



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA FONOAUDIOLOGÍA

Deterioro Lingüístico en enfermedades Neurodegenerativas.

AUTOR:


Holguín Gorozabel José Luis

TUTORA:

Lcda. Karen Pantusi Mg.

Manta – Manabí – Ecuador

2025 (2)

 Uleam <small>UNIVERSIDAD LAICA DE MANABÍ</small>	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, Sede Manta, de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:


Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **Holguín Gorozabel José Luis**, legalmente matriculado/a en la carrera de **Fonoaudiología**, período académico 2025- (2), cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto o núcleo problémico es "**Deterioro Lingüístico en enfermedades Neurodegenerativas**".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, enero de 2026.

Lo certifico,


 Lcda. Karen Johana Pantusin Muguera, Mg.
Docente Tutor(a)
Área: Salud

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Por medio de la presente yo Holguín Gorozabel José Luis con C.I:1316945581, egresado de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, carrera de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias de la Salud, declaro de forma libre y voluntaria que el contenido recopilado que se compartirá en este proyecto de investigación titulado Deterioro Lingüístico en enfermedades Neurodegenerativas, es completamente de mí autoría, por lo que manifiesto que la interpretación de datos plasmados, conclusiones y demás pormenores son originales, dejando claro que el aporte intelectual de otros colaboradores ha sido reconocido debidamente en mí trabajo.

Manta, febrero de 2026.

José Luis Holguín Gorozabel

C.I 131694558-1

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a mi madre, por su apoyo incondicional, paciencia y confianza a lo largo de mi vida y en mi formación profesional. Cada consejo y charla fue un pilar esencial para alcanzar mis objetivos

Al igual este trabajo va dedicada a todas las personas que viven con enfermedades neurodegenerativas y a sus familias, que diariamente enfrentan desafíos que conlleva el deterioro cognitivo y comunicativo.

Finalmente está dedicado a mí, por haber culminado esta etapa académica manteniendo mi fortaleza emocional, por no rendirme ante los obstáculos y por no permitirme ser consumido por las dificultades del camino. Es un reconocimiento al esfuerzo, la perseverancia y al compromiso conmigo mismo, que me permitieron llegar hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

A Dios y al universo, por permitirme vivir esta experiencia con todas sus curvas y aprendizajes, por colocar en mi camino a profesionales y personas que han sido guía fundamental no solo en mi formación académica, sino también en mi vida personal, aportando enseñanzas que trascienden el aula.

A mi madre, por ser el pilar incondicional de mi vida, por cubrirme en cada etapa, sostenerme cuando más lo necesitaba y no permitirme caer. Gracias por creer en mí incluso en los momentos en que yo mismo dudé, por tu amor inquebrantable y por darme el regalo más grande de mi vida: mi hermano T.

A la Lic. Viviana Carranza, por cada risa compartida, cada consejo y la confianza brindada. Llevo conmigo, en el corazón y en la mente, todas las enseñanzas que me compartió a lo largo de este camino.

A la Lic. María Elena Carreño, por estar siempre presente para nosotros, sus estudiantes, incluso a la distancia de un mensaje. Gracias por su acompañamiento constante durante toda la carrera y por transmitirme el amor y la vocación por esta profesión.

A la Lic. Yuliana Anchundia, por mostrarme una nueva área de trabajo donde puedo desarrollar mi potencial y ampliar mi visión profesional. Gracias por su confianza y por compartir generosamente sus conocimientos.

A la Lic. Karen Pantusin, por guiarme en la realización de este trabajo, por animarme en cada etapa del proceso.

Finalmente, a mi amiga Ariana, por cada consejo sincero, por estar presente incluso cuando yo no sabía cómo estar para mí mismo. Gracias por tu apoyo incondicional.

INDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
INDICE	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO II	5
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
2.1 <i>Enfermedades Neurodegenerativas.</i>	5
2.1.1 Definición y características generales.	5
2.1.2 Clasificación	5
2.2 <i>Envejecimiento normal vs envejecimiento patológico.</i>	6
2.3 <i>Impacto funcional, cognitivo y social (Parkinson y Alzheimer).</i>	6
2.4 <i>Fundamentos del lenguaje y la cognición.</i>	7
2.4.1 Procesos cognitivos vinculados al lenguaje.....	7
2.4.2 Componentes lingüísticos	8
2.5 <i>Deterioro Cognitivo Leve y criterios diagnósticos de Petersen.</i>	8
2.5.1 Definición y relevancia clínica del DCL.	8
2.5.2 Deterioro lingüístico. Manifestaciones lingüísticas en DCL.	9
2.6 <i>Trastornos lingüísticos en enfermedades neurodegenerativas</i>	10
2.6.1 <i>Alzheimer: deterioro semántico, coherencia y pragmática.</i>	10
2.7 <i>Impacto lingüístico en Alzheimer y Parkinson: perfiles comparativos</i>	12
2.7.1 Pragmática y comunicación efectiva.	13
2.7.2 Coherencia y estructura del discurso	13
2.8 <i>Repercusiones funcionales y sociales del deterioro lingüístico</i>	14
2.8.1 Calidad de vida y autonomía comunicativa	14
2.8.2 Carga familiar y rol del cuidador	14
2.9 <i>Intervención fonoaudiológica y enfoque multidisciplinario</i>	15
2.9.1 Enfoques terapéuticos en Alzheimer y Parkinson.....	16
2.9.2 Importancia de la detección temprana	17
2.9.3 Aportes desde la terapia ocupacional, fonoaudiología.....	18
CAPITULO III	20
3. METODOLOGIO	20
3.1 <i>Definición del método sistemático</i>	20
3.2 <i>Criterios de inclusión del estudio</i>	20
3.3 <i>Criterios de exclusión del estudio</i>	21
3.4 <i>Evaluación de Validez del estudio</i>	21
3.5 <i>Análisis de los contenidos de los artículos seleccionados</i>	21
3.1 <i>Método Prisma</i>	23
CAPITULO IV.....	24

4.	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	24
4.1	TABLA 1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL OBJETIVO N°1	24
4.2	TABLA 2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL OBJETIVO N°2	26
4.3	TABLA 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL OBJETIVO N°3	28
4.4	RESULTADO GLOBAL SEGÚN EL OBJETIVO GENERAL	31
CAPITULO V		31
5.	DISCUSIÓN	31
CAPITULO VI		34
6.	CONCLUSIÓN	34
6.1	RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS		37

Resumen

El deterioro lingüístico constituye una manifestación clínica temprana y relevante en diversas enfermedades neurodegenerativas, particularmente en la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y el deterioro cognitivo leve. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo analizar y comparar los principales cambios en el lenguaje asociados a estas patologías, así como examinar su impacto en la funcionalidad comunicativa y la calidad de vida de los pacientes. Para ello, se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura científica publicada entre 2014 y 2024 en bases de datos especializadas, priorizando estudios clínicos y revisiones realizadas en población adulta, preferentemente hispanohablante.

Los resultados evidencian que el Alzheimer se caracteriza por un compromiso progresivo del sistema léxico-semántico, con anomia temprana, pérdida del significado de las palabras y alteraciones en la coherencia discursiva. En contraste, en la enfermedad de Parkinson predominan las dificultades motoras del habla, la reducción de la fluidez y las alteraciones prosódicas, vinculadas a fallos en la planificación y coordinación motora. A pesar de ciertos solapamientos, los perfiles lingüísticos de ambas patologías resultan diferenciables y clínicamente significativos. Asimismo, se constató que estas alteraciones afectan de manera directa la autonomía comunicativa, la participación social y el bienestar emocional, incrementando la dependencia funcional y la sobrecarga del cuidador.

En este contexto, la evidencia revisada resalta el valor de la evaluación y la intervención fonoaudiológica tempranas, integradas dentro de un enfoque interdisciplinario, como estrategias fundamentales para preservar la comunicación funcional, mejorar la calidad de vida y optimizar el abordaje terapéutico en las enfermedades neurodegenerativas.

Palabras clave: Deterioro lingüístico, enfermedades neurodegenerativas, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, intervención fonoaudiológica

Abstract

Language impairment represents an early and significant clinical manifestation in various neurodegenerative diseases, particularly Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and mild cognitive impairment. This systematic review aimed to analyze and compare the main language changes associated with these conditions, as well as to examine their impact on communicative functionality and patients' quality of life. A comprehensive search of scientific literature published between 2014 and 2024 was conducted in specialized databases, prioritizing clinical studies and reviews involving adult populations, mainly Spanish-speaking cohorts.

The findings indicate that Alzheimer's disease is characterized by progressive compromise of the lexical-semantic system, early anomia, loss of word meaning, and discourse coherence deficits. In contrast, Parkinson's disease primarily affects speech motor control, fluency, and prosody, reflecting difficulties in planning and articulatory coordination. Despite some overlapping features, the language profiles of both diseases are distinguishable and clinically relevant. Additionally, these impairments directly influence communicative autonomy, social participation, and emotional well-being, while increasing functional dependence and caregiver burden.

In this context, the reviewed evidence highlights the importance of early assessment and speech-language intervention within an interdisciplinary framework as key strategies to preserve functional communication, enhance quality of life, and optimize therapeutic management in neurodegenerative diseases.

Keywords: Language deterioration, neurodegenerative diseases, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, speech therapy intervention.

CAPITULO I

1. Introducción

El deterioro lingüístico constituye uno de los efectos cognitivos más visibles en enfermedades neurodegenerativas como en la enfermedad de Alzheimer y en la enfermedad de Parkinson, afectando en los niveles léxico, semántico y pragmático. A nivel mundial estas patologías representan un desafío continuo para la autonomía, salud, relaciones sociales y familiares.

Según Carreres, (2004) las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por ocasionar un deterioro neurológico progresivo, junto con una disminución de la funcionalidad e independencia personal. En etapas avanzadas suele necesitar una reestructuración familiar ante la necesidad de un cuidador principal. Por su parte Herrera Cadena (2024) señala que se considera adulto mayor a toda persona de entre 60-65 años, en esta etapa las funciones cognitivas como el pensamiento, la percepción, el cálculo, orientación, comprensión y la resolución de problemas dependen del estado cognitivo general. Estas perspectivas nos permiten evidenciar dos factores claves en el deterioro lingüístico en la enfermedad de Alzheimer y Parkinson: el impacto funcional, familiar y la propiedad del envejecimiento normal frente a estas patologías.

Peña, (2012) dice que el deterioro cognitivo hace referencia a una disminución progresiva de las funciones cognitivas, ejecutivas, memoria y el lenguaje, causadas por alteración de la edad o por causa patológica, en su investigación menciona a los criterios de Petersen: quejas subjetivas, evidencia objetiva, conservación de la autonomía, afectación de las actividades complejas, ausencia de demencia. Como los que han causado mayor impacto para la clasificación de los pacientes que ha sido utilizado por varios expertos caracterizado por evaluar

Este planteamiento muestra la existencia de una etapa diferencial entre el envejecimiento normal y la demencia, que resulta relevante para permitir identificar de manera precoz alteraciones en el componente lingüístico que, aunque no lleva a ser tan severa, si compromete la eficacia comunicativa. Se debe tener en cuenta que un Deterioro Cognitivo Leve (DCL) puede evolucionar de forma transitoria o repentina hacia una demencia como la enfermedad de Alzheimer.

En la enfermedad de Parkinson (EP), aunque el lenguaje no suele ser el síntoma inicial, investigaciones evidencian dificultades pragmáticas, fallos en la planificación del discurso, disminución de la fluidez y alteraciones sintácticas, sobre todo cuando está asociado al DCL (Altmann & Troche, 2011). A diferencia de la enfermedad de Alzheimer (EA), en el Parkinson estas alteraciones se vinculan a los procesos ejecutivos y motores del habla, afectando de igual manera la calidad comunicativa del paciente.

La relación del deterioro lingüístico y el deterioro cognitivo radica en que ambos procesos comparten bases neurales como las áreas frontotemporales del cerebro, que se encargan de la memoria, atención y procesamiento del lenguaje. La afectación a estas áreas puede generar dificultades para integrar la información, comprenderla y expresarla, (De la Hoz, Garrido, & García-Retamero, 2021)

El incremento del envejecimiento poblacional ha favorecido el aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas. A nivel mundial, el crecimiento sostenido de la población adulta mayor constituye un reto para los sistemas de salud y atención social, en el año 2000 existían cerca de 350 millones de adultos mayores en el mundo; para 2025, se estimó la cifra de 1.100 millones (Oliva, 2007). En Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022) reporta que residen 1,5 millones de adultos de la tercera edad (65+ años) 815.136 son mujeres con un 53.6% y

705.454 son hombres con un 46.4% demostrando que hay un mayor porcentaje de mujeres.

Aunque estas alteraciones tienen gran importancia médica, la literatura refleja una falta de concordancia clara con respecto a manifestaciones y diferencias según las patologías, algunos investigadores atribuyen los problemas del lenguaje al deterioro generado por pérdida de facultades mentales, mientras otros a funciones de proceso específico. A través de esta revisión sistemática, se busca aportar claridad conceptual e identificar patrones comunes basada en evidencia científica.

El objetivo general de esta investigación fue analizar la evidencia científica sobre el deterioro lingüístico asociado a enfermedades neurodegenerativas, identificando las alteraciones del lenguaje de mayor prevalencia, su impacto en la comunicación funcional y sus implicaciones para la intervención fonoaudiológica

Este planteamiento surge ante la necesidad de contar con información actualizada que permita orientar la intervención fonoaudiológica, considerando el perfil lingüístico propio de cada patología.

De manera específica, se buscó describir los trastornos lingüísticos presentes en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y Parkinson, identificando los elementos lingüísticos afectados. Comparar las características diferenciales del deterioro lingüístico entre distintas enfermedades neurodegenerativas estableciendo diferencias y similitudes. Analizar sus repercusiones en la calidad de vida y la interacción social valorando la importancia de una intervención temprana.

Metodológicamente, el estudio corresponde a una revisión sistemática centrada en el análisis del deterioro del lenguaje en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. desarrollada mediante una búsqueda minuciosa en diferentes bases de datos y repositorios universitarios, utilizando

palabras clave en español relacionadas con el lenguaje, el deterioro cognitivo, deterioro lingüístico y la intervención fonoaudiológica.

Se consideraron publicaciones entre los años 2014 y 2024, de acceso abierto y redactados en español o inglés, incluyendo artículos originales, revisiones y ensayos clínicos relevantes para los objetivos planteados. Se excluyeron estudios duplicados, con restricciones de acceso o publicados antes del 2014 que no aportaran información relevante. Del total inicial de 185 investigaciones de la búsqueda inicial y luego del proceso de eliminación de duplicados, una revisión de títulos, resúmenes y contenido completo, se seleccionaron 35 estudios que cumplieron con los parámetros definidos. El procedimiento de filtrado fue sistematizado siguiendo el diagrama PRISMA (Autoría: José Holguín).

A partir de la evidencia científica sobre el deterioro lingüístico en la enfermedad de Alzheimer y en la enfermedad de Parkinson, permitió identificar como resultados la presencia de alteraciones léxico-semántica, anomia y pérdida de coherencia discursiva en el Alzheimer, así como dificultades en la fluidez, la prosodia, la intensidad vocal y la planificación motora del habla dentro del Parkinson. Asimismo, el análisis comparativo evidenció que, aunque ambas patologías comparten disminución en la fluidez verbal y compromiso comunicativo progresivo, difieren en los sistemas cognitivos predominantes comprometidos, siendo semántico-conceptual en Alzheimer y motor-ejecutivo en Parkinson. Afectando directamente la comunicación funcional, la participación social y la autonomía del paciente, incrementando la carga familiar

En este sentido, el estudio fortalece la comprensión del deterioro lingüístico como un indicador clínico relevante y orienta la evaluación y tratamiento terapéutico conforme al perfil neurodegenerativo de cada enfermedad.

CAPITULO II

2. Fundamentación teórica

2.1 Enfermedades Neurodegenerativas.

2.1.1 Definición y características generales.

Las enfermedades neurodegenerativas constituyen un grupo diverso de trastornos caracterizados por la pérdida progresiva de neuronas y otras células del sistema nervioso este proceso se traduce en cambios reales en la vida cotidiana de las personas: pérdida de memoria, dificultades para moverse o para realizar tareas que antes eran automáticas. Entre las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores encontramos el Alzheimer y la de Parkinson. Desde el punto de vista biológico, ambas están relacionadas con la acumulación de proteínas mal plegadas. En el Alzheimer hay depósitos de β -amiloide y proteína tau, mientras que en la enfermedad de Parkinson predomina la acumulación de α -sinucleína. Estas alteraciones generan daño neuronal progresivo y originan manifestaciones clínicas específicas según la región cerebral comprometida. Se trata de patologías crónicas, de evolución gradual e irreversibles, para las que actualmente no existe cura. Debido a ello, el tratamiento se orienta a controlar los síntomas, mantener la funcionalidad y disminuir el impacto en la autonomía personal, así como en los costos sanitarios y sociales que acarrear. (de Luis, Izaola, de la Fuente, Muñoz-Calero, & Franco-López, 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

2.1.2 Clasificación

Las enfermedades neurodegenerativas se pueden clasificar según su manifestación clínica o los mecanismos patológicos involucrados. Por un lado, están los trastornos que afectan principalmente la cognición, como las demencias entre ellas el

Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy y las demencias frontotemporales, y por otro, los que impactan el movimiento, como el Parkinson, las ataxias y la enfermedad de Huntington. Otra forma de clasificarlas es según la proteína involucrada: taupatías, sinucleinopatías y TDP-43 proteinopatías, entre otras. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

2.2 Envejecimiento normal vs envejecimiento patológico.

El envejecimiento normal contempla alteraciones cognitivas sutiles, como una reducción en la velocidad de procesamiento, una menor fluidez en el lenguaje y olvidos leves que no interfieren con la vida cotidiana. En contraste, el envejecimiento patológico se distingue por un deterioro evidente, que excede los cambios esperados asociados a la edad interfiriendo con actividades cotidianas. Dentro de este contexto, el deterioro cognitivo leve (DCL) se describe como una fase intermedia, en el cual las alteraciones en la memoria u otras funciones cognitivas son más evidentes, pero todavía no alcanzan los criterios diagnósticos de una demencia. Es decir, cuando el proceso evoluciona a un cuadro demencial, las alteraciones neurodegenerativas dan pie a manifestaciones clínicas que afectan de manera significativa la funcionalidad, autonomía y la rutina diaria de la persona. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

2.3 Impacto funcional, cognitivo y social (Parkinson y Alzheimer).

Las enfermedades neurodegenerativas tienen un gran impacto significativo en la funcionalidad del ser humano, en casos de patologías como el Alzheimer en donde el deterioro cognitivo es progresivo manifestando pérdida de memoria, desorientación, problemas en el lenguaje y juicio erróneo, se observa una disminución en la independencia personal. Esta pérdida de la autonomía afecta la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales, comprometiendo la toma de decisiones diaria y

reduciendo la calidad de vida del paciente y su entorno familiar. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

En la enfermedad de Parkinson los síntomas motores (bradicinesia, temblor, rigidez, inestabilidad postural) se presentan juntos a síntomas no motores, entre estos problemas en el sueño, alteraciones en el estado del ánimo y cognitivas. En fusión estas manifestaciones afectan negativamente la funcionalidad general del paciente. (Marín M, Carmona V, Ibarra Q , & Gámez C, 2018).

En resumen, tanto la enfermedad de Alzheimer como la de Parkinson producen una discapacidad progresiva que avanza con el tiempo, restringiendo la capacidad de moverse, comunicarse y relacionarse con el entorno que lo rodea.

2.4 Fundamentos del lenguaje y la cognición.

2.4.1 Procesos cognitivos vinculados al lenguaje.

La producción del habla no responde a un mecanismo individual, es el resultado de la interacción y la coordinación de múltiples procesos cognitivos. Entre estos se encuentran la atención, indispensable para sostener y dirigir el foco hacia los estímulos lingüísticos; la memoria de trabajo, permitiendo la retención y manipulación temporal de la información verbal; la memoria semántica, encargada de almacenar los significados y el vocabulario; y las funciones ejecutivas, implicadas en la planificación del discurso, la selección léxica y el control de las respuestas.

Del mismo modo, también participan la percepción auditiva y visual, esenciales para discriminar sonidos y reconocer grafías durante la lectura, así como la cognición social, que permite comprender el contexto comunicativo y la intención del interlocutor. (Mac-Kay, 2019). Cuando alguno de estos procesos se encuentra alterado, la comunicación resulta afectada. Por ejemplo: déficits en la atención o la memoria

dificultan la comprensión de mensajes complejos, mientras que fallos en las funciones ejecutivas repercuten en la organización y la fluidez del habla.

2.4.2 Componentes lingüísticos

El lenguaje humano se organiza a partir de distintos niveles funcionales que interactúan entre sí de manera compleja. Se reconoce componentes del habla como la fonética y fonología, encargada de los sonidos del habla, la morfosintaxis que regula la combinación de los elementos lingüísticos para formar estructuras gramaticales, la semántica, relacionada con la comprensión de los significados, y la pragmática, que rige el uso adecuado del lenguaje en los distintos contextos sociales. A estos dominios se suman el léxico y el discurso, el primero entendido como el conjunto de palabras que maneja una persona, el segundo se asocia a la forma en que se estructura los relatos, historias con coherencia. (Guillén Escamilla, 2020).

Al existir alguna patología neurodegenerativa cualquiera de estos niveles puede estar afectados, por ello, el análisis del lenguaje en paciente con Alzheimer y Parkinson debe considerar integralmente todos los componentes (fonético, fonológico, morfosintaxis, semántico, pragmático), porque cada uno se sustenta en funciones cognitivas distintas y puede verse comprometido de forma variable según la patología específica que se presente.

2.5 Deterioro Cognitivo Leve y criterios diagnósticos de Petersen.

2.5.1 Definición y relevancia clínica del DCL.

El DCL se define como una condición clínica que se sitúa entre el envejecimiento normal y la demencia, donde la persona experimenta quejas sobre su memoria o funciones cognitivas, las cuales son validadas por un familiar o infórmate, pero mantiene su autonomía en las actividades básicas. (Petersen, 2004).

Petersen, y otros, (1999) propusieron cinco criterios para el diagnóstico de DCL:

- Quejas subjetivas de deterioro cognitivo; relacionadas memorias y corroboradas por un informante-familiar. Evidencia objetiva de compromiso cognitivo en una o más pruebas neuropsicológicas estandarizadas. Conservación de las actividades básicas de la vida diaria. Ligera o nula afectación de las actividades instrumentales complejas. Ausencia de demencia según criterios DSM-5.

2.5.2 Deterioro lingüístico. Manifestaciones lingüísticas en DCL.

El deterioro lingüístico se detalla como la reducción gradual de las habilidades comunicativas, manifestándose principalmente en dificultades dentro de la evocación de léxica, la estructuración del discurso y la fluidez verbal, aspectos relevantes para la identificación del Deterioro Cognitivo Leve (De la Hoz, Garrido, & García-Retamero, 2021). Desde la neuropsicológica, esto se asocia hacia a alteraciones en la memoria semántica y en las funciones ejecutivas, afectando en la selección, organización y relación adecuada de conceptos lingüísticos. (Graso & Saux, 2020).

La literatura revisada sugiere que estas manifestaciones representan uno de los primeros indicios de compromiso cognitivo, asociadas a cambios tempranos en la memoria semántica y en los procesos ejecutivos responsable del acceso y la selección léxica. En este contexto, la evaluación del lenguaje mediante tareas de fluidez verbal, denominación y categorización semántica adquiere un rol fundamental para la identificación temprana de deterioro cognitivo antes de la instauración de un cuadro demencial.

2.6 Trastornos lingüísticos en enfermedades neurodegenerativas

2.6.1 Alzheimer: deterioro semántico, coherencia y pragmática.

En la enfermedad de Alzheimer (EA), el lenguaje presenta un deterioro gradual desde las etapas iniciales. Entre los primeros signos se destaca el deterioro semántico, que se manifiesta en anomia y dificultades para acceder al léxico. Nieto-Alcaraz, Arcos-García, & Rubio-Hernández (2016) señalan que los trastornos del lenguaje aparecen en el 40% de pacientes con EA leve y en el 100% en demencia avanzada, resaltan que la anomia (incapacidad para nombrar objetos) es uno de los síntomas iniciales más frecuentes.

Más allá del vocabulario, la coherencia discursiva se ve comprometida. En su investigación sobre funcionalidad discursivo-pragmática en adultos mayores con demencia leve, Machado-Goyano Mac-Kay, Martínez Sotelo, Gutiérrez y Figueroa (2018), aplicaron la prueba del monólogo audible del protocolo *MetAphAs* (Metaphor and Aphasia Screening Protocol), en pacientes adultos con demencia leve y adultos sin demencia, evaluando la producción espontánea del discurso narrativo oral, en la cual el paciente deberá expresar oralmente un discurso libre y espontáneo (hable sobre su día, un recuerdo significativo o una rutina cotidiana). Los resultados mostraron que las personas con demencia presentan una disminución aproximada del 22 % en la coherencia global de sus narraciones en comparación con adultos sin deterioro cognitivo. Sus discursos se caracterizan por una organización fragmentada, cambios repentinos de tema y limitada presencia de conectores, lo que muestra dificultades para organizar y supervisar el discurso oral.

En términos clínicos, el perfil lingüístico de la enfermedad de Alzheimer se distingue por problemas para ajustar el discurso al contexto comunicativo y para comprender significados implícitos. Según lo expuesto por Cabeza de Vaca (2018), en

las etapas iniciales suele preservarse la estructura gramatical básica y la entonación del habla, sin embargo, los pacientes comienzan a recurrir a expresiones vagas como “eso” o “cosa”, además de utilizar muletillas con frecuencia. Asimismo, se evidencian problemas para comprender ironías, dobles sentidos o indirectas, lo que repercute negativamente en la calidad de la comunicación interpersonal.

Esto destaca que el Alzheimer afecta el lenguaje en diversos niveles (léxico, semántico, discursivo, y pragmático) recalcando la importancia de la evaluación de cada uno de ellos en el diagnóstico de EA.

2.6.2 Parkinson: fluidez, prosodia y planificación del habla

En la enfermedad de Parkinson (EP), las alteraciones lingüísticas surgen debido a déficits en el control motor del habla y por alteraciones en los procesos cognitivos ejecutivos afectando la fluidez verbal ya que la pérdida de funciones de control ejecutivo dificulta la recuperación y producción rápida de palabras ante demandas específicas. En la investigación de Picó Berenguer & Yévenes Briones (2019) se constató que los individuos con EP produjeron alrededor de un 25 % menos de respuestas en actividades de fluidez semántica (como nombrar animales en un minuto) y un 20 % menos en pruebas de fluidez fonémica, en relación con adultos sanos de la misma edad. Estos hallazgos muestran de qué manera la unión de bradicinesia cognitiva y alteraciones en las funciones ejecutivas impactan de manera directa la capacidad para generar lenguaje de manera ágil y constante.

La alteración prosódica reconoce como una de las características lingüísticas más notables en la enfermedad de Parkinson, diferenciado por entonación monótona y voz de baja intensidad, asociadas a dificultades en la coordinación motora del habla. El Voice Onset Time (VOT) mide el intervalo entre la liberación de una consonante oclusiva y el inicio de la fonación, indicando esta descoordinación, por ello el (VOT) se

considera un indicador relevante. De acuerdo con el estudio de Camelo Parra, Camargo Mendoza, & Baquero Castellanos (2022), las personas con Parkinson muestran un incremento aproximado del 18 % en el Voice Onset Time de consonantes oclusivas como [p, t, k] y [b, d, g] en contraste con adultos sin la patología. Esto evidencia una alteración entre la coordinación de los movimientos de articulación y el inicio de la fonación, lo que se relaciona clínicamente con la hipofonía y las alteraciones prosódicas propias de la disartria hipocinética.

Además, la planificación y producción de secuencias fonéticas en estructuras oracionales complejas se ve afectada, visualizando un incremento del 35 % en pausas silenciosas y repeticiones involuntarias en frases superiores a siete sílabas en contraste a individuos sin la enfermedad. Estos patrones indican un cambio en los mecanismos que controlan el habla, además de mostrar problemas para detener respuestas automáticas o irrelevantes al hablar. (Ramírez Quilape & Riffo Ocares, 2020) (Camelo Parra, Camargo Mendoza, & Baquero Castellanos, 2022)

2.7 Impacto lingüístico en Alzheimer y Parkinson: perfiles comparativos

En la enfermedad de Alzheimer, según Cabeza de Vaca (2018), se observa una pérdida progresiva del significado de las palabras. Los pacientes tienen dificultades para nombrar objetos familiares y recurren a circunloquios como “esa cosa” o “eso de allá”, incluso en fases tempranas. En el Parkinson la memoria semántica suele conservarse más tiempo, pero la fluidez se ve afectada por la lentitud motora y cognitiva. Parra, Mendoza y Castellanos (2022) explican que existe un retraso notorio al iniciar los sonidos, especialmente los que empiezan con consonantes fuertes, como si la lengua y el cerebro no se pusieran de acuerdo con el mismo tiempo, y eso hace que hablar se vuelva un esfuerzo.

2.7.1 Pragmática y comunicación efectiva.

Malpu–Wiederhold, y otros (2023), al analizar los perfiles cognitivo-lingüísticos evidenciaron que las personas con enfermedad de Alzheimer presentan mayores dificultades para interpretar significados y ajustar su discurso al contexto comunicativo. Contrario a los pacientes con enfermedad de Parkinson donde suelen preservar las habilidades pragmáticas básicas en etapas iniciales, aunque se visualiza limitaciones en la precisión y en la fluidez del intercambio comunicativo, reduciendo la efectividad de la comunicación en la vida cotidiana.

2.7.2 Coherencia y estructura del discurso

Nieto-Alcaraz, Arcos-García, y Rubio-Hernández (2016) señalan que en la enfermedad de Alzheimer la coherencia global del discurso se deteriora notablemente: los relatos aparecen fragmentados y con frecuentes saltos temáticos por la confluencia de anomia y déficits ejecutivos. En cambio, en Parkinson, según Garzón-Giraldo, Montoya-Arenas, y Carvajal-Castrillón (2015) la gramática básica suele mantenerse, pero la excesiva presencia de pausas y repeticiones interrumpe la continuidad discursiva, reflejando un problema de planificación del habla más que de organización semántica.

En el análisis de los perfiles lingüísticos en la enfermedad de Alzheimer (EA) y en la enfermedad de Parkinson (EP) evidencia diferencias claras, aunque hay algunas coincidencias en la semántica y la fuerza verbal. En el caso del Alzhéimer, el problema principal es la pérdida del vocabulario y la anomia. En cambio, en el Parkinson las dificultades se centran más en la fuerza del habla y en la coordinación motora, junto con problemas en la planificación del discurso y en la recuperación léxica cuando se requiere rapidez en la respuesta verbal.

2.8 Repercusiones funcionales y sociales del deterioro lingüístico

2.8.1 Calidad de vida y autonomía comunicativa

El lenguaje es esencial para la autonomía: hablar, comprender y participar socialmente permite a las personas mayores conservar roles y mantener el control de su entorno. En poblaciones hispanohablantes, la pérdida de habilidades comunicativas se asocia con menor bienestar y mayores limitaciones funcionales.

En un estudio con adultos mayores institucionalizados con demencia, Rodríguez-Blázquez, Martín-García, Frades-Payo, París, & Martínez-López (2015) hallaron que la reducción de la capacidad comunicativa se relaciona con puntuaciones más bajas en participación social y autonomía en actividades instrumentales. Bonilla Romero (2018) señala que determinados factores sociodemográficos, como un bajo nivel educativo, el aislamiento social y la presencia de comorbilidades, intensifican el impacto del deterioro comunicativo, de modo que las personas que cuentan con menor apoyo social presenten un mayor compromiso funcional. De igual manera, la intervención temprana orientada a estimular el habla y la comunicación en etapas iniciales favorece una mayor participación social y disminuye la dependencia del paciente. En términos prácticos, la afectación del lenguaje reduce la capacidad para realizar gestiones cotidianas (leer instrucciones, mantener conversaciones con profesionales de la salud, expresar necesidades), lo que incrementa la necesidad de acompañamiento y supervisión, y disminuye la sensación de control personal que es central para la calidad de vida percibida. (Alvarado Simbaña, 2021)

2.8.2 Carga familiar y rol del cuidador

La alteración en la comunicación aumenta de manera directa la carga tanto instrumental como emocional del cuidador. Las investigaciones integrativas muestran que la pérdida de la autonomía comunicativa requiere asumir roles de mediación. Esto

implica interpretar intenciones, recordar información, facilitar interacciones y compensar la dificultad para expresar necesidades (Alvarado García, Alvarado Hueso, Rojas Méndez, & Oviedo Tao, 2019). Estas demandas aumentan el tiempo dedicado al cuidado, una disminución del tiempo libre y eleva los niveles la fatiga emocional.

Galvis y Cerquera Córdoba (2016) analizaron la relación entre la sintomatología de los pacientes y la carga asumida por sus cuidadores en población hispanohablantes. Sus resultados muestran que las dificultades comunicativas (como problemas para expresar ideas o comprender instrucciones) se vincula con mayores niveles de depresión y con una alta percepción de sobrecarga en los familiares responsables del cuidado. De igual manera estudios cualitativos complementarios concuerdan al describir incremento en el sentimiento de frustración, la necesidad de vigilancia constante y cambios en la dinámica cotidiana familiar dentro del hogar implementadas para ajustarse a las limitaciones comunicativas del paciente.

Alvarado García, Alvarado Hueso, Rojas Méndez, & Oviedo Tao (2019) mencionan que diversas necesidades de apoyo, como el entrenamiento en estrategias de comunicación, acceso de servicios de descanso para el cuidador y orientación psicosocial, no siempre están disponibles dentro de los sistemas sanitarios. La falta de estos recursos aumenta de forma progresiva la carga emocional y puede favorecer el desgaste psicológico del cuidador. En este escenario, la intervención fonoaudiológica cumple un papel relevante, ya que no solo contribuye a optimizar la comunicación y calidad de vida del paciente, sino que también influye de manera positiva en la salud mental y capacidad de afrontamiento de su entorno familiar. (Alvarado Simbaña, 2021)

2.9 Intervención fonoaudiológica y enfoque multidisciplinario

La atención de los trastornos del lenguaje en enfermedades neurodegenerativas debe abordarse de forma integral y personalizada, considerando el perfil clínico de cada

paciente. Más que centrarse en restaurar funciones ya comprometidas ya irreversibles, la intervención se orienta a optimizar las capacidades comunicativas aun preservadas, promover la autonomía y aliviar la carga familiar mediante estrategias compensatorias, entrenamiento específico y adaptación del entorno. La literatura en población hispanohablante y las guías clínicas coinciden en que la fonoaudiología debe formar parte de los equipos interdisciplinarios (junto a neurología, neuropsicología, terapia ocupacional y trabajo social), iniciando el abordaje de manera temprana ajustadas al perfil del deterioro, ya sea de predominio léxico-semántico en la enfermedad de Alzheimer o de tipo motor-prosódico y ejecutivo en la enfermedad de Parkinson. (Sociedad Española de Neurología, 2024; Malpu–Wiederhold, y otros, 2023; Alvarado Simbaña, 2021)

2.9.1 Enfoques terapéuticos en Alzheimer y Parkinson

En la enfermedad de Alzheimer, la degradación se concentra principalmente en el área léxico-semántica y la disminución progresiva de la memoria conceptual. Por consiguiente, las intervenciones en fonoaudiología generalmente se centran en la estimulación de la semántica y la identificación de palabras, el entrenamiento en estrategias comunicativas de reemplazo, y la formación psicoemocional para los cuidadores, con el fin de favorecer el diálogo y la comprensión. Los programas de ejercicios que implica nombrar, clasificar y repetir de forma guiada han mostrado ser eficaces en la recuperación de palabras y la interacción comunicativa, particularmente en fases leves o en DCL (Alvarado Simbaña, 2021). De la misma manera, actividades como la reminiscencia y trabajar con autobiografías estimulan redes semánticas que permanecen intactas y fortalece la conexión emocional, favoreciendo el bienestar emocional y la expresión verbal (Córdova-Burgos & Guevara-Guerrero, 2024).

En la Enfermedad de Parkinson los objetivos se dirigen a restaurar o compensar la intensidad vocal, la prosodia y la articulación. Protocolos basados en evidencia, como LSVT® LOUD, utiliza entrenamiento vocal intensivo (ejercicios de aumento de volumen y reentrenamiento fonatorio) mostrando mejoras en intensidad, claridad y en algunos casos en inteligibilidad.

Los diversos estudios y trabajos en hispanohablantes discuten su aplicabilidad y adaptaciones idiomáticas (Alonso Moro, 2019; Felipe Martínez, 2019). Además, de forma complementaria las intervenciones terapéuticas deben agregar ejercicios de control respiratorio para optimizar el soporte subglótico, prácticas de articulación, actividades de entrenamiento pragmático orientadas a optimizar el ritmo conversacional y la toma de turnos dentro de una conversación. La utilización de mediciones acústicas (como la medición del Voice Onset Time y el estudio de pausas) permiten plantear objetivos útiles para planificar y evaluar los efectos del tratamiento (Camelo Parra, Camargo Mendoza, & Baquero Castellanos, 2022).

Por otra parte, la literatura revisada coincide en señalar que no existe un único modelo de abordaje aplicable a todos los pacientes. Las intervenciones deben ajustarse al perfil lingüístico y cognitivo de cada persona, priorizando la estimulación de la memoria semántica en la enfermedad de Alzheimer y el reentrenamiento motor-vocal en el Parkinson. Asimismo, la intensidad, frecuencia y modalidad de la intervención (individual o grupal, presencial o virtual) se plantea según la fase y necesidad de cada paciente. (Malpu–Wiederhold, y otros, 2023).

2.9.2 Importancia de la detección temprana

Identificar a tiempo las alteraciones del lenguaje, ya sea en el Deterioro Cognitivo Leve, los primeros síntomas de Alzheimer o en las etapas iniciales de Parkinson, facilita aplicar intervenciones menos intensas, pero más efectivas. Esto

ayuda a retrasar el deterioro funcional y a preservar la participación social.

Investigaciones en población hispanohablante y revisiones sobre calidad de vida coinciden en que intervenir en fases tempranas disminuye la pérdida de autonomía y alivia la carga del cuidador (Rodríguez-Blázquez, Martín-García, Frades-Payo, París, & Martínez-López, 2015; Bonilla Romero, 2018).

En la práctica clínica, la detección temprana del deterioro se apoya en el uso de pruebas breves y estandarizados que pueden aplicarse tanto en atención primaria como en consultas de fonoaudiológica. Las evaluaciones rápidas de fluidez verbal, denominación y narración permiten determinar indicios que requieran derivación a valoración neuropsicológica e intervención fonoaudiológica (Alvarado Simbaña, 2021). Asimismo, La Guía de la Sociedad Española de Neurología (2024) enfatiza la necesidad de establecer protocolos homogéneos de evaluación y rutas claras de derivación para garantizar una valoración multidisciplinaria oportuna y un seguimiento adecuado.

Por otro lado, intervenir en fases iniciales favorece la implementación de programas de capacitación, tanto grupales como individuales, mejora la adherencia a estrategias compensatorias (como el empleo de apoyos externos y técnicas comunicativas) y se asocia con resultados más favorables en participación social y percepción de bienestar a mediano plazo.

2.9.3 Aportes desde la terapia ocupacional, fonoaudiología.

El fonoaudiólogo realiza una evaluación sistemática del lenguaje (incluyendo tareas de denominación, fluidez y análisis del discurso) para posteriormente diseñar planes de intervención ajustados a las necesidades de cada paciente, instruyendo a los cuidadores en estrategias de comunicación simples, como emplear frases breves, utilizar apoyos visuales y respetar los turnos conversacionales.

Las técnicas de intervención incluyen actividades de denominación, fortalecimiento de la memoria semántica, conversaciones guiadas y el uso de recursos externos (pictogramas, agendas o dispositivos de apoyo comunicativo) facilitando el intercambio comunicativo. En la enfermedad de Parkinson, el abordaje fonoaudiológico suele incorporar entrenamiento respiratorio, programas de reentrenamiento vocal (como LSVT y sus variantes) ejercicios guiados a mejorar la articulación y la prosodia (Alvarado Simbaña, 2021; Alonso Moro, 2019; Felipe Martínez, 2019).

Desde la terapia ocupacional actúa de manera complementaria contribuyendo a que las habilidades del lenguaje adquiridas en sesiones sean transferidas a situaciones de la vida diaria. Para ello, favorece la creación de rutinas comunicativas (como guiones telefónicos o señalizaciones en el hogar), ajustando el entorno para reducir distractores y capacitando al paciente en el uso de herramientas que promuevan su autonomía funcional. La literatura disponible en población hispanohablante indica que los programas con enfoque interdisciplinarios muestran mejores resultados cuando la fonoaudiología y la terapia ocupacional intervienen de manera coordinada (Garzón-Giraldo, Montoya-Arenas, & Carvajal-Castrillón, 2015; Malpu-Wiederhold, y otros, 2023).

La Guía de la Sociedad Española de Neurología (2024) sugiere un modelo de atención integral en coordinación con distintas disciplinas: la neurología encargada del diagnóstico y manejo farmacológico; la neuropsicología responsable de las evaluaciones cognitivas y la rehabilitación; la fonoaudiología centrada en el tratamiento del habla y del lenguaje; y la terapia ocupacional favoreciendo la transferencia de las habilidades obtenida en la intervención a la vida diaria adaptándola a su entorno. Este enfoque interdisciplinario permite establecer metas funcionales concretas como mantener

conversaciones telefónicas o participar en actividades familiares y medir los avances mediante indicadores clínicos y de calidad de vida.

CAPITULO III

3. METODOLOGIO

3.1 Definición del método sistemático

El estudio se desarrolla bajo el enfoque de una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre el “deterioro lingüístico en enfermedades neurodegenerativas”, específicamente en la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. El diseño fue de tipo exploratorio, descriptivo y analítico, observacional lo que permitió examinar y sintetizar hallazgos provenientes de estos estudios teóricos sin la necesidad de intervención directa sobre la población.

El proceso de revisión se estructuró con el principio del método prisma, la búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas y repositorios de acceso abierto, incluyendo Google Académico, SciELO, Redalyc, Dialnet, PubMed, Elsevier y repositorios universitarios. Se utilizaron descriptores combinados en español e inglés, tales como: deterioro lingüístico, enfermedades neurodegenerativas, lenguaje y Alzheimer, lenguaje y Parkinson, trastornos del habla, función cognitiva, intervención fonoaudiológica y comunicación, lo que permitió abarcar de forma integral las variables de interés del estudio.

3.2 Criterios de inclusión del estudio

Para la selección de los estudios se establecieron criterios de inclusión específicos, orientados a garantizar la pertinencia temática y la actualidad de la evidencia científica. Se incluyeron publicaciones comprendidas entre los años 2014 y 2024, redactadas en español o inglés, con acceso abierto y texto completo disponible.

Asimismo, se consideraron artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios clínicos, informes de casos y ensayos controlados que abordaran aspectos del lenguaje, la cognición o la comunicación en personas con enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson o deterioro cognitivo leve. Priorizando investigaciones realizadas en población hispanohablante, particularmente de España y América Latina, por su relevancia lingüística y cultural.

3.3 Criterios de exclusión del estudio

Se excluyeron aquellos documentos publicados antes del año 2014 que no aportaran información relevante o actualizada para los objetivos de la investigación. Del mismo modo, se descartaron artículos duplicados, estudios con acceso restringido por costos o licencias, y publicaciones que no abordaran de manera directa las variables lingüísticas o cognitivas relacionadas con el deterioro del lenguaje en enfermedades neurodegenerativas.

3.4 Evaluación de Validez del estudio

La evaluación de la validez de los estudios seleccionados se realizó mediante un análisis crítico de sus características metodológicas, considerando aspectos como el diseño de investigación, el tipo de muestra, los instrumentos de evaluación utilizados y la coherencia entre los objetivos, los métodos y los resultados reportados.

Solo se incluyeron aquellos artículos que presentaron un adecuado rigor metodológico y una relación directa con las preguntas de investigación planteadas. Este proceso permitió asegurar que la evidencia analizada fuera consistente, pertinente y útil para la interpretación de los resultados y la elaboración de conclusiones fundamentadas.

3.5 Análisis de los contenidos de los artículos seleccionados

La búsqueda inicial identificó un total de 185 artículos, de los cuales se eliminaron 34 duplicados. Posteriormente, tras la revisión de títulos y resúmenes, se

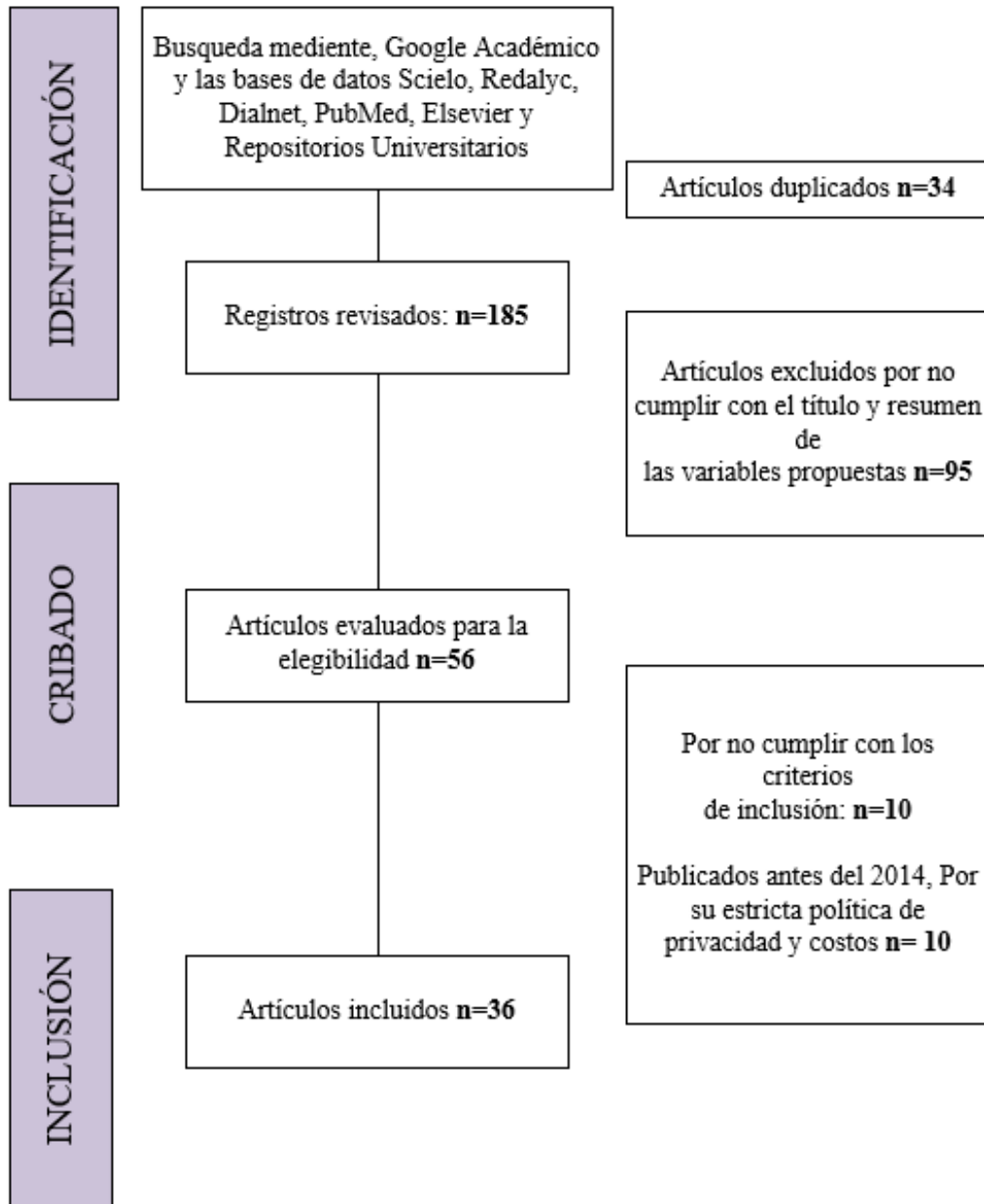
excluyeron 95 estudios por no cumplir con los criterios establecidos. Posteriormente de la fase de selección, se excluyeron 10 artículos por haber sido a publicado antes del año 2014 y otros 10 por presentar limitaciones de acceso o políticas de privacidad.

Como resultado, se seleccionaron finalmente 36 estudios científicos, que cumplieron con los criterios de inclusión y validez metodológica. El análisis de estos estudios se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, organizando los resultados en función de las manifestaciones lingüísticas, los perfiles cognitivos relacionados y las estrategias de intervención descritas para cada patología. Los resultados se presentan de manera segmentada y articulada, en concordancia con los objetivos del estudio.

3.1 Método Prisma

Autoría: José Holguín

Figura 1. Método prisma



CAPITULO IV

4. Descripción de resultados

Para el análisis de resultados analizados mediante la revisión sistemática en la investigación se estructuran en relación con los objetivos determinados en el estudio titulado “Deterioro lingüístico en enfermedades neurodegenerativas” contribuyendo datos al respecto así mismo obteniendo resultados beneficiosos a cada uno de los aspectos investigados.

4.1 Tabla 1. Análisis de los resultados del objetivo N°1

Describir los principales trastornos lingüísticos presentes en adultos mayores con enfermedades de Alzheimer y Parkinson, para la identificación de los elementos lingüísticos comúnmente afectados.

Autor y años de publicación	Hallazgos / aporte / impacto
Cabeza de Vaca, E. (2018)	Identifica la pérdida progresiva del léxico y la anomia como síntomas iniciales del Alzheimer, afectando la coherencia y la comprensión semántica.
Nieto-Alcaraz, R., Arcos-García, C. M., & Rubio-Hernández, A. (2016)	Describe la alteración discursiva y semántica en etapas leves de Alzheimer, destacando la fragmentación del discurso.

Machado-Goyano Mac-Kay, A. P., Martínez Sotelo, C., Figueroa, A., Gutiérrez, D., & Reyes Silva, C. (2018)	Evidencia una disminución significativa de la coherencia y cohesión discursiva en adultos con demencia leve.
Graso, L., & Saux, G. (2020)	Determina deterioro en las relaciones semánticas en Alzheimer y DCL, especialmente en categorías abstractas.
De la Hoz, M., Garrido, D., & García-Retamero, R. (2021)	Explica la relación entre memoria semántica y deterioro cognitivo, destacando la pérdida de precisión léxica.
Picó Berenguer, M., & Yévenes Briones, H. A. (2019)	Muestra que los pacientes con Parkinson presentan disartria hipocinética y reducción de la fluidez verbal.
Camelo Parra, L. S., Camargo Mendoza, M., & Baquero Castellanos, S. (2022)	Evidencia alteraciones en los patrones prosódicos y temporales en el habla de las personas con enfermedad de Parkinson, resaltando un incremento del Voice Onset Time, indicador de descoordinación al inicio de la fonación
Ramírez Quilape, A., & Riffo Ocares, B. (2020)	Describe manifestaciones de la lentitud articulatoria y las dificultades en la sincronización de los movimientos del habla característica de la enfermedad de Parkinson.
Mac-Kay, A. P. (2019)	Analiza la relación entre los déficits cognitivos y las alteraciones del lenguaje, aportando bases teóricas para comprender el deterioro discursivo en los diferentes tipos de demencias.
Guillén Escamilla, J. E. (2020)	Define los niveles lingüísticos afectados en patologías neurodegenerativas y su valor diagnóstico.

Descripción: En la enfermedad de Alzheimer suele observarse de manera predominante la anomia, la pérdida progresiva del significado de las palabras y una estructura narrativa poco coherente. En contraste, en la enfermedad de Parkinson destacan las alteraciones motoras del

habla, la disminución de la fluidez verbal y una prosodia monótona. En conjunto, estos resultados evidencian que la memoria semántica y las funciones ejecutivas son las áreas cognitivas con mayor compromiso, convirtiendo al deterioro del lenguaje en un indicador temprano de disfunción tanto cortical como subcortical.

4.2 Tabla 2. Análisis de los resultados del objetivo N°2

Comparar las características del deterioro lingüístico entre distintas enfermedades neurodegenerativas para el establecimiento de diferencias y similitudes en el lenguaje.

Autor y años de publicación	Hallazgos / aporte / impacto
Malpu–Wiederhold, C., Farías–Ulloa, C., Cigarroa, I., Martella, D., Foncea–González, C., Julio–Ramos, T., et al. (2023)	Compara perfiles cognitivo-lingüísticos entre enfermedades, encontrando que Alzheimer afecta la semántica y Parkinson la prosodia y fluidez, con puntos de convergencia en la pragmática.
Garzón-Giraldo, M. L., Montoya-Arenas, D. A., & Carvajal-Castrillón, J. (2015)	Analiza las diferencias cognitivas entre la enfermedad de Parkinson y la demencia con los cuerpos de Lewy, mostrando que el Parkinson hay un mayor compromiso de las funciones ejecutiva y de los mecanismos de control del habla.
Marín M., Carmona V., Ibarra Q., & Gámez C. (2018)	Explica los mecanismos neurofisiológicos responsables de las alteraciones motoras y lingüísticas en la enfermedad de Parkinson, comparando con los procesos degenerativos cortical presente de la enfermedad Alzheimer.

Peña, M. M. (2012)	Introduce el concepto de Deterioro Cognitivo Leve como una etapa intermedia entre envejecimiento normal y la demencia, relevante para lograr identificar y diferenciar alteraciones lingüísticas iniciales dentro las patologías.
Petersen, R. C. (2004)	Define los criterios diagnósticos del DCL, señalando diferencias cognitivas que anteceden a Alzheimer y permiten clasificar sus manifestaciones lingüísticas.
Petersen, R. C., Smith, G., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999)	Presenta evidencia de evolución progresiva desde Deterioro Cognitivo Leve hacia cuadros demenciales, mostrando compromiso gradual de la memoria y el lenguaje.
Toro Paca, M. J., Parra Parra, D. R., Pacheco Mena, N. V., & Alvarado, G. A. (2022)	Expone la etiología de la enfermedad de Alzheimer, diferenciando su impacto en los procesos de la semántica y la organización discursiva frente a otras demencias y en enfermedades de predominio motor.
Kiran, S., & Thompson, C. (2019)	Presenta mecanismos de reorganización cerebral vinculados al lenguaje, que resultan útiles para comprender las diferencias en los mecanismos compensatorias entre la enfermedad de Alzheimer y Parkinson.
Carreres, M. A. (2004)	Describe mecanismos neurodegenerativos comparativos y su repercusión en la pérdida progresiva de la función lingüística
de Luis, D. A., Izaola, O., de la Fuente, B., Muñoz-Calero, P., & Franco-López, A. (2015)	Relaciona factores metabólicos y nutricionales con la evolución del deterioro cognitivo, incidiendo indirectamente en el rendimiento lingüístico.
Ministerios de Sanidad, Servicio Social e igualdad. (2016)	Presenta una comparativa de las principales enfermedades neurodegenerativas, destacando las diferencias existentes entre las manifestaciones cognitivas y alteraciones lingüísticas asociada a cada patología.

Herrera Cadena, L. O. (2024)	Aporta fundamento teórico sobre el envejecimiento y deterioro cognitivo, permitiendo contextualizar y diferenciar los cambios entre envejecimiento normal del patológico.
------------------------------	---

Descripción: Los estudios revisados demuestran que, aunque tanto el Alzheimer como el Parkinson producen deterioro lingüístico, la naturaleza de estas alteraciones difiere según la región cerebral comprometida. La literatura revisada también resalta la utilidad del diagnóstico precoz del DCL como etapa intermedia que permite distinguir entre un envejecimiento normal y un proceso neurodegenerativo inicial.

4.3 Tabla 3. Análisis de los resultados del objetivo N°3

Identificar las consecuencias del deterioro del lenguaje en la calidad de vida y la interacción social de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, para la valoración de la importancia de una intervención temprana.

Autor y años de publicación	Hallazgos / aporte / impacto
Alvarado García, A. M., Alvarado Hueso, P. V., Rojas Méndez, L., & Oviedo Tao, P. A. (2019)	Expone las necesidades de apoyo y formación de cuidadores frente a los déficits comunicativos de pacientes con demencia, subrayando la sobrecarga familiar y emocional.
Alvarado Simbaña, G. F. (2021)	Plantea lineamientos de intervención fonoaudiológica dirigidas en el fortalecimiento del área semántica junto con la memoria, orientados a mejorar la comunicación y reducir la dependencia.
Córdova-Burgos, K. S., & Guevara-Guerrero, N. L. (2024)	Demuestra que las técnicas basadas en la reminiscencia ayudan a fortalecer la comunicación, refuerza la identidad y la conexión emocional en personas con enfermedad de Alzheimer.

Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Frades-Payo, B., París, M. S., & Martínez-López, I. (2015)	Correlaciona deterioro comunicativo con baja participación social y autonomía, evidenciando impacto directo en la calidad de vida.
Alonso Moro, I. (2019)	Evalúa la efectividad del método LSVT® LOUD en Parkinson, mostrando mejoras en intensidad y claridad vocal que favorecen la comunicación funcional.
Felipe Martínez, D. (2019)	Reporta mejoras en la inteligibilidad y control respiratorio tras intervención vocal intensiva en pacientes con Parkinson.
Sociedad Española de Neurología (2024)	Respalda la necesidad de una intervención temprana con enfoque interdisciplinario, destacando como papel fundamental la fonoaudiología en la preservación de la comunicación funcional.
Galvis, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. (2016)	Relaciona el deterioro comunicativo del paciente con mayor carga emocional y síntomas depresivos en cuidadores.
Oliva, M. M. (2007)	Contextualiza el deterioro cognitivo y sus repercusiones en la autonomía funcional, destacando la necesidad de estrategias de apoyo comunicativo.
Carreres, M. A. (2004)	Confirma que la progresión neurodegenerativa conlleva una pérdida gradual dentro de la autonomía funcional y comunicación, lo que afecta de manera directa en la dinámica familiar.
Alzheimer's Association (2025)	Aporta datos globales sobre la incidencia del Alzheimer y su elevada carga social, resaltando la importancia de implementar estrategias preventivas enfocadas en la comunicación.

Jiménez Ruiz, J. L., & Palenzuela Sánchez, Á. (2021)	Muestra que la intervención fonoaudiológica enfocada a la funcionalidad comunicativa favorece la comunicación cotidiana, teniendo interacciones mas eficaces reduciendo el nivel de frustración del paciente.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016)	Propone la unión entre la atención sanitaria y la rehabilitación comunitaria como estrategia, optimizando la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.
Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022)	Evidencia el aumento de la población adulta mayor en Ecuador, predominante en mujeres, lo que resalta la importancia del deterioro lingüístico como un problema emergente de salud pública, por su relación directa en la autonomía personal y comunicación funcional.

Descripción: La literatura analizada evidencia que las alteraciones del lenguaje influyen de manera significativa en la autonomía, la interacción social y el bienestar psicológico de las personas con enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. La pérdida progresiva de la comunicación funcional aumenta la dependencia, el aislamiento y la sobrecarga emocional de los cuidadores. Los estudios coinciden en que las intervenciones fonoaudiológicas de inicio temprano contribuyen a mejorar la calidad de vida del paciente y a disminuir la carga familiar.

4.4 Resultado global según el objetivo general

Los hallazgos indican que el deterioro lingüístico es un marcador clínico fundamental en el proceso neurodegenerativo, tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la de Parkinson, aunque se manifiesta de manera diferente según el sistema cerebral afectado.

Este conocimiento demuestra la necesidad de dejar de interpretar el lenguaje como un síntoma secundario del deterioro cognitivo, pasando a resaltar como un indicador clínico relevante. La evidencia científica revisada señala que estos cambios lingüísticos anteceden o están acompañados de otras manifestaciones cognitivas, lo que replantea la importancia de la evaluación clínica tradicional.

Esto respalda que la identificación temprana del deterioro lingüístico facilita la implementación de estrategias preventivas ayudando a frenar la progresión de los déficits comunicativos.

Desde una mirada integral esto ayuda a sostener la autonomía dentro de la comunicación del paciente, lo que mejora notablemente su calidad de vida y del entorno familiar.

CAPITULO V

5. Discusión

El deterioro lingüístico no se presenta como un fenómeno único, sino como un conjunto de manifestaciones diversas que dependen del perfil neurodegenerativo.

En relación con el primer objetivo, que es describir los principales trastornos lingüísticos, la evidencia presenta resultados claros: en el caso de la Enfermedad de Alzheimer, se observa un deterioro semántico progresivo, que se manifiesta en anomia, disminución de la riqueza léxica y dificultades para mantener la coherencia en

el discurso. Estos estudios evidencian que la pérdida del contenido conceptual se traduce en narrativas fragmentadas y un uso habitual de circunloquios, lo que impacta la comunicación diaria. En la enfermedad de Parkinson, las alteraciones lingüísticas están asociadas con la alteración dentro de la planificación motora del habla, la prosodia y la claridad del habla. La evidencia proveniente de los estudios experimentales basados en el análisis de los parámetros acústicos aporta datos sobre la descoordinación articulatoria característica del Parkinson, lo que explica sucesos la hipofonía y la prosodia monótona.

El segundo objetivo orientado a comparar las características lingüísticas entre ambas patologías permite certificar que, a pesar de los solapamientos, los perfiles son diferenciables y clínicamente significativos. La literatura comparativa y las revisiones indican que la Enfermedad de Alzheimer presenta un mayor deterioro en el área semántica y la coherencia en el discurso. En contraste con la enfermedad de Parkinson que manifiesta un patrón dominado por la reducción de la fluidez, la presencia de pausas y dificultades en el inicio y mantenimiento del habla (Malpu–Wiederhold et al., 2023; Marín et al., 2018; Garzón-Giraldo et al., 2015).

Esta diferencia respalda la necesidad de emplear herramientas diagnósticas y las baterías de evaluación focalizadas en los distintos dominios según el diagnóstico. En la enfermedad de Alzheimer las pruebas de denominación y categorización semántica son prioridad. Para la Enfermedad de Parkinson es más pertinente las evaluaciones de medición acústica, el análisis de la prosodia y tareas de fluidez temporal del habla. De igual manera, la detección temprana del Deterioro Cognitivo Leve como una etapa intermedia (Petersen, 2004; Peña, 2012) es clave para diferenciar los cambios propios del envejecimiento normal al de aquellos que muestran un proceso neurodegenerativo.

En relación con el tercer objetivo dirigido a analizar las repercusiones del deterioro lingüístico sobre calidad de vida y el abordaje terapéutico, la evidencia revisada demuestra efectos claros y significativos. Las alteraciones en el lenguaje se asocian a una disminución en la participación social, aumentando la dependencia de estos en actividades instrumentales y una mayor carga emocional en sus cuidadores (Rodríguez-Blázquez et al., 2015; Galvis & Cerquera Córdoba, 2016; Alvarado García et al., 2019). Asimismo, diferentes estudios aplicados junto con guías clínicas coinciden en señalar que la intervención fonoaudiológica en etapa inicial favorece la comunicación funcional y puede ayudar a atenuar la pérdida de la autonomía (Alvarado Simbaña, 2021; Sociedad Española de Neurología, 2024). En la enfermedad de Parkinson, protocolos como LSVT® LOUD han demostrado ser eficaces para incrementar la intensidad vocal y mejorar la claridad del habla, mejorando la inteligibilidad durante en tareas cotidianas (Alonso Moro, 2019; Felipe Martínez, 2019). En la enfermedad de Alzheimer, las intervenciones están enfocadas en la estimulación semántica, trabajo autobiográficos y técnicas de reminiscencia han mostrado beneficios en la evocación léxica y conexión emocional (Córdova-Burgos & Guevara-Guerrero, 2024; Alvarado Simbaña, 2021).

Limitaciones y consideraciones metodológicas. Al revisar la literatura, se detectan limitaciones que afectan la posibilidad de generalizar los resultados: la heterogeneidad en los diseños, el tamaño reducido de las muestras en investigaciones empíricas y la diversidad en los métodos de evaluación lingüística. Por otro lado, la variabilidad en la nomenclatura y el reporte de variables dificulta las comparaciones cuantitativas. Desde un enfoque clínico y de salud pública, los hallazgos obtenidos permite proponer diversas acciones concretas: incorporar evaluaciones lingüísticas breves, estandarizadas en la atención primaria para facilitar la detección temprana;

desarrollar instrumentos de evaluación diferenciados que prioricen el componente semántico para la enfermedad de Alzheimer y los aspectos de la prosodia y fluidez para la enfermedad de Parkinson; fortalecer la integración de la fonoaudiología dentro de equipos interdisciplinarios y establecer rutas de derivación claras; capacitar a los cuidadores en estrategias comunicativas simples que faciliten la interacción y disminuyan la carga familiar.

CAPITULO VI

6. Conclusión

En esta revisión sistemática se describieron los principales trastornos lingüísticos presentes en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y Parkinson. Los resultados evidenciaron que en la enfermedad de Alzheimer predomina un deterioro léxico-semántico significativo, caracterizado por anomia temprana, pérdida progresiva del significado de las palabras y alteraciones en la coherencia discursiva. En contraste, la enfermedad de Parkinson se asocia principalmente a dificultades en la fluidez verbal, la prosodia y la articulación, relacionadas con alteraciones motoras y ejecutivas del habla.

Al equiparar ambos perfiles lingüísticos de cada patología, se observó que, si bien comparten ciertos puntos de coincidencia, como la disminución de la fluidez verbal y la presencia de fallos semánticos, estas difieren en la naturaleza y conducta del deterioro. En la enfermedad de Alzheimer predomina el compromiso de la memoria semántica y los procesos de elaboración conceptual, mientras que en la enfermedad de Parkinson la alteración se evidencia principalmente en la planificación del habla, la coordinación motora junto a el ritmo conversacional, lo que permite establecer diferencias clínicas entre ambas patologías.

Finalmente, se identificaron las principales consecuencias del deterioro lingüístico en la calidad de vida de los pacientes, evidenciándose que estas alteraciones reducen la autonomía comunicativa, incrementan la dependencia funcional y limitan la participación social. Asimismo, se observó un aumento significativo de la carga emocional y operativa en los cuidadores.

6.1 Recomendaciones

En relación con la detección del deterioro lingüístico, se recomienda reforzar los procesos de identificación temprana tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la enfermedad de Parkinson, incorporando evaluaciones breves, sistemáticas y de fácil aplicación en contextos clínicos y de atención primaria. Estas herramientas resultan esenciales para lograr detección de los cambios iniciales dentro del vocabulario, la fluidez verbal, la organización del discurso y la eficiencia comunicativa.

En el abordaje terapéutico, se sugiere el diseño e implementación de programas de intervención fonoaudiológica diferenciado al perfil neurodegenerativo cada patología. En la enfermedad de Alzheimer, se recomienda priorizar intervenciones en el fortalecimiento del componente léxico-semántico, impulsando la activación de redes conceptuales, la organización del discurso incorporando el uso de apoyos comunicativos que permitan compensar la pérdida progresiva del significado. Por su parte en la enfermedad de Parkinson, se sugiere enfatizar el entrenamiento vocal, el control respiratorio, la prosodia y la planificación motora del habla, con el propósito de mejorar la inteligibilidad y la eficacia comunicativa.

Desde una perspectiva funcional y psicosocial, se recomienda integrar de manera activa a los cuidadores dentro de los procesos terapéuticos, mediante orientación y capacitación en estrategias de comunicación funcional, como el uso de consignas simples y claras, apoyos visuales y ajustes en el ritmo dentro de una conversación,

facilitando la interacción diaria, disminuyendo la frustración comunicativa y contribuyendo a la reducción de sobrecarga emocional asociada al cuidado extendido.

Finalmente, se recomienda promover el desarrollo de investigaciones aplicadas en población hispanohablante que permitan ampliar la evidencia empírica sobre el deterioro lingüístico en enfermedades neurodegenerativas. Estos estudios deberían contribuir a la adaptación cultural y lingüística de los protocolos de evaluación e intervención, fortaleciendo su validez clínica y su aplicabilidad en los sistemas de salud de España y América Latina.

Referencias

- Alonso Moro, I. (2019). Tratamiento de voz Lee Silverman Loud en patologías neurológicas: Revisión de su efectividad en la enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral y daño cerebral adquirido (TFG). *Universidad de Valladolid*.
- Altmann, L. J., & Troche, M. S. (2011). High-level language production in Parkinson's disease: A review. *Parkinson's Disease*, 1-12.
doi:<https://doi.org/10.4061/2011/238956>
- Alvarado García, A. M., Alvarado Hueso, P. V., Rojas Méndez, L., & Oviedo Tao, P. A. (2019). Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte*.
- Alvarado Simbaña, G. F. (2021). Alteraciones lingüísticas en la enfermedad de Alzheimer, recomendaciones de intervención fonoaudiológica (Informe/Tesis). *DSpace UCE*. Obtenido de <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b55f1b8e-a2ab-490a-a099-57b853ab946b/content>
- Alzheimer's Association. (2025). *Alzheimer's Association*. Obtenido de Alzheimer's Disease Facts and figures.: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
- Bonilla Romero, D. C. (2018). Deterioro cognitivo y factores sociodemográficos en el adulto mayor. *Repositorio UTA*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/deb98332-24ec-4a55-8fa7-c3705dda1026/content>
- Cabeza de Vaca Carmona, E. (2018). DETERIORO LINGÜÍSTICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (Trabajo fin de grado). *Universidad de Cádiz*, 1-42. Obtenido de <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/21089/Cabeza%20de%20V.%2C%20E.%20%282018%29.%20Deterioro%20ling%C3%BC%C3%ADstico%20en%20la%20Enfermedad%20de%20Alzheimer%20%28TFG%29.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Camelo Parra, L. S., Camargo Mendoza, M., & Baquero Castellanos, S. (2022). VOICE ONSET TIME DE LAS CONSONANTES OCLUSIVAS EN PERSONAS CON PARKINSON HABLANTES DEL ESPAÑOL. *RLA. Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 127-138. doi:10.29393/RLA60-14VOLS30014
- Carreres, M. A. (2004). Enfermedades neurodegenerativas. *Rehabilitacion*, 318-324.
- Córdova-Burgos, K. S., & Guevara-Guerrero, N. L. (2024). Exploración de técnicas de reminiscencia como forma de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 28-39.

- De la Hoz, M., Garrido, D., & García-Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro. *Rev Neurol*, 67-76. doi:doi: 10.33588/rn.7203.2020411.
- de Luis, D. A., Izaola, O., de la Fuente, B., Muñoz-Calero, P., & Franco-Lopez, A. (2015). Enfermedades neurodegenerativas: aspectos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 951. doi:https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.2.9252
- Felipe Martínez, D. (2019). Eficacia de "Lee Silverman Voice Treatment" en personas con disartria hipocinética asociada a la Enfermedad de Parkinson: una revisión (Trabajo). *UCLM*.
- Galvis, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicología desde el Caribe*, 190-205.
- Garzón-Giraldo, M. L., Montoya-Arenas, D. A., & Carvajal-Castrillón, J. (2015). Perfil clínico y neuropsicológico: enfermedad de Parkinson/enfermedad por cuerpos de Lewy. *CES Medicina*, 255-70. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261143123009.pdf>
- Graso, L., & Saux, G. (2020). Relaciones semánticas en adultos mayores sanos, Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer. *Signos*. *Signos*, 294-318. doi:10.4067/S0718-09342020000100294
- Guillén Escamilla, J. E. (2020). Algunas consideraciones sobre el panorama actual de la lingüística clínica. *Literatura y Lingüística*, 303-329. doi:10.29344/0717621X.42.2598
- Herrera Cadena, L. O. (2024). *Deterioro cognitivo en personas mayores en relación con su calidad de vida en Ecuador*. Quito: Universidad de las Américas. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16026>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s/f de s/f de 2022). *CensoEcuador*. Obtenido de CensoEcuador: <https://www.censoecuador.gob.ec/resultados-censo/>
- Jimenez Ruiz, J. L., & Palenzuela Sánchez, Á. (2021). Deterioros lingüísticos asociados a un caso clínico de demencia tipo Alzheimer: Un enfoque funcional-conceptual. *Estudios de Lingüística Aplicada*, 97-137. doi:https://doi.org/10.22201/enallt.01852647p.2021.72.918
- Kiran, S. &. (2019). Neuroplasticity of Language Networks in Aphasia: Advances, Updates, and Future Challenges. *Frontiers in neurology*. doi:https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00295
- Machado Goyano Mac-Kay, A. P., Martínez Sotelo, C., Figueroa, A., Gutiérrez, D., & Reyes Silva, C. (2018). Análisis de la funcionalidad discursivo-pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 192-205. doi:10.15443/RL2815

- Mac-Kay, A. P. (2019). Afasia y esquizofrenia: aspectos lingüístico-comunicativos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 71-81.
doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100052>
- Malpu–Wiederhold, C., Farías–Ulloa, C., Cigarroa, I., Martella, D., Foncea–González, C., Julio–Ramos, T., . . . Tollos–Ramírez, D. (2023). Perfiles cognitivos-lingüísticos en personas mayores con Deterioro Cognitivo Leve, Demencia Vascular, Demencia con Cuerpos de Lewy y Enfermedad de Parkinson. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 69-85. doi:10.46997/revecuatneurol31300069
- Marín M, D. S., Carmona V, H., Ibarra Q , M., & Gámez C, M. (2018). Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista UIS Salud*, 79-92. doi:<https://doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018008>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. *Sistema Nacional de Salud*.
- Nieto-Alcaraz, R., Arcos-García, C. M., & Rubio-Hernández, A. (2016). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 331-335. doi:ISSN: 1989-9882
- Oliva, M. M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 1-11.
- Parreño, I. L. (s.f). *Censo Ecuador*. Obtenido de Censo Ecuador:
https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Presentacion_Nacional_2da_entrega.pdf
- Peña, M. M. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 47-56.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.03.002>
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 183-194. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C., Smith, G., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmwn, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *Archives of Neurology*, 303. doi:10.1001/archneur.56.3.303
- Picó Berenguer, M., & Yévenes Briones, H. A. (2019). Trastornos del habla en la enfermedad de Parkinson. revisión. *Revista Científica Ciencia Médica*, 36-42. doi:10.51581/rccm.v22i1.35
- Ramírez Quilape, A., & Riffo Ocares, B. (2020). Efectos de la enfermedad de Parkinson en la percepción de aspectos temporales del habla. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 29-39. doi:10.15443/RL3003

Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Frades-Payo, B., París, M. S., & Martínez-López, I. (2015). Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Revista Española de Salud Pública*, 51-60.

Sociedad Española de Neurología. (2024). Guía práctica sobre la enfermedad de Parkinson. *SEN*. doi:ISBN: 978-84-19832-81-8.

Toro Paca, M. J., Parra Parra, D. R., Pacheco Mena, N. V., & Alvarado, G. A. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 68-76. doi:DOI: 10.26820/recimundo/6.