y repentino
- Hallazgos neurológicos focales tales como hemiparesia, pérdida sensorial, incoordinación o convulsiones desde etapas tempranas de la enfermedad

II. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POSIBLE

- Basado en la existencia de un síndrome demencial, en ausencia de otros trastornos que pueden causar demencia y en presencia de variaciones en el inicio, presentación o durante el curso clínico de la enfermedad

- Puede ser realizado en presencia de un segundo trastorno sistémico o cerebral suficiente para producir demencia y que no sea considerado como la causa de la demencia
- Puede ser utilizado en estudios de investigación cuando se presente un único déficit cognoscitivo gradualmente progresivo, en ausencia de otra causa identificable

ANEXO D



UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Sor Manuela Beltrán identificada con la cc N°10.190.817 de Bogotá AUTORIZO a los estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, que desarrollan la investigación sobre “Alteraciones semánticas y pragmáticas del Lenguaje oral en pacientes con la enfermedad de Alzheimer” para que le apliquen el test de Boston a los señores caso 1, caso 2, caso 3 y caso 4.

Declaro que he recibido la asesoría antes de la ejecución de la prueba. (Se me ha explicado suficientemente en que consiste, cual es su significado, cuales son sus implicaciones y todo lo concerniente al proceso de recolección de la información).

SOR MANUELA BELTRAN
DIRECTORA
INSTITUTO DIVINO NIÑO JESUS
POPAYAN

GLOSARIO

ACTO ILOCUCIONARIO: herramientas de la comunicación que cumplen diferentes funciones dentro de la interacción.

AFASIA SENSORIAL TRANSCORTICAL: alteración del lenguaje cuya comprensión es deficiente, se afecta la memoria a corto plazo y se conserva la repetición.

AFASIA: pérdida o alteración en el lenguaje, consecuente con una lesión cerebral.

AGNOSIA: incapacidad para reconocer un estímulo sensorial.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE ORAL: son trastornos específicos que se presentan a nivel de la expresión verbal, consistentes en deformaciones o reducciones de la producción oral.

AMNESIA ANTERÓGRADA: falta de habilidad para recordar los acontecimientos recientes.

AMNESIA: deterioro, pérdida parcial o completa de las representaciones de la memoria en una época de la vida del individuo.

ANOMIA: incapacidad para encontrar la palabra en el lenguaje espontáneo.

ATINGENTE: del verbo atingir, que significa relación de una cosa con otra.
Facilidad

CIRCUNLOQUIO O PERÍFRASIS: rodeo descriptivo de palabras en el cual el paciente trata de compensar su incapacidad de denominar.

CODIFICACIÓN: transformación de la formulación de un mensaje del pensamiento, para expresarlo utilizando fonemas.

COHERENCIA: conexión, relación de ideas.

COMPETENCIA COMUNICATIVA: habilidad para interactuar con el medio por medio de la comunicación.

CONCEPTUALIZADOR: mecanismo de inducción y razonamiento de la memoria que participa en el proceso de organización de la estructura del discurso.

CORTEZA CEREBRAL: capa superficial de los hemisferios cerebrales.

CORTEZA ENTORRINAL: zona del cerebro involucrada en la memoria.

DEGENERACIÓN DE ESTRUCTURAS: : deterioro o alteración de las estructuras del cerebro.

DIAGNÓSTICO: conjunto de signos que sirven para fijar el carácter de una enfermedad.

DIRECTIVAS: tipo de actos ilocucionarios que sirven para inducir al interlocutor a hacer algo.

DISCURSO: secuencia verbal lógica y coherente que se emite.

DISRUPCIÓN: interrupción

ECOLALIA: desorden de lenguaje caracterizado por la repetición del mensaje producido por el interlocutor.

FLUIDEZ: facilidad con que se emite una idea.

GERONTOLOGIA: estudios científicos de los efectos del envejecimiento y de las enfermedades relacionadas con la edad en el ser humano.

HIOPOCAMPO: una de las estructuras cerebrales encargadas de la memoria.

INDEMNE: libre de padecer algún daño.

INTERACCIÓN: acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más personas.

LATENCIA: bloqueos generalizados o inhibitorios para la locución, que se manifiestan en pausas durante la cadena hablada.

LENGUAJE: proceso simbólico que hace posible la elaboración del pensamiento.

LÉXICO: vocabulario de una lengua // conjunto de palabras de una lengua.

LINGÜÍSTICA: ciencia que se ocupa de la descripción y explicación de los hechos del lenguaje en sus niveles fónico, léxico y sintáctico.

MEMORIA OPERATIVA: almacenamiento temporal y procesamiento de la información.

MEMORIA: capacidad para registrar, retener y recordar información.

NEOLOGISMO: palabra carente de significado e inventada por el paciente.

PALABRAS CATEGORIALES: palabras que se clasifican por categorías.

PARAFASIA SEMÁNTICA: alteración en la organización semántica del vocabulario.

PENSAMIENTO: el orden más elevado de la actividad intelectual

PERSEVERACIÓN: repetición de una conducta verbal que impide la continuidad de la secuencia del discurso que impide al paciente pasar de un esquema articulatorio a otro.

PRAGMÁTICA: disciplina lingüística que estudia el lenguaje en función de la comunicación; es decir, la relación entre el lenguaje y el hablante.

PRAXIA IDEOMOTRIZ: capacidad para realizar actos motores aprendidos.

PROCESADOR SINTÁCTICO: mecanismo de la memoria que permite la formulación de proposiciones sintácticas y fonológicamente aceptables.

REPARACIONES: solución a problemas verbales.

RESPUESTA no atinente: respuesta que no guarda relación con la pregunta.

SEMÁNTICA: disciplina que estudia la significación de las palabras.

SINTAXIS: hace referencia al estudio de las reglas que intervienen en la formación de las palabras y sus posibles combinaciones.

SISTEMA LÉXICO: conjunto de palabras almacenadas en el cerebro, el cual hace posible el reconocimiento, identificación de las mismas.

SISTEMA LÍMBICO: conjunto de estructuras que se encarga de las emociones.

ANEXO E

Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados

HAROLD GOODGLASS, EDITH KAPLAN

*Test de Boston
para el Diagnóstico
de la Afasia:*

Adaptación española

JOSÉ E. GARCÍA-ALBEA

Catedrático de Psicología.
Universidad Rovira Virgili. Tarragona

M. L. SÁNCHEZ BERNARDOS

Titular del Departamento de Personalidad.
Evaluación y Psicología Clínica.
Facultad de Psicología.
Universidad Complutense de Madrid.

S. DEL VISO

Titular del Departamento de Psicología.
Universidad de Oviedo

TEST DE BOSTON PARA EL DIAGNOSTICO DE LA AFASIA

Caso nº

Fecha:

Nombre del paciente:

Dirección

Fecha

Edad:

Lugar de nacimiento:

Nivel de estudios

¿A que edad finalizó los mismos ?:

Antecedentes ocupacionales y profesión:

Idiomas: Sólo español: Bilingüe:

Historia de mano dominante:

Naturaleza y duración de la enfermedad actual

Información de la localización:

Hemiplejía: Derecha Izquierda recuperada Ausente

Hemianopsia: Derecha Izquierda recuperada Ausente

Foco E.E.G

Otra información:

1. HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN

INSTRUCCIONES

Lleve a cabo una conversación informal incorporando las preguntas que se sugieren en la hoja de respuestas, con el fin de conseguir la mayor variedad de respuestas que sea posible. Estas preguntas no necesitan seguirse al pie de la letra, especialmente cuando el nivel de habla del paciente es obviamente superior a la pregunta que debe contestar. Los ítems «f» y «g» deben incluirse siempre. Anote las respuestas, o mejor grábelas.

FORMA DE PUNTUAR

A través de esta sección se establece la valoración de la Escala *de Severidad* y el Perfil *de Características del Habla*. La última escala de dicho perfil (Comprensión Auditiva) corresponde a la media de los percentiles obtenidos en Discriminación de Palabras, Identificación de Partes del Cuerpo, Órdenes y Material Ideativo Complejo

HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN/Hoja de respuestas

- a. Respuesta al saludo. (Pregunta: «¿Cómo está usted hoy?», o similar.)
- b. Respuesta con «sí» o «no». (R: «¿Hacía mucho que no uenía por aquí?», «¿Trabaja usted actualmente?», «¿Ha venido muchas ueces?», «¿Duerme usted bien?», etc.)
- c. Respuesta utilizando «Creo que sí» o equivalente. (R: «¿Cree usted que su problema puede mejorar?», «¿Cree que su problema ha mejorado?»...)
- d. Respuesta utilizando «no sé» o equivalente. (R: «¿Cuándo va a terminar su tratamiento?»...)
- e. Respuesta utilizando «así lo espero» o equivalente. (R: «Esperemos que pronto, ¿no le parece?»)
- *f. «¿Cuál es su nombre completo?»

h. Conversación sobre (barrio, familia...). Con el fin de provocar una conversación libre

en la medida de lo posible, se sugiere al examinador que comience con temas familiares, como «¿A qué se dedicaba usted antes de ponerse enfermo?», «En qué trabajaba antes de...?», «¿Qué le parece este hospital?»

Anime al paciente para que hable durante unos diez minutos (procure no utilizar preguntas que requieran ser contestadas con «sí» o «no»). Anote textualmente, o grabe las respuestas del paciente.

(Tarjeta 1.)

Muestre la tarjeta al paciente y pídale: "Dígame todo lo que vea que está pasando en esta lámina.»

Señale todos los rasgos descuidados por el paciente y solicite más elaboración por su parte si su capacidad potencial es mejor de la que manifiesta. Un minuto es generalmente tiempo suficiente.

ESCALA DE SEVERIDAD

0. Ausencia de habla o comprensión auditiva.

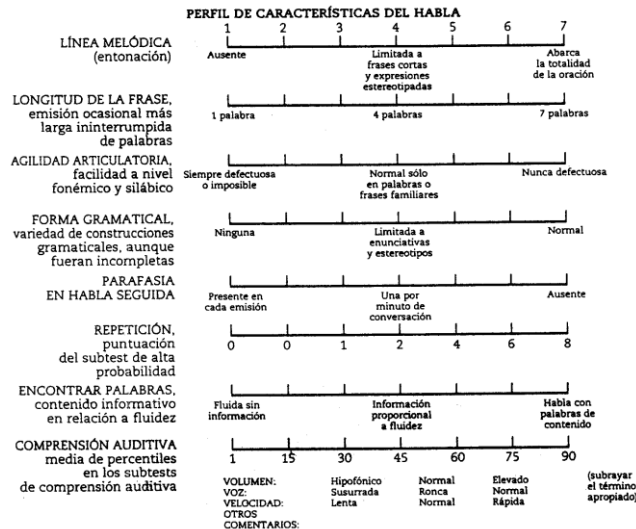
1. La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.

2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.

3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto Cipo de temas.

4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión.

5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.



2. COMPRENSIÓN AUDITIVA

2.A. DISCRIMINACIÓN DE PALABRAS

(Tarjetas 2 y 3)

INSTRUCCIONES

Presente la tarjeta 2 y haga que el paciente la mire. A continuación pídale que señale el dibujo o símbolo diciendo: "Señale..." Pase indistintamente de una categoría a otra. Si el paciente lo solicita, repita la palabra. Después haga lo mismo con la tarjeta 3. (Utilicé el cronómetro.)

EJEMPLOS

«Señale la llave-, «Señale la R-, «Señale el círculo», «Señale quién está fumando», «Señale el 7», «Señale el azul".
(No diga nunca -Señale la letra R« o « el número 7». Es decir, no nombre la categoría" a la que pertenece el elemento,)

FORMA DE PUNTUAR

Identificación: Si la discriminación es correcta se le dan dos puntos, si lo hace en menos de cinco segundos, y un punto si necesita más tiempo (el paciente puede autocorregirse).

Categoría: Se le da medio punto en esta columna tanto si señala un elemento equivocado de la categoría correcta como si simplemente señala la categoría correcta sin decidirse por el elemento en cuestión

Clave. Si el paciente no encuentra la categoría correcta, entonces el examinador señala al tiempo que repite el elemento. Se anota medio punto en esta columna si lo logra y cero si fracasa.

El examinador debe anotar las elecciones incorrectas.
La puntuación directa es la suma de columnas.

DISCRIMINACIÓN DE PALABRAS/Hoja de respuestas

	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORÍA 1/2 punto	CLA- VE 1/2 junto	FRA- CAS 0 0		IDENTIFICACIÓN		CATE- GORÍA 1/3 punto	CLA- VE 1/3 punt	FRA- CASO 0
	Menos de 5" 2 puntos	Más de 5" 1 punto					Menos de 5" 1 puntos	Más de 5" 1 punto			
Silla						Fumando					
[lave						Bebiendo					
Guante						Corriendo					
Pluma						Durmiendo					
Hamaca						Cayendo					
Cactus						Goteando					
letras						COLORES:					
L						Azul					
H						Marrón					
R						Rojo					
						Rosa					
T						Gris					
S											
C						Morada					
FORMAS						NÚMEROS					
Círculo						7					
Espiral						42					
Cuadrado						700					
Triángulo						1956					
Cono						15					
Estrella						7000					

3.I. DENOMINACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

INSTRUCCIONES

El examinador señala en sí mismo la parte del cuerpo que el paciente debe nombrar;
«Dígame qué es esto.» (Utilice el cronómetro.).

FORMA DE PUNTUAR

La puntuación depende del tiempo de latencia de la respuesta, como se indica en la hoja de respuestas. La puntuación total es la suma de columnas.

Nota.—Este subtest se ha eliminado en la edición americana de 1983. Sin embargo, se ha estimado oportuno conservarlo en esta adaptación española, ya que también figura en el capítulo de resultados! obtenidos con la muestra española. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que no es necesario administrárselo al paciente, siempre que se incluyan en el test anterior los ítems marcados en éste; con un asterisco.

DENOMINACIÓN DE PARTES DEL CUERPO/Hoja de respuestas

ARTICULACIÓN				Tiempo aproximado por respuesta				PARAFASIA			
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	0-3"	3-10"	10-30"	Fracaso	Distorsión neológica	Literal	verbal	Otras
				3 punto.	2 punto.	1 punto	0				

P.D

2.C. ÓRDENES

INSTRUCCIONES

Haga que el paciente lo pide, puede repetirse la orden, pero siempre dándola como un todo, no por partes

FORMA DE PUNTUAR

Se le da un punto por cada elemento subrayado que haga correctamente. Si el paciente te lo pide, puede repetirse la orden, pero siempre dándola como un todo, no por partes.

ÍTEMS

1. Cierre la mano.
2. Señale el techo; luego, el suelo.
(Después de alinear un lápiz, un mechero y una tarjeta, en este orden, delante del sujeto, déle las órdenes siguientes.)
3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes.
4. Ponga el mechero al otro lado del lápiz y dé la vuelta a la tarjeta.
5. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos y con los ojos cerrados

PD

2.D. MATERIAL IDEATIVO COMPLEJO

INSTRUCCIONES

«Ahora voy a hacerle unas preguntas. Usted sólo tiene que contestar "sí" o "no".» (Se permite una repetición!)

Nota.—Para ajustarse al orden de presentación sugerido en el capítulo 4 de esta 2.^a edición, basta formular primero todas las preguntas «a» y luego las «b» correspondientes a cada parte de este subtest.

FORMA DE PUNTUAR

— 1 punto si contesta bien las dos preguntas que componen el ítem.

— 0 puntos si sólo contesta una de las dos o ninguna.

ÍTEMS

1. a. ¿Se hunde una tabla en el agua? N
b. ¿Se hunde una piedra en el agua? S
2. a. ¿Sirve el martillo para cortar madera? N
b. ¿Sirve un martillo para clavar clavos? S
3. a. ¿Pesán más dos kilos de harina que uno? S
b. ¿Pesa un kilo de harina más que dos? N
4. a. ¿Se cala un buen par de botas de goma con el agua? N
b. ¿Sirve un buen par de botas de goma para no mojarse los pies? S

«Voy a leerle una historia corta y después le haré algunas preguntas sobre ella. ¿Está usted preparado?» (Lea a velocidad normal.)

El señor Pérez tenía que ir a Sevilla. Decidió coger el tren. Su mujer le llevó en el coche a la estación, pero en el camino se les pinchó una rueda. Sin embargo, llegaron a la estación justo a tiempo para que él cogiera el tren.

5. a. ¿Perdió el tren el señor Pérez? N
b. ¿Llegó el señor Pérez a tiempo a la estación? S
6. a. ¿Iba a Sevilla el señor Pérez? S
b. ¿Venía de Sevilla el señor Pérez? N

«Voy a leerle oír historia. ¿Está preparado?»

Una señora entra en una zapatería y le dice al dependiente: «Buenas tardes, venía a comprarme unos zapatos.» El dependiente empezó a sacarle modelos, y la señora se los probaba. Al cabo de un buen rato, la señora, por fin, se decidió y dijo: «Lo que yo quiero son unos zapatos de cocodrilo.» El dependiente, ya desesperado, le contestó: «Pero señora, ¿no sabe usted que los cocodrilos no llevan zapatos?»

7. a. ¿Le costó mucho tiempo decidirse a la señora? S
 b. Cuando la señora entró en la zapatería, ¿sabía el modelo de zapatos que quería? N
8. a. ¿Compró la señora los zapatos que le gustaban? N
 b. ¿Se quedó la señora sin sus zapatos de cocodrilo? S

«Ahora voy a leerle otra. ¿Está listo?»

Se encontraron por la calle dos amigos. Uno era andaluz y el otro era un gallego que estaba muy apenado. Le preguntó el andaluz: «¿Qué te pasa, hombre?», y el gallego respondió: «Es que ando muy mal de dinero. Si pudieras prestarme algo...» El andaluz sacó la cartera y le dio 5.000 pesetas, pero el gallego, en vez de alegrarse, se echó a llorar. El andaluz, extrañado, le pregunta: «¿Pero qué te pasa ahora?» A lo que el gallego responde: «Es que tengo la impresión de que no nos volveremos a ver.»

9. a. ¿Se encontraba triste el gallego? S
 b. ¿Estaba contento el gallego? N
10. a. Cuando el andaluz dio el dinero a su amigo, ¿se puso éste contento? N
 b. Cuando el andaluz dio el dinero a su amigo, ¿se puso éste a llorar? S

«Le voy a leer otra. Escuche con atención.»

Los cachorros de león nacen ya con un profundo instinto para la caza. En sus juegos se persiguen y se lanzan unos sobre otros como si estuvieran luchando. A lo largo del primer año de su vida, estos juegos llegan a convertirse en una técnica eficaz para cazar y dar muerte a sus presas. Esta habilidad se adquiere después de mucha práctica y de la imitación de los leones mayores.

11. a. ¿Nos dice esta historia cómo se cazan los leones? N
 b. ¿Nos dice esta historia cómo aprenden los leones a cazar? S
12. a. ¿Dice esta historia que los leones son hábiles cazadores desde que nacen? N
 b. ¿Dice esta historia que los leones necesitan practicar antes de poder dar caza a sus presas? S

P.D.

3. EXPRESIÓN ORAL

3.A. AGILIDAD ORAL

INSTRUCCIONES

NO VERBAL. Indique al paciente que repita ciertos movimientos lo más rápidamente posible. Describa el movimiento, a continuación efectúelo procurando que el paciente le atienda, y finalmente invítele a que lo haga él mismo. Cunte el número de veces que el paciente repite el movimiento en cinco segundos. (Utilice un cronómetro.)

VERBAL. (Tarjeta 4.) Indique al paciente que repita las palabras que el examinador pronuncia de la forma más rápida posible, y anote el número de repeticiones que haga en cinco segundos. Se permite cualquier ayuda que se pueda dar al paciente para pronunciar la palabra deseada, y para ello se puede utilizar la tarjeta 4 e ir señalando la palabra.

EJEMPLOS

a. NO VERBAL. «Contraiga los labios, relájelos.» «Mire, así» (el examinador efectúa el movimiento un par de veces o tres). «Ahora trate de hacerlo usted, pero muy deprisa y muchas veces.»

b. VERBAL. «Ahora vamos a repetir palabras, escuche (si hace falta se le muestra la palabra en la tarjeta 4), mama-mamá...» «Ahora repítalo usted, pero muy deprisa y muchas veces.»

FORMA DE PUNTUAR

a. NO VERBAL. Se dan dos puntos o un punto dependiendo del número de veces que el paciente efectúe el movimiento, como se indica en la hoja de respuestas. La puntuación final es la suma de columnas.

a. VERBAL. Se dan dos puntos o un punto dependiendo del número de repeticiones que el paciente haga en cinco segundos, como se indica en la hoja de respuestas. La puntuación final es la suma de columnas. (Si al paciente le resulta imposible empezar en uno o dos ítems como máximo, se eliminan y se prorratea la puntuación. Si falla en más de dos ítems se elimina la puntuación de esta prueba.)

AGILIDAD ORAL/Hoja de respuestas

NO VERBAL

VERBAL

Acción <i>requerida</i>	Número <i>de</i> veces en 5"		Palabras <i>del</i> test	Número <i>de</i> veces en 5" -	
	2 puntos	1 punto		2 puntos	1 punto
a. Contraiga los labios, relájelos.	8	4-7	a. Mamá, mamá...	9	3-8
b. Abra y cierre la boca.	10	6-9	b. Tic-Tac, ...	6	2-5
c. Retraiga los labios, relájelos.	8	4-7	c. Cinco, ...	5	2-4
d. Mueva la lengua de un lado a otro.	8	4-7	d. Gracias, ...	9	3-8
e. Saque y esconda la lengua.	8	4-7	e. Mermelada, ...	7	3-6
f. Mueva la lengua de arriba abajo tocando los dientes.	7	3-6	f. Futbolista, ...	5	2-4
			g. Excavadora ...	7	3-6

PD

PD

CÓDIGO PARA LAS COLUMNAS DE ARTICULACIÓN Y PARAFASIA (Corresponde a los tests: 3B, 3D, 3E, 3F, 3G, 3H y31)

ARTICULACIÓN

1. Normal.
2. Torpe pero correcta: con errores fonémicos que no se pueden transcribir.
3. Distorsionada: al menos una distorsión fonémica concreta, pero es posible reconocer la palabra.
4. Fracaso: la palabra no se puede reconocer debido a la dificultad articulatoria, pero se observa un intento por expresarla.

PARAFASIA

Errores parafásicos en palabras aisladas.

1. Distorsión Neológica: más de la mitad de los sonidos producidos son ajenos a la palabra deseada. Este término se aplica sólo a las respuestas que constituyen una unidad de articulación. No se aplica, por tanto, a aquellos sonidos producidos por el sujeto cuando intenta la posición articulatoria correcta. Estos últimos podrían registrarse como fracasos, o como articulación distorsionada si la palabra es reconocible. (Por ejemplo: «Modegádigo» por «Morado».)
2. Para/asía Literal: introducción de sonidos o sílabas ajenas a la palabra deseada, pero más de la mitad de la respuesta se corresponde con la palabra requerida. (Por ejemplo: «Bequis» por «Equis».)
3. Para/asía Verbal: sustitución de una palabra por otra. (Por ejemplo: «Resistir» por «Insistir».)

Errores en habla seguida. (Otras.)

pgn —paragramatismo neológico— palabras nuevas, inventadas, sin significado. Incluye neologismos en la cadena hablada.

pg —paragramatismo— palabras con significado, son del idioma, pero la cadena hablada o el discurso carece de sentido. Son palabras del español mezcladas sin sentido.

irel —habla irrelevante— no es jerga pero resulta inapropiado, aunque el discurso puede tener sentido.

Cl —Circunloquio—

3.B. SECUENCIAS AUTOMATIZADAS

INSTRUCCIONES

Haga recitar al paciente cada una de las cuatro series siguientes, ayudándole con la primera palabra en caso necesario. Continúe ayudándole si lo necesita, pero suspenda la serie cuando fracase en cuatro ítems seguidos. Anote la ayuda dada trazando un círculo alrededor de la palabra; tache las palabras omitidas por el paciente.

EJEMPLOS

"Ahora vamos a recitar los días de la semana.- (Si el paciente no puede empezar, se le dice «Lunes»..., con una inflexión de voz que le anime a seguir.)

FORMA DE PUNTUAR

Se da 2 puntos o 1 punto dependiendo del número de elementos consecutivos que el paciente sea capaz de decir, como se indica en la hoja de respuestas. La puntuación total es la suma de puntos.

SECUENCIAS AUTOMATIZADAS/Hoja de respuestas

ARTICULACIÓN				PARAFASIA					
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	1 punto	2 puntos	Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
...	1. <i>Días de la semana:</i>		...	...	...	...
...	Lun. Mar. Miérc.		...	...	...	...
...	Jue. Vier. Sáb. Dom.	4 consecutivos todos	...	...	...	...
...	2. <i>Meses del año:</i>		...	...	...	...
...	En. Feb. Mar. Abr.		...	...	...	...
...	May. Jun. Jul. Ag.		...	...	...	...
...	Sept. Oct. Nov. Dic.	5 consecutivos todos	...	...	...	...
...	3. <i>Contar hasta 21:</i>		...	...	...	...
...	1 2 3 4 5 6 7 8 9		...	...	...	...
...	10 11 12 13 14 15		...	...	...	...
...	16 17 18 19 20 21	8 consecutivos todos	...	...	...	...
...	4. <i>Alfabeto:</i>		...	...	...	...
...	a b c (ch) d e f g		...	...	...	...
...	h i j k l (ll) m n		...	...	...	...
...	ñ o p q r s t u		...	...	...	...
...	v (w) x y z	7 consecutivos todos	...	...	...	...

PD

3.C. RECITADO, CANTO Y RITMO

INSTRUCCIONES

RECITADO. Se dice al paciente que ha de completar los siguientes refranes. Si no lo logra, repita el comienzo de cada refrán añadiendo las palabras que están entre paréntesis. Utilice una inflexión natural o levemente exagerada para animarle a completar el refrán. En caso de que el material no le fuera familiar, pruebe con el «Padrenuestro» u otra letra muy conocida por el paciente.

CANTO. Anime al paciente para que entone las canciones que figuran en la hoja de respuestas. Pruebe con la más familiar para él y, una vez iniciada la canción, deje usted de cantar, indicando al paciente que siga solo.

RITMO. Marque con un lápiz, de manera continua, el ritmo que se indica en la hoja de respuestas (seis veces cada uno). Luego, dé el lápiz al paciente para que lo haga él hasta que demuestre si puede o no repetirlo. Después pase al siguiente ritmo.

FORMA DE PUNTUAR

Recitado	Canto	Ritmo
	(melodía)	

2 = Bueno

1 = Defectuoso

0 = Fracaso

Valore cada una de las tres secciones de 0 a 2, como se indica.

RECITADO, CANTO Y RÍTMO/Hoja de respuestas

ÍTEMS

RECITADO

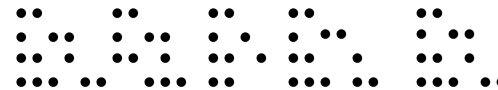
(Se incluyen ejemplos que sirven de orientación.)

«Dime con quién andas (y te diré)...» «No por mucho madrugar (amanece)...» «Más vale pájaro en mano (que ciento)...» «Ande yo caliente (y riase)...» «Quien mal anda (mal)...» «Perro ladrador (poco)...» «A mal tiempo (buena)...»

CANTO

«Asturias, patria querida...»
«Uno de enero, dos de febrero...»
«Por la calle de Alcalá...»
«Desde Santurce a Bilbao...»
«Doce cascabeles lleva...»
«Tengo una vaca lechera...»
«¿Dónde están las llaves?...»
«Tengo una muñeca vestida de azul...»

RITMO



fe*:'- ¿Éfijí'-'
:
,
í
Ü
,
:
fe*:'-:

REPETICIÓN DE PALABRAS/Hoja de respuestas

3.D. REPETICIÓN DE PALABRAS

INSTRUCCIONES

Pida al paciente que: «Repita una vez *ja* palabra que yo diga.» Se permite una repetición por parte del examinador cuando parezca que esto ayudaría, o cuando el paciente lo pida.

FORMA DE PUNTUAR

Se da 1 punto por elemento repetido correctamente. Para ello, todas las sílabas deben estar en correcto orden, aunque se permite la distorsión de los sonidos individuales siempre que corresponda a la dificultad articulatoria general del paciente, y que la palabra pueda ser reconocida.

ARTICULACIÓN					PARAFASIA			
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
				Qué				
				Silla				
				Hamaca				
				Morado				
				Marrón				
				X (equis)				
				Quince				
				1776				
				Insistir				
				Católico apostólico				

3.E. REPETICIÓN DE FRASES Y ORACIONES

INSTRUCCIONES

«Repita una vez las siguientes frases.»

Alterne las columnas 1 (Alta Probabilidad) y (Baja Probabilidad).

A petición del paciente, se puede (sin perder puntuación) repetir una vez cada oración pero se repetirá la oración entera (nunca parte de esta).

FORMA DE PUNTUAR

Se da 1 punto por oración bien repetida. Las sumas se hacen por separado para las columnas.

REPETICIÓN DE FRASES Y ORACIONES/Hoja de respuestas

ARTICULACIÓN

PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	fracaso	Columna 1 (Baja probabilidad)	Columna 2 (Alta probabilidad)	Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
				a. Ya lo veo.					
					a'. El grifo gotea.				
				b. Baja a la calle.					
					b'. La granada estaba amarga.				
j				c. Volví del trabajo a casa.					
					c'. El espía se cayó al suelo.				
				d. No se lo digas a ella.					
					d'. Saca la batería del armario.				
				e. No te preocupes y hazlo si puedes.					
					e'. El mantón de Manila tenía pocos flecos.				
				f. Está junto a la mesa del comedor.					
					f'. El espantapájaros estaba vestido de rojo.				
				g. Anoche oyeron al ministro hablar por la radio.					
					g'. El abogado encontró, de repente una pepita de oro.				
				h. Subí corriendo a su casa y llamé al timbre.					
					h'. El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.				

PD

PD

LECTURA DE PALABRAS/Hoja de respuestas

3.F. LECTURA DE PALABRAS

(Tarjeta 5)

INSTRUCCIONES

Pida al paciente que lea las palabras de la tarjeta 5, una por una, a medida que el examinador las va señalando. «Ahora le voy a señalar las palabras para que usted las lea en voz alta.»

Ayúdele si es necesario, pero no puntúe las respuestas obtenidas con ayuda (éstas se marcan con un círculo). (Utilice el cronómetro.)

FORMA DE PUNTUAR

Los puntos posibles son 3, 2, 1 ó 0, dependiendo del tiempo de latencia de la respuesta, como se indica en la hoja de respuestas. La puntuación total es la suma de columnas.

ARTICULACIÓN				PARAFASIA								
Normal	Torpe	Distorsio-nada	Fracaso	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras	
				0-3" 3 punto.	3-10" 1 punto.	10-30" 1 punto	Fracaso 0					
				Silla								
				Círculo								
				Hamaca								
				Triángulo								
				Quince								
				Morado								
				Setecientos veinte								
				Gotear								
				Marrón								
				Fumar								

PD

3.G. RESPUESTA DE DENOMINACIÓN

INSTRUCCIONES

Pida al paciente que conteste a las siguientes preguntas. (Utilice el cronómetro.)

FORMA DE PUNTUAR

La puntuación depende del tiempo de latencia de la respuesta. Para considerar una respuesta como buena, el paciente habrá de decir la palabra clave en cada ítem: por ejemplo, RELOJ-DESPERTADOR • CORTAR-AFEITAR • LAVAR-LAVARSE-ENJABONAR • ESCRIBIR • CUCHILLA-NAVAJA-TIJERAS • VERDE • CERILLA-MECHERO-CHISQUERO • DOCE • NEGRO • FARMACIA-BOTICA.

La puntuación total es la suma de columnas.

RESPUESTA DE DENOMINACIÓN/Hoja de respuestas

ARTICULACIÓN				PARAFASIA								
Normal	Torpe		Fracaso	Cuestionario	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otros
					0-3" 3 punto	3-10" 2 punto	10-30" 1 punto	Fracaso 0				
				¿Dónde miramos la hora?								
				¿Para qué sirve una navaja?								
				¿Para qué sirve el jabón?								
				¿Para qué se usa un lápiz?								
				¿Con qué se puede cortar el papel?								
				¿De qué color es la hierba?								
				¿Qué se usa para encender un cigarrillo?								
				¿Cuántas cosas hay en una docena?								
				¿De qué colores el carbón?								
				¿Dónde se compran las medicinas?								

PD

3.H. DENOMINACIÓN POR CONFRONTACIÓN VISUAL (Tarjetas 2 y 3)

INSTRUCCIONES

El examinador señala los dibujos en el orden en que figuran en la hoja de respuestas:
 ¿Qué es esto? / ¿Qué letra es ésta? / ¿Qué figura es ésta? I ¿Qué está haciendo esta persona (el grifo, en su caso)? / ¿Qué número es éste? / ¿Qué color es éste? Ayúdele si es necesario, pero no valore esta respuesta (trace un círculo alrededor de la palabra). (Utilice el cronómetro.)

FORMA DE PUNTUAR

El número de puntos para cada elemento depende del tiempo de latencia de la respuesta. La puntuación total es la suma de columnas.

DENOMINACIÓN POR CONFRONTACIÓN VISUAL/Hoja de respuestas

		ARTICULACIÓN				PARAFASIAS							
r3:	Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	ítems	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsi	Literal	Verbal	Otras
						0-3" 3 punto.	3-10" 2 punto.	10-30" punto	fracaso 0				
					Silla								
					Llave								
					Guante								
					Pluma								
					Hamaca								
					Cactus								
					H								
					T								
					R								
					L								
					S								
					G								
					Cuadrado								
					Triángulo								
					Corriendo								
					Durmiendo								
					Bebiendo								
					Fumando								
					Cavendo								
					Goteando								
					7								
					15								
					700								
					1956								
					42								
					7000								
					Rojo								
					Marrón								
					Rosa								
					Azul								
					Gris								
					Morado								

r3:"1

PD

2 B. IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

INSTRUCCIONES

Pida al paciente que señale las partes siguientes en su cuerpo (utilice el cronometro)

EJEMPLOS

«Señale su nariz», «Señale su dedo índice», «Señale su codo derecho»

FORMA DE PUNTUAR

- Se anota un punto en la columna «correcto» si el paciente identifica la parte nombrada en un tiempo aproximado de cinco segundos y medio punto si necesita más tiempo.
- Las respuestas son incorrectas se anotan en la columna «fracaso».
- El segundo cuadro es para DISCRIMINACIÓN DERECHA – IZQUIERDA, que recibe un total de dos puntos es los ocho ítems son correctos (no importa que la parte del cuerpo señalada sea incorrecta, siempre que la discriminación derecha – izquierda sea la pedida), y un punto si sólo son correctos 6 o 7 ítems, si fracasa, 0 puntos.

La puntuación directa es la suma de columnas de identificación de partes del cuerpo más los puntos correspondientes de discriminación derecha – izquierda.

IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

DISCRIMINACIÓN DERECHA-IZQUIERDA

	Correcto		Fracaso		Correcto		Fracaso		Correcto	Fracaso
	< 5"	> 5"			< 5"	> 5"				
	1 punto	1/2 punto	0		1 punto	1/2 punto	0			
Oreja				Muñeca				Oreja derecha		
Nariz				Dedo pulgar				Hombro izquierdo		
Hombro				Muslo				Rodilla izquierda		
Rodilla				Barbilla				Tobillo derecho		
Párpado				Codo				Muñeca derecha		
Tobillo				Labio				Pulgar izquierdo		
Pecho				Ceja				Codo derecho		
Cuello				Mejilla				Mejilla izquierda		
Dedo corazón				Dedo índice				8 correctos 6-7 correctos	2 puntos 1 punto	

P. D.

3J. NOMBRAR ANIMALES
(Fluidez en asociación controlada)

INSTRUCCIONES

«Vamos a ver cuántos animales distintos puede usted nombrar en un minuto y medio (mientras yo los cuento). Puede ser cualquier animal, puede vivir en el agua, en la tierra o en el aire. Por ejemplo, puede *empezar por el perro.*»

FORMA DE PUNTUAR

A partir de dar la palabra «perro» al paciente, se cronometra minuto y medio (90"). El examinador debe anotar las palabras producidas por el paciente debajo del tiempo correspondiente. La puntuación es el número de palabras diferentes generadas en los 60" consecutivos más productivos.

Primeros 15" 15-30" 30-45" 45-60" 60-75" 75-90"

PD

3.K. LECTURA DE ORACIONES EN VOZ ALTA
(Tarjetas 6 y 7)

INSTRUCCIONES

Pida al paciente que lea en voz alta las oraciones de las tarjetas 6 y 7.

FORMA DE PUNTUAR

Se da 1 punto por oración correcta, y 0 puntos si fracasa. Indique en la hoja de respuestas si ha habido sustituciones, omisiones... No se quitan puntos por la dificultad articulatoria del paciente, pero tampoco se permiten omisiones, sustituciones, etc. La puntuación total es la suma de puntos

LECTURA DE ORACIONES EN VOZ ALTA/Hoja de respuestas

	Correcto 1 punto	Fracaso 0
Ya lo veo.		
Baja a la calle.		
Volví del trabajo a casa.		
Está junto a la mesa del comedor.		
Anoche oyeron al ministro hablar por la radio.		
La granada estaba amarba.		
El espía se cayó al suelo.		
El espantapájaros estaba vestido de rojo.		
El abogado encontró, de repente, una pepita de oro.		
El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.		

P. D.