UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TERAPIA DE LENGUAJE

PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADOS EN TERAPIA DE LENGUAJE

TEMA:

Deterioro del lenguaje y aplicación de guía terapéutica “Alas” para pacientes con Alzheimer

AUTORES:

Delgado Lucas Ana Corina

Quiñonez Tenorio Angela Fernanda

TUTORA:

Lcda. Roció Pérez Mendoza

Manta, diciembre 2019

CERTIFICACIÒN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico: Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de **280** horas, bajo la modalidad de **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, cuyo tema del proyecto es “Aplicación de guía terapéutica "Alas" en pacientes con alzheimer”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a las señoritas, Delgado Lucas Ana Corina y Quiñonez Tenorio Angela Fernanda estudiante de la carrera de Terapia de Lenguaje, período académico 2019-2020, quienes se encuentran apta para la sustentación de su trabajo de titulación.

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

Manta, 03 de diciembre de 2019

Lo certifico,

Roció Pérez Mendoza Mg

APROBACIÒN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Miembros del tribunal	**Firmas**
Psic. Eva Ganchoso Garcia Mg	_____
Lcda. María Elena Carreño Mg	_____
Lcda. Marjiory Ibarra Garcia	_____

Calificación Trabajo de Graduación

Calificación Trabajo Escrito:	_____
Calificación Sustentación de proyecto de Investigación:	_____
Nota Final de Trabajo de Graduación:	_____

Lo Certifico,

_____

Lcda. Alexandra Bailón
Secretaria de la carrera de Terapia de Lenguaje.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija, es la mejor madre.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Angela Quiñonez Tenorio

Dedico el siguiente trabajo de investigación en primer lugar a Dios por estar siempre presente en mi camino a seguir por guiarme hasta poder alcanzar las metas trazadas en mi vida.

A mi padres y hermanas por apoyarme desde el principio de este gran anhelado sueño, gracias a ellos que han sido parte de esto y he logrado alcanzar algo tan apreciado. A mi esposo y mi amado hijo por ser mi soporte y mi lucha contante para así poder alcanzar juntos un mejor mañana y poder llenarlos a ellos de mucho orgullo.

Ana Delgado Lucas

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad laica “Eloy Alfaro” de Manabí, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a la Licenciada Rocío Pérez tutora de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

DECLARACIÒN DE AUTORIA

Declaramos que el actual proyecto de investigación cuyo título es: “Aplicación de Guía Terapéutica "Alas" en Pacientes Con Alzheimer’’, pertenece a: Delgado Lucas Ana Corina y Quiñonez Tenorio Angela Fernanda, es original con sus respectivas evidencias mostradas a los miembros del tribunal de la Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Terapia de Lenguaje de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, el contenido de este proyecto de investigación es único de nuestros conocimientos intelectuales, usándose también párrafos existentes de trabajos acreditados.

_____

Delgado Lucas Ana Corina

CI.

_____

Quiñonez Tenorio Angela Fernanda

CI.

INDICE GENERAL

CERTIFICACIÒN II
APROBACIÒN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR III
DEDICATORIA……...…IV
AGRADECIMIENTO…….……..IV
DECLARACIÒN DE AUTORIA VI
ÍNDICE DE TABLA……..……XI
X
ÍNDICE DE GRÁFICO…….……X
RESUMEN XI
ABSTRACT XII
INTRODUCCIÓN 1
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 3
DELIMITACIÓN DE CONTENIDO 4
DELIMITACIÓN ESPACIAL 4
DELIMITACIÓN TEMPORAL 4
UNIDADES DE OBSERVACIÓN 4
HIPÓTESIS Y VARIABLES 4
VARIABLES 4
VARIABLE INDEPENDIENTE 4
VARIABLE DEPENDIENTE 4
OBJETIVOS 5
OBJETIVO GENERAL 5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5
MARCO TEORICO 6
CAPITULO I 6
1. LENGUAJE……..……..6
1.1. DEFINICIÓN DE TERAPIA DE LENGUAJE: 6
1.2. ANATOMÍA DEL LENGUAJE 6
1.3.1. ALTERACIONES PRODUCIDAS POR LESIONES EN EL ÁREA DE BROCA 8
1.3.1.1. DÉFICITS DE LENGUAJE EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 8

1.3.1.2. AFASIAS 9
1.3.1.3. CLASIFICACIÓN DE LAS AFASIAS 10

CAPITULO II 12

2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 12
2.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 12
2.1.1.1. FUNCIONES COGNITIVAS ALTERADAS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 14
2.2. ALTERNATIVAS DE ABORDAJE AL DETERIORO DEL LENGUAJE EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER 17
2.3. GUÍAS TERAPÉUTICAS 18
CAPITULO III……20
DIAGNÓSTICO Y RESULTADO……20

CAPITULO IV 25
DISCUSIÓN……25
CAPITULO V……..27
DISEÑO DE LA PROPUESTA……27
5.1. DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA 27
5.2 FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA……28
5.3 RESULTADOS ESPERADOS DE LA PROPUESTA……29

6. CONCLUSIONES……...30

7.RECOMENDACIONES……..…31

8. BIBLIOGRAFÍA……32

9.ANEXOS……..34

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia, número estimado de personas con demencia 12
Tabla 2. Criterios diagnósticos para la Enfermedad de Alzheimer de acuerdo al CIE – 10 13
Tabla 3. Criterios diagnósticos de Enfermedad de Alzheimer de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana 15
Tabla 4. Distribución de la población/muestra 20
Tabla 5: Distribución por género de los pacientes evaluados..... 21
Tabla 6. Puntajes obtenidos en el mini examen cognoscitivo 22
Tabla 7. Áreas alteradas de acuerdo al mini examen cognoscitivo 23

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de la población muestra 20
Gráfico 2. Distribución de los pacientes evaluados por sexo 21
Gráfico 3. Puntajes obtenidos en el mini examen cognoscitivo 22
Gráfico 4. Áreas alteradas de acuerdo al mini examen cognoscitivo 23

RESUMEN

Una de los principales tipos de demencia con mayores niveles de prevalencia es la Enfermedad de Alzheimer en cifras de la OMS, representa entre el 60 y 70% de quienes se ubican en este grupo. El padecimiento afecta alrededor de unos 50 millones de personas en todo el mundo, razón por la que en la presente investigación se planteó reconocer las ventajas de la aplicación de una guía terapéutica para el abordaje del deterioro del lenguaje en pacientes con enfermedad de Alzheimer, atendidos en las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta.

La población estuvo constituida por 16 pacientes, 4 del sexo masculino y 12 del sexo femenino a quienes se les administró el mini examen cognoscitivo, test de cribado con el cual se determinó la presencia de déficits cognitivo en las áreas de memoria, lenguaje y construcción, concentración y cálculo, fijación y orientación en el tiempo y espacio; demostrando que la memoria y el lenguaje fueron las áreas más afectadas.

Los resultados demostraron un 38% de pacientes con déficits en memoria, seguido del 31% con alteraciones a nivel del lenguaje y construcción, y en las demás funciones también se observó alteraciones, pero en porcentajes menores.

De acuerdo a los hallazgos a nivel de lenguaje se elaboró una guía terapéutica con la finalidad de proporcionar una herramienta terapéutica para el abordaje del deterioro del lenguaje en pacientes con enfermedad de Alzheimer

PALABRAS CLAVES: Enfermedad de Alzheimer, deterioro, lenguaje, guía terapéutica.

ABSTRACT

One of the main types of dementia with higher levels of prevalence is Alzheimer's disease in WHO figures, representing between 60 and 70% of those who are in this group. The condition affects about 50 million people worldwide, which is why in the present investigation it was proposed to recognize the advantages of the application of a therapeutic guide to address language impairment in patients with Alzheimer's disease, treated in the Cottolengo, Funteman and Geriatric Center of Manta foundations.

The population consisted of 16 patients, 4 male and 12 female who were administered the mini cognitive test, screening test with which the presence of cognitive deficits in the areas of memory, language and construction was determined, concentration and calculation, fixation and orientation in time and space; demonstrating that memory and language were the most affected areas.

The results showed 38% of patients with memory deficits, followed by 31% with alterations in language and construction, and in the other functions alterations were also observed, but in smaller percentages.

According to the findings at the language level, a therapeutic guide was developed in order to provide a therapeutic tool for addressing language impairment in patients with Alzheimer's disease

KEY WORDS: Alzheimer's disease, deterioration, language, therapeutic guide.

Introducción

La población en el ámbito mundial ha venido modificando sus pirámides poblacionales en las cuales se evidencia cada vez mayor proporción de personas en edad adulta y adulta mayor, situación que ha llevado a los organismos internacionales en salud a la formulación de políticas para atender a dicha población y a instar a los países a la planificación y abordaje de esta situación, considerada uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Dentro de las consecuencias palpables de los cambios demográficos se presenta un mayor número de personas padeciendo estados de demencia, con sus consecuentes discapacidades y dependencia de quien la padece ya sea de familiares o instituciones.

Una de los principales tipos de demencia y con mayores niveles de prevalencia es la Enfermedad de Alzheimer en cifras de la OMS (OMS, 2019) representa entre el 60 y 70% de quienes se ubican en este grupo. El padecimiento afecta alrededor de unos 50 millones de personas en todo el mundo, de los cuales, la mayor proporción reside en países con niveles bajos y medios de ingreso, en donde anualmente se registran por lo menos 10 millones de nuevos casos, lo que generará un incremento vertiginoso para el decenio venidero alcanzando los 82 millones de afectados hacia el 2030 y prácticamente duplicándose para el 2050. Cifras que motivaron a la OMS durante el año 2017 a establecer las demencias como una prioridad de salud pública en los planes formulados para los años venideros.

De acuerdo a la prevalencia de las demencias existen datos internacionales en los cuales se refleja la población que presenta alteraciones cognitivas, entre ellas el deterioro del lenguaje. En una investigación efectuada por Mavrodaris, A y compañeros (2013). Efectuaron una revisión sistemática documental acerca de la prevalencia del deterioro cognitivo y la demencia en el África subsahariana. A pesar del tema propuesto revisaron 2320 documentos, publicados durante el lapso de 1995 y 2011, encontraron una amplia variabilidad en relación con el deterioro cognitivo, entre ellos las alteraciones del lenguaje con una amplitud desde el

6% al 25%, datos que perfilan que la presencia de esta condición es amplia a nivel internacional.

En Ecuador las cifras acerca de las demencias y en particular la Enfermedad de Alzheimer, son dispersas, no obstante, de forma general excede al millón de personas tal como lo reportó en el 2017 la Cartera de Inclusión Económica del País, las cifras ascendían a 1.180.194 personas con ese cuadro diagnóstico (Barreiros, 2017), mientras que los datos para la provincia de Manabí reportaron una prevalencia de Alzheimer del 7,5% según los datos del INEC para el 2015 (INEC, 2015). Condición significativa tomando en cuenta la esperanza de vida de la población general y una patología asociada como son las enfermedades cerebrovasculares ubicándose en el cuarto lugar de mortalidad para la población masculina y tercero para la femenina de acuerdo a los reportes del INEC durante el 2017 (INEC, 2018).

En cuanto al deterioro del lenguaje, el cual se incluyen dentro de las alteraciones cognitivas, en la población ecuatoriana se encontró la investigación realizada por Del Brutto, O y colaboradores (2017). Los autores destacan la evaluación del deterioro cognitivo en zonas rurales es compleja debido a la influencia de factores como el analfabetismo, la transculturización e incluso el edultismo, sin embargo, la prevalencia del deterioro en adultos se ha triplicado en la región durante los últimos años (p,168).

La detección de la condición cognitiva de los pacientes sujetos de esta investigación se realizó mediante la administración del mini examen cognoscitivo. Inicialmente, formulado por Folstein y McHung (1975), con el objetivo de proveer un análisis rápido y estandarizado de la condición mental de las personas y que tuviera como utilidad, discriminar, en pacientes psiquiátricos, trastornos funcionales u orgánicos. En la actualidad, se emplea, principalmente, para detectar y evaluar la evolución de los Trastornos Cognitivos relacionados con Enfermedades Neurodegenerativas, entre ellas el Alzheimer. Sus ítems evalúan 5 funciones cognitivas: Concentración, Fijación, y Cálculo, Memoria, Lenguaje y Orientación. Con un tiempo de aplicación que no excede los diez minutos.

En el presente trabajo se realizará una indagación de los antecedentes de estudios relacionados con el deterioro del lenguaje en pacientes con Enfermedad de Alzheimer ubicados en las fundaciones “Cottolengo”, “Funteman” y Centro Geriátrico de Manta, pertenecientes al sector público, se describirá las alternativas de abordaje a dicha condición y realizará el desarrollo de la guía terapéutica “Alas” contribuyendo con la mejora de la calidad de vida de los pacientes, y cuyas funciones lingüísticas se encuentran comprometidas, apoyándolos en sus relaciones interpersonales. De igual forma, como ya lo mencionamos, contribuirá a que los profesionales del área, cuenten con una herramienta que podrán socializar en espacios técnicos mejorando su desempeño laboral, la calidad y eficacia del trabajo realizado.

Formulación del problema

¿De qué manera aporta una guía terapéutica al abordaje del deterioro del lenguaje en la enfermedad del Alzheimer?

Preguntas directrices

1.- ¿Qué tipos de alteraciones del lenguaje se encuentran presentes en los pacientes con enfermedad de Alzheimer atendidos en Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta?

2.- ¿El deterioro del lenguaje puede ser detectado mediante la aplicación del mini examen cognoscitivo?

3.- ¿La información proporcionada a los profesionales de las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta sobre el uso de la guía terapéutica los ayuda a su aplicación en los pacientes con Alzheimer?

Delimitación de contenido

Campo: Rehabilitación (Área: Intervención en las alteraciones del lenguaje presentes en pacientes con enfermedad de Alzheimer)

Delimitación espacial

El presente trabajo de investigación se efectuó en las fundaciones Cottolengo, Funteman, Centro Geriátrico de Manta, y centro Geriátrico Mis Ángeles

Delimitación temporal

El trabajo de investigación se ejecutó durante el periodo 2019(2)

Unidades de observación

16 pacientes atendidos en las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta.

HIPÓTESIS Y VARIABLES

Hipótesis

"La utilización de una guía terapéutica favorece el abordaje del deterioro del lenguaje en los pacientes con enfermedad de Alzheimer"

Variables

Variable independiente

Aplicación de la guía terapéutica

Variable dependiente

Deterioro del Lenguaje

OBJETIVOS

Objetivo general

- Reconocer los beneficios de la elaboración de una guía terapéutica para el abordaje del deterioro del lenguaje en pacientes con enfermedad de Alzheimer atendidos en las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de deterioro del lenguaje que presentan los pacientes con enfermedad de Alzheimer atendidos en las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta
- Determinar las alteraciones del lenguaje identificadas mediante la aplicación del mini examen cognitivo.
- Diseñar una guía terapéutica para el abordaje del deterioro del lenguaje en pacientes con enfermedad de Alzheimer a ser utilizada por los profesionales pertenecientes a fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

1. Lenguaje

1.1. Definición de Terapia de Lenguaje:

Desde el punto de vista etimológico la palabra lenguaje presenta dos raíces, por un lado, la raíz latina derivada de lengua tal, cuyo significado estricto es conjunto de símbolos y emisiones vocales que tiene por finalidad facilitar la comunicación, por otro lado, se le asocia con el provenzal lenguatge. Desde el punto de vista neuroanatómico uno de los precursores en el entendimiento del lenguaje lo constituye Paúl Broca, quien los definió como "facultad de hablar localizada en la tercera circunvolución" citado por Saussure, F (2006) (Saussure, 2006).

El lenguaje constituye una de las principales capacidades cognoscitivas que diferencian al hombre de los demás seres vivos caracterizado por un complejo sistema que implica la capacidad de percibir, entender, codificar, decodificar y emitir respuestas verbales, presentando además la posibilidad de manifestarse tanto de forma verbal, expresa o no verbal, mediante gestos y señales que pueden ser decodificadas por las mismas personas, constituyendo expresiones universales.

1.2. Anatomía del lenguaje

Desde el punto de vista neuroanatómico existen diferentes estructuras que intervienen en el proceso del lenguaje, tomando como referencia el planteamiento de Broca, existe un área determinada en la estructura cerebral a la cual se le atribuye la función del lenguaje, se encuentra localizada en la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y se asocia con las áreas 44 y 45 de Brodmann. A su vez esa zona se encuentra subdividida en dos subáreas, la triangular, ubicada en la zona anterior, responsable de la interpretación de diferentes símbolos y emisión de respuestas verbales. También, se encuentra el área opercular, ubicada en la zona posterior y cercana a la corteza motora, la cual se ocupa de la recepción de un solo estímulo y se encarga de dirigir los órganos fonatorios que intervienen en la producción del habla.

1.3 Atribuciones del área de Broca

Al área de Broca se le atribuyen tres grandes responsabilidades dentro del proceso de producción del lenguaje y comprensión de este:

- Emitir el lenguaje
- Decodificar y analizar el lenguaje
- Regular las neuronas faciales

Para procesar el habla y emitir el lenguaje intervienen una serie de estructuras cerebrales, debido a la complejidad de estas dos funciones. Desde el área de Broca se pueden transmitir las ideas, a otras personas, mediante el habla, proceso que simultáneamente lleva implícito la comprensión del lenguaje. A su vez la zona de Broca se comunica con otro sector del cerebro denominada área de Wernicke, cuya localización se encuentra en el lóbulo temporal y se responsabiliza de procesar el lenguaje escrito y hablado, es decir los símbolos fonéticos y textuales; la interrelación entre estas partes se efectúa mediante un haz de fibras conformadas por células nerviosas, denominadas, fascículos arqueados (Taylor & Stinnett, 2018).

Adicionalmente, existe otra zona del cerebro relacionada con el lenguaje a la cual se le conoce como la circunvolución angular la cual capta información sensorial táctil proveniente del lóbulo parietal, información visual emitida por el lóbulo occipital y estímulos auditivos asociada al lóbulo temporal. A la circunvolución angular se le atribuye, también apoyar en el empleo de distintos tipos de información proveniente de los órganos de los sentidos que apoyan la comprensión del lenguaje (Taylor & Stinnett, 2018).

En la actualidad se considera al área de Broca una zona responsable de tanto de producir como comprender el lenguaje lo cual ha quedado demostrado a través de investigaciones en la cuales se ha estudiado las lesiones presentes en esta zona en personas y se ha encontrado entre otros síntomas, dificultad para emplear de forma adecuada la información, sintáctica y comprender el sentido de las oraciones. Mediante estudios de neuroimagen se ha evidenciado la participación del área de Broca en la forma de procesar oraciones de complejidad significativa e incluso ambiguas, de acuerdo con las conclusiones de dichos estudios permiten afirmar que

existe una relación directamente proporcional den el grado de actividad de la circunvolución frontal en su extremo inferior con la comprensión de la ambigüedad léxica.

1.3.1. Alteraciones producidas por lesiones en el área de Broca

La afasia constituye una alteración en la capacidad de lenguaje ocasionada por daño orgánico, cuyas manifestaciones pueden ser variables tanto en su presentación como en el gradiente de funcionamiento del lenguaje en sus aspectos prosódico, pragmático, fonológico, en su forma y sintáctico. Produce un déficit anormal en la comprensión y expresión del lenguaje en todas sus modalidades (Ardila A. , 2006). En presentación clásica las afasias se discriminan en función del área que se determine alterada y en ese caso se les puede diferenciar.

9

En el mismo orden de la localización se encuentra la afasia de Wernicke, caracterizado principalmente por la alteración en la comprensión de las palabras, aun cuando presenta síntomas dificultad en la expresión oral, llegado un momento la persona no logra comprender lo que el mismo expresa y se manifiestan las des variaciones, el sujeto no logra comprender el lenguaje oral, las palabras se van haciendo irreconocibles, pudiendo llegar a presentarse neologismos y parafasias o dificultades articulatorias, en el reconocimiento de los nombre o anomia, y alteración generalizada en la escritura, lectura, todo esto ocurre, sin que la persona tenga noción de su presencia (Berthier, Gree, Juárez, & Lara, 2014).

1.3.1.1. Déficits de lenguaje en la enfermedad de Alzheimer

Las alteraciones de lenguaje en la enfermedad de Alzheimer se presentan desde etapas tempranas de la patología, evidenciándose mediante las denominaciones, complicaciones audiologías, fluidez del lenguaje la cual se presenta coartada y aparecen las parafrasias semánticas, llegando en última instancia a alterarse la comprensión escrita, sin embargo, la capacidad de articulación y repetición se conserva hasta bastante desarrollada la enfermedad. Las alteraciones más pronunciadas se evidencian a nivel fonológico y fonético, léxico y semántico, sintáctico y pragmático (Szatloczki, Hoffman, Vincze, & Kalman, 2015).

En una investigación efectuada por Mesulman (Mesulam, Weintraub, Rogalski, Wieneke, & Geula, 2014), en un grupo de pacientes con afasia progresiva primaria con un 45% de presencia de enfermedad de Alzheimer y alteración frontotemporal. Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer mostraron afasia progresiva primaria con múltiples características atípicas ya que se evidenció en el caso de los hombres una actividad neurofrilar más intensa en el hemisferio asociado al lenguaje, la presencia de afasia se caracterizó por logopenia en los pacientes con Alzheimer y agramatismo para las otras patologías. Los resultados evidenciaron manifestaciones logopédicas presentes en niveles poco pronunciados. Los autores concluyeron en la necesidad de continuar estudiando las afasias progresivas primarias en los pacientes con Alzheimer.

Otra investigación donde se intentó obtener los perfiles de lenguaje en pacientes con afasia progresiva primaria, debido a la enfermedad de Alzheimer fue realizada por Louwersheimer (Louwersheimer, 2016). Los investigadores se plantearon estudiar si la afasia logopénica es realmente el perfil del lenguaje prototípico en pacientes con APP con evidencia de biomarcadores de patología subyacente de la EA, y correlacionar los perfiles del lenguaje con los patrones de atrofia cortical en la resonancia magnética.

Se abordaron 22 pacientes (edad 67 ± 7 años, 50% mujeres, MMSE 21 ± 6). El 41% se clasificó como lvPPA (cumple con los criterios básicos de la patología) de los cuales el 36% presentó déficits adicionales en la comprensión del lenguaje y / o los nombres de confrontación, y el 23% como PPA no clasificable. Tanto por mediciones cualitativas como cuantitativas, los pacientes con lvPPA mostraron atrofia cortical global leve evidenciada en las Resonancia Magnética, mientras que los pacientes con lvPPA extendido mostraron más atrofia cortical focal, predominantemente en el lado tempo-parietal izquierdo. Para PPA no clasificable, las mediciones cualitativas revelaron un patrón de atrofia heterogéneo.

1.3.1.2. Afasias

Dentro de las patologías relacionadas con alteraciones a nivel del lenguaje una de las más estudiadas, aunque no la única son las afasias la cual ha sido definida como:

> Patología adquirida del lenguaje que implica una perdida a nivel de la producción o de la comprensión del lenguaje hablado, escrito o de ambos y que abarca las realizaciones defectuosas en esta esfera centradas en determinados disturbios psicofisiológicos

> relativos al conocimiento, elaboración, formulación y utilización de los símbolos lingüísticos y de su valor semántico dependiente de una lesión cerebral (Krivoy y López, p.19)

La principal alteración de la afasia es la interrupción de los procesos de traducción de los pensamientos en lenguaje. El paciente con esta condición no puede trasladas con precisión la secuencia de representaciones mentales no verbales, en los símbolos y organización gramatical que conforman el lenguaje. Las representaciones o imágenes mentales no llegan a ser interpretadas como palabras y párrafos u oraciones que permitan su transmisión correcta. De igual forma el proceso inverso o producción de imágenes mentales que se ajusten a las palabras escuchadas o leídas también se presenta alterado.

1.3.1.3. Clasificación de las Afasias

Afasia acústico agnóstica:

Alteración de la escucha fonemática o capacidad de diferenciación de los sonidos y el reconocimiento de estos (López, 1998).

Afasia acústico amnésica:

Se refiere a alteraciones en la retención de información verbal lo que conlleva a la desintegración del contenido del lenguaje, disminuye la memoria verbal que conlleva a la dificultad para encontrar la secuencia fonológica adecuada, la persona repite las palabras de forma separada pero ante secuencias de oraciones se equivoca debido a la dificultad para retener la secuencia precisa (López, 1998) .

Afasia acústico amnésica:

Es la dificultad para evocar la denominación de los objetos puede presentarse en formas severas como la anomia o leve, disnomia. La persona acude al empleo de frases o palabras semánticamente parecidas o sustitutas como por ejemplo al olvidar libro expresará papel para leer, en algunos casos con apoyo fonológico pudiera recordar la palabra (López, 1998).

Afasia semántica:

Condición en la cual la persona no puede comprender las estructuras lógico – gramaticales. La persona se queda enganchada con una sola palabra, pero no logra atender y entender la

formulación completa de las oraciones. Una variante de esta afasia se presenta cuando el paciente diferencia los fonemas, tiene presente la secuencia fonológica de palabras y recuerda vocablos, pero no entiende la relación entre los componentes de una oración. Dentro de este tipo de afasia puede encontrarse la afasia de Wernicke (López, 1998).

Afasia de Broca:

La afasia de Broca, también conocida como afasia de expresión se caracteriza por alteraciones en la capacidad de la persona de producir o expresar concretamente el lenguaje hablado, manifestándose a través de producciones verbales enlentecidas o poco fluidas, a través de una disminución en la cantidad de vocabulario y expresiones, la persona emplea frases cortas a las cuales también se les conoce como lenguaje telegráfico, recurre a las estereotipias; aun cuando la capacidad de comprensión se manifiesta conservada se le dificultad entender expresiones verbales complejas lo cual tiene su expresión en el proceso de lecto escritura (Ardila A. y., 2007).

Afasia motora aferente:

Se presenta en las oportunidades cuando las áreas de Broca y Wernicke están normales pero la conexión entre ambas a través del fascículo arqueado se lesiona, se evidencia mediante déficits en el lenguaje repetitivo y nominal, mientras que el espontaneo se encuentra preservado, a la persona se le dificulta la lectura en voz alta pero no la mental (López, 1998).

Afasia global:

Se presenta ante la alteración simultanea de las áreas de Broca y Wernicke y como consecuencia todas las funciones verbales se entorpecen, pudieran mantenerse algunos automatismos verbales como exclamaciones, enunciación de nombre muy utilizados como los días y pocas palabras.

Afasia transcortical:

Se presenta como una carencia de fluidez e iniciativa para el habla y defectos para comprender las palabras, regularmente asociada a alexia y agrafia, y caracterizada por alteraciones en la emisión espontanea del contenido afectivo del lenguaje y los gestos fasciales relacionados.

CAPITULO II

2. Enfermedad de Alzheimer

2.1 Definición de Enfermedad de Alzheimer

Las demencias constituyen en la actualidad una de las principales enfermedades de salud pública, debido a la alta prevalencia (ver tabla anexa) que vienen presentando desde hace varias décadas y a los cambios observados en la pirámide poblacional. Uno de los tipos de demencia con mayor incidencia en la población en el ámbito mundial es el Alzheimer, siendo la más frecuente (OMS, 2019). Se caracteriza por ser progresiva, irreversible, degenerativa con síntomas neuropatológicos y neuroquímicos particulares, pudiendo evolucionar en periodos cortos o medios; se presenta regularmente a partir de los 65 años, aunque actualmente se ha encontrado su presencia en edades menor.

Tabla 1. Prevalencia, número estimado de personas con demencia

Prevalencia, número estimado de personas con demencia, Casos incidentes por año (2010, proporción de incremento (2010 2050) y costos totales acorde a la división por regiones geográficas de la carga global de enfermedades					
Área geográfica	**Consenso Prevalencia de demencia ≥ 60 años (%)**	**Personas con demencia ≥ 60 años en 2010 (millones)**	**Casos nuevos estimados de demencia por año**	**Incremento en la proporción de personas con demencia**	**Costos totales billones**
Europa	6,2	9,95	2.344.507	87	238,64
Asia	3.9	15,94	3.557.595	282	123,67
África	2,6	1,86	525.818	370	5,84
Las Américas	6,5	7,81	1.253.746	246	235,84

Norte América	6,9	4,38	842.808	151	213,04
América Latina	6,0	3,10	371.387	393	19,82
Caribe Insular	6,5	0,33	39.551	215	2,98
Mundo	4,7	35,56	7.681.665	225	603,99

Fuente: (World Health Organization, 2012)

Desde el punto de vista neuroanatómico la EA es un cuadro de larga evolución en la cual se presenta un deterioro de los sistemas neuronales, generando atrofia a nivel cerebral que actúa ocasionando la pérdida de las facultades mentales superiores.

2.1.1. Diagnóstico

De acuerdo al Manual de Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE – 10) en su décima revisión los síntomas y signos que pueden indicar la presencia de enfermedad de Alzheimer se corresponden con los abajo descritos y el especialista debe estar en la capacidad de diferenciar si es de inicio precoz, tardío, atípico o mixto, situación para la cual es necesario observar con detenimiento los características presentes y realizar una exploración exhaustiva de las condiciones en las cuales se presentan las manifestaciones patológicas.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para la Enfermedad de Alzheimer de acuerdo al CIE – 10

Criterio	**Descripción**
Cuadro demencial	Presencia de cuadro demencial caracterizado por inicio progresivo, insidioso y lento, presente a partir de los 65 años de edad
Inicio insidioso	El comienzo se caracteriza por ser insidioso y presentar un deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de

	precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco
Carencia presencia en historia clínica	Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).
Carencia de inicio de forma apoplético	Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en las etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).
Nota: En un cierto número de casos, los rasgos de la enfermedad de Alzheimer y los de la demencia vascular pueden estar simultáneamente presentes. Si ambos coinciden claramente deberá hacerse un doble diagnóstico (y codificación). Si una demencia vascular precede a una enfermedad de Alzheimer, es posible que esta última sea imposible de diagnosticar en la práctica clínica. Incluye: Demencia degenerativa de tipo Alzheimer.	

Fuente (OMS, 2018)

2.1.1.1. Funciones cognitivas alteradas en la enfermedad de Alzheimer

De acuerdo al cuadro sintomático presente en la enfermedad de Alzheimer se ha avanzado en el estudio de las regiones cerebrales implicadas y las funciones alteradas en esta afección, al respecto la revisión de literatura sobre el tema arrojó que existen evidencias de las alteraciones en la estructura cerebral de quienes padecen EA. Tal como lo demuestra la investigación efectuada por Raiji y colaboradores **(Raji, López, Kuller, & Carmichael, 2009)**. Al comparar las consecuencias del envejecimiento normal versus las personas con enfermedad de Alzheimer apreciaron que la EA afecta de forma significativa zonas ubicadas en el lóbulo temporal y se superpone a la condición de envejecimiento normal. La condición señalada puede ser apreciada a nivel del hipocampo, espacio en el cual la EZ actúa en las áreas anteriores.

Las manifestaciones regulares del Alzheimer se caracterizan por alteraciones, iniciales en el ámbito de la memoria, particularmente la episódica debido a que se presentan una alteración en el circuito límbicos de la memoria generando como consecuencia la alteración más temprana de esta función. En la medida en que progresa la enfermedad y las lesiones abarcan áreas mayores como por ejemplo las asociativas temporoparietales posteriores, se evidencian alteraciones agnósticas, apráxicos y afásicos, el cuadro continúa acentuándose y a mayor lesión de las estructuras neuronales mayor la perdida de las funciones y la cantidad de estas implicadas.

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer implica la alteración de uno o varios aspectos cognitivos, tal como se detalla en la tabla anexa.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de Enfermedad de Alzheimer de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve
B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios)

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue: Para el trastorno neurocognitivo mayor: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermad de Alzheimer posible.
1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes: a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas). b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas. c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
Para el trastorno neurocognitivo leve: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares
Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes: 1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje. 2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas. 3. Sin declive de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebro vascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

2.2. Alternativas de abordaje al deterioro del lenguaje en Enfermedad de Alzheimer

Los estudios efectuados en pacientes con EA han mostrado que las alteraciones presentes a nivel del lenguaje pueden categorizadas en tres grandes grupos la posibilidad de acceder a nuevas palabras; la capacidad de procesamiento sintáctico y la facultad para coordinar lo que se dice. Cabe señalar que para que exista comunicación debe estar presente un código común para los interlocutores, debe haber presencia entendida como la posibilidad de atender al otro y entenderse los contenidos, también es necesario que lo una de las personas transmite sea importante o por lo menos interesante para la otra persona.

Dentro de las recomendaciones suscitadas en las investigaciones se plantea que el abordaje de los déficits del lenguaje en pacientes con EA debe incluir la formulación de frases cortas y sencillas, emplear un lenguaje concreto, no se debe completar las oraciones o frases por ellos, siempre que exista una comunicación con ellos se debe mantener el contacto visual, verbalizar y gesticular de forma adecuada las palabras, se puede propiciar la comunicación no verbal, ya que llegado un estadio de la enfermedad se pierde por completo la capacidad de habla y solo puede recurrirse a la comunicación no verbal para transmitir aspectos importantes preferiblemente desde el ámbito afectivo (R & Arcos, 2016).

La investigación realizada por (Pérez, 2016) La investigadora realizó un estudio de caso en el cual se planteó como objetivo Cruz y compañera, se focalizaron en abordar el deterioro del lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer, para lo cual efectuaron una valoración de la condición afásica tanto cognitiva como funcional del paciente en los diferentes estadios de la enfermedad, persona atendida en el Servicio Asistencial de Logopedia de la Pontificia Universidad de Salamanca. El paciente fue sometido a varias evaluaciones como Test de cribado de deterioro cognitivo, Examen Cognitivo de Lobo, Mini mental, Evaluación Funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria, Escala de Deterioro Global y Test de Bastón, específicamente para la valoración del lenguaje.

Los resultados obtenidos reflejaron un deterioro significativo a nivel del lenguaje, entre otras perdidas cognitivas, lo cual llevó al planteamiento de un programa de intervención lingüística diseñado tomando en consideración las habilidades comunicativas deterioradas mediante las cuales se refuerzan competencias como la comprensión y expresión del lenguaje. La propuesta se diseña en función de compensar los déficits presentes y se adecua los principios de:

- Sesiones estructuradas con estímulos constantes y predecibles por la paciente
- Omitir los errores o exceso en las correcciones
- Utilizar marcadores para los temas de comunicación contextualizando los mismos
- Respetar los tiempos de respuesta
- Repetir las instrucciones tantas veces como fuere necesario
- Incrementar la comunicación verbal con la no verbal, es decir, emplear códigos
- A nivel de comprensión se abordó:
- Reconocimiento de palabras
- Adecuación de la comprensión de frases en niveles de complejidad
- Expresión: Ejercicios de prácticas buco fonatorias
- Transmisión de frecuencias automatizadas
- Denominación de palabras
- Ordenar frases con complejidad gradual
- Repetición
- Repetir palabras y oraciones necesarias para el funcionamiento cotidiano
- Repetición de lectura
- Lectura global, las frases en conjunto con las palabras
- Toma Dictado
- Realización de Copias
- Asociaciones de figuras y objetos

2.3. Guías terapéuticas

Las guías de prácticas clínicas o terapéuticas constituyen documentos cuyos objetivos se centran en brindar al profesional de la salud herramientas técnicas para efectuar un diagnóstico preciso y abordar una patología determinada, cada país cuenta con sus guías de acuerdo a las principales causas de morbilidad de la población, las cuales son elaboradas en consenso con los profesionales del área, representantes del ente rector, sociedades médicas y especialistas destacados en cada área, jefes de servicios y personal de trayectoria académica y asistencial en el ámbito de experticia.

2.3.1. Guías terapéuticas en caso de deterioro del lenguaje

Debido a la alta prevalencia e incidencia de la EA en todos los países han proliferado las alternativas de apoyo a estas personas aun cuando existió un periodo durante el cual el abordaje era netamente farmacológico, esta condición ha venido cambiando y se han incorporado variables cognitivas y psicosociales en la atención a las personas con EA. En el caso ecuatoriano el Ministerio de Salud Pública presenta dentro de la publicación de las guías de prácticas clínicas una en la cual se aborda de forma general los cuidados paliativos y se incluyen en sus orientaciones los caos de personas con patología crónico degenerativas.

Se pudo acceder a la revisión de la guía planteada por el Ministerio de Salud de España denominada “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias” (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, 2009). El documento presenta como objetivo “Realizar una guía de prácticas clínicas soportada en la evidencia acerca de la atención integral a pacientes con EA y otros tipos de demencia con alcance nacional en donde se ofrecen recomendaciones formuladas de manera ordenada para apoyar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones acerca de la asistencia sanitaria más adecuada, y en base a ello seleccionar las alternativas terapéuticas más propicias para abordar la condición de salud.

CAPITULO III

3. DIAGNOSTICO O RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del trabajo investigativo acerca de las características de la población y muestra, y los resultados de la aplicación del mini examen cognoscitivo

Tabla 4. Distribución de la población/muestra

Institución	Tamaño de la muestra	Porcentaje
Fundación Cottolengo	9	56%
Fundación Funteman	4	25%
Centros geriátricos de Manta	3	19%
Total	**16**	**100**

Fuente: Base de datos de los centros

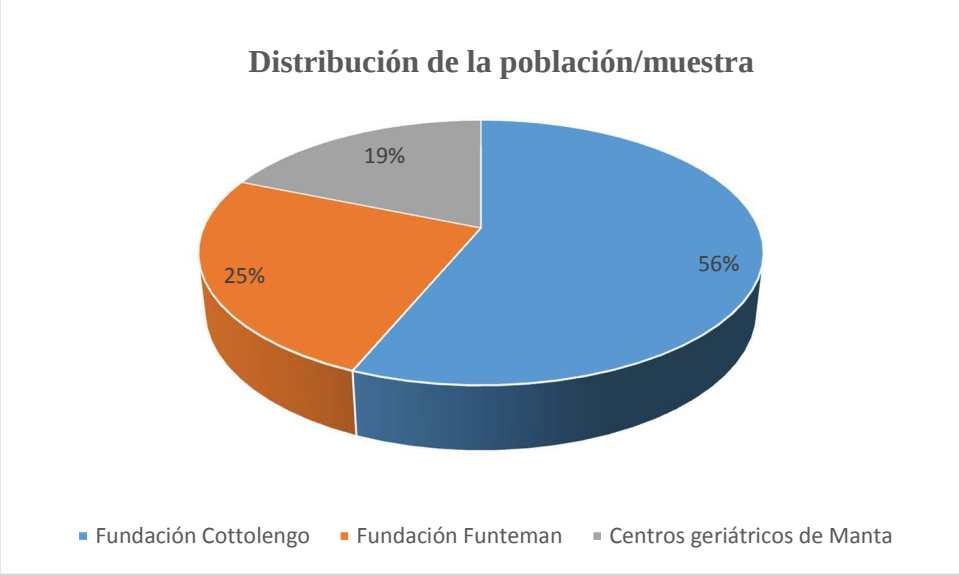


Gráfico 1. Distribución de la población muestra

Fuente: Base de datos de los centros

Análisis:

La población y muestra que conformó la presente investigación estuvo conformada por 16 personas en condición de institucionalización, es decir, recluidos en los centros arriba mencionados. Porcentualmente se obtuvo que el 56% pertenece a la fundación Cottolengo, 25% a la fundación Funteman, y 25% al centro geriátrico de Manta. Datos que evidencian ser la

fundación Cottolengo donde existen mayor cantidad de pacientes, mientras que en los otros establecimientos se aprecia una menor proporción.

Interpretación:

De los centros que conforman la muestra del presente estudio es la fundación Cottolengo el lugar donde se concentra la mayor cantidad de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en la ciudad de Manta.

Tabla 5: Distribución por género de los pacientes evaluados

Género	N. Evaluados	Porcentaje
Hombres	4	25%
Mujeres	12	75%
Total	**16**	**100**

Fuente: Base de datos de los centros

Gráfico 2. Distribución de los pacientes evaluados por sexo

Fuente: Base de datos de los centros

Análisis:

Los resultados de la distribución por sexo de los pacientes que formaron parte de la muestra evidencian que un 75% se encuentra representada por las mujeres y 25% por los hombres.

Interpretación:

La mayor representación de la muestra se conformó por el género femenino con un porcentaje elevado (75%) con respecto a los hombres (25%). Lo que evidencia que la población femenina de esta muestra se encuentra más afectada por la enfermedad de Alzheimer que los hombres.

Tabla 6. Puntajes obtenidos en el mini examen cognoscitivo

Puntaje	Pacientes	Porcentaje
Puntaje 0	2	13%
Puntaje 16	3	19%
Puntaje 17	1	6%
Puntaje 19	3	19%
Puntaje 21	1	6%
Puntaje 23	5	31%
Puntaje 24	1	6%
Total	16	100

Fuente: Protocolos de la aplicación del mini examen cognoscitivo

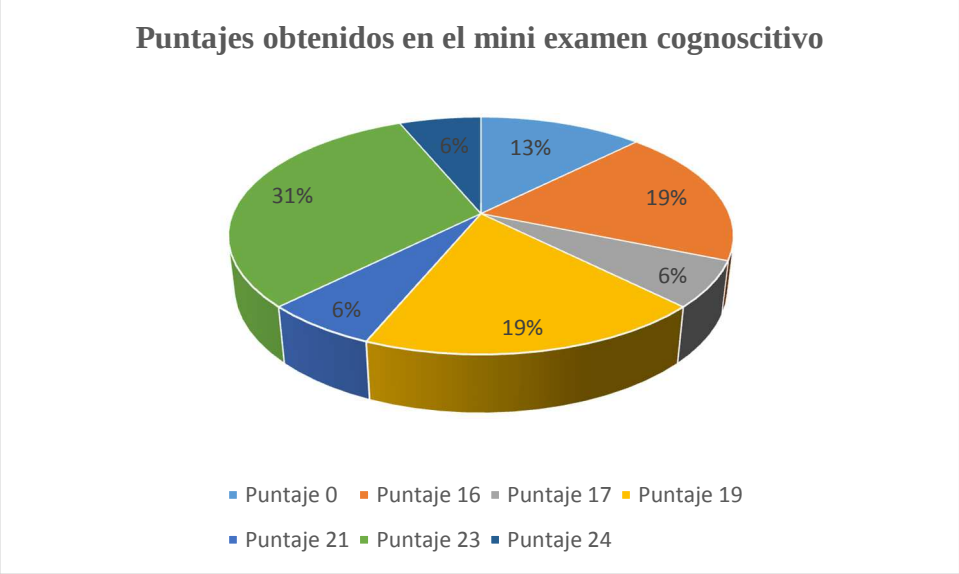


Gráfico 3. Puntajes obtenidos en el mini examen cognoscitivo

Fuente: Protocolos de la aplicación del mini examen cognoscitivo

Análisis:

Los resultados de las puntuaciones obtenidas en el mini examen cognoscitivo muestran que el 31% de los pacientes obtuvo una puntuación de 23 puntos; seguido de quienes alcanzaron 16 y 19, ambos grupos con 15% de porcentaje; luego se encuentran quienes lograron 24 puntos representados por un 6% de la muestra y finalmente quienes no alcanzaron a puntuar u obtuvieron 0 puntos, es decir un 13% de la muestra.

Interpretación:

Los puntajes obtenidos en el mini examen cognoscitivo muestran que en su mayoría los pacientes presentan deterioro cognitivo ya que las puntuaciones son bajas, lo cual es sugestivo de alteraciones en la esfera cognitiva y amerita evaluaciones más exhaustivas e intervención en las áreas evaluadas.

Tabla 7. Áreas alteradas de acuerdo al mini examen cognoscitivo

Áreas	Pacientes	Porcentaje
Orientación en el tiempo y espacio	3	19%
Fijación	1	6%
Concentración y calculo	1	6%
Memoria	6	38%
Lenguaje y construcción	5	31%
Total	**16**	**100%**

Fuente: Protocolos de la aplicación del mini examen cognoscitivo

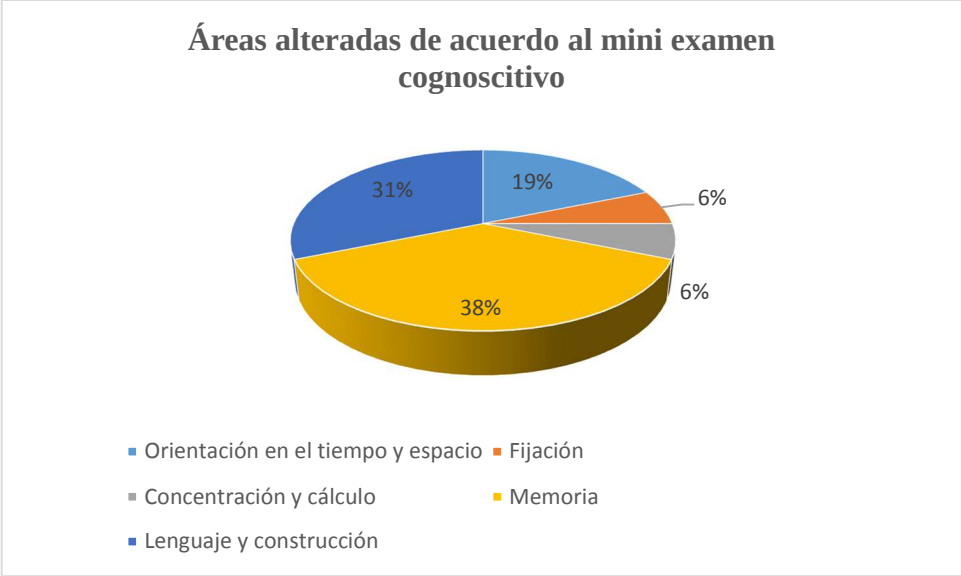


Gráfico 4. Áreas alteradas de acuerdo al mini examen cognoscitivo

Análisis:

Los resultados de acuerdo a las alteraciones cognitivas de los pacientes evaluados demuestran que el 38% presenta déficits a nivel de memoria, 31% en el lenguaje y construcción; 19% a

nivel de la orientación en tiempo y espacio y un 6% en las habilidades de concentración, concentración y cálculo.

Interpretación:

La evaluación de las áreas afectadas de acuerdo al mini examen cognoscitivo muestra que el porcentaje más elevado de pacientes (38%) presentan deterioro a nivel de memoria, 31% presenta alteraciones en el lenguaje y loso demás tienen alteradas la capacidad de fijación, atención, concentración y ubicación en tiempo y espacio. Datos que correlacional con los estudios donde se demuestra la afectación de la enfermedad de Alzheimer a todas funciones cognitivas de la persona.

CAPITULO IV

4. DISCUSIÒN

De acuerdo la investigación efectuada por Raiji y colaboradores **(Raji, López, Kuller, & Carmichael, 2009)**. Al comparar las consecuencias del envejecimiento normal versus las personas con enfermedad de Alzheimer apreciaron que la Enfermedad del Alzheimer afecta de forma significativa zonas ubicadas en el lóbulo temporal y se superpone a la condición de envejecimiento normal. La condición señalada puede ser apreciada a nivel del hipocampo, espacio en el cual la Enfermedad del Alzheimer actúa en las áreas anteriores. Los resultados de la presente investigación mediante la aplicación del mini examen cognoscitivo, se constató la presencia de alteraciones cognitivas en todos los pacientes atendidos en los centros fundaciones Cottolengo, Funteman, Centro Geriátrico de Manta.

Diferentes estudios señalan que las alteraciones de lenguaje en la enfermedad de Alzheimer se presentan desde etapas tempranas de la patología, evidenciándose mediante las denominaciones, complicaciones audiologías, fluidez del lenguaje la cual se presenta coartada y aparecen las parafrasias semánticas, llegando en última instancia a alterarse la comprensión escrita, sin embargo, la capacidad de articulación y repetición se conserva hasta bastante desarrollada la enfermedad. Las alteraciones más pronunciadas se evidencian a nivel fonológico y fonético, léxico y semántico, sintáctico y pragmático (Szatloczki, Hoffman, Vincze, & Kalman, 2015).

En una investigación efectuada por Mesulman (Mesulam, Weintraub, Rogalski, Wieneke, & Geula, 2014), en un grupo de pacientes con afasia progresiva primaria con un 45% de presencia de enfermedad de Alzheimer y alteración frontotemporal. Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer mostraron afasia progresiva primaria con múltiples características atípicas ya que se evidenció en el caso de los hombres una actividad neurofrilar más intensa en el hemisferio asociado al lenguaje, la presencia de afasia se caracterizó por logopenia en los pacientes con Alzheimer y agramatismo para las otras patologías. Los resultados evidenciaron manifestaciones logopédicas presentes en niveles poco pronunciados. Los

autores concluyeron en la necesidad de continuar estudiando las afasias progresivas primarias en los pacientes con Alzheimer.

En concordancia con los resultados presentados en las investigaciones mencionadas la presente pudo apreciar la alteración en el lenguaje en el 31% de los pacientes que conformaron la muestra, dificultades que se aprecian a nivel de la construcción de frases y en la coherencia de las estructuras de las oraciones. Argumentos que soportan la necesidad de abordar dichas manifestaciones.

CAPITULO V

5. DISEÑO DE LA PROPUESTA

5.1. Denominación de la propuesta

Guía Terapéutica para el abordaje del deterioro del lenguaje en pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Objetivo general:

Proporcionar una herramienta terapéutica para el abordaje del deterioro del lenguaje en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Objetivos específicos:

- Presentar ejercicios prácticos para el fortalecimiento de la memoria semántica en la primera fase de la enfermedad de Alzheimer.
- Presentar ejercicios prácticos para el fortalecimiento de las alteraciones léxico semánticas.
- Presentar ejercicios prácticos para el fortalecimiento de la memoria semántica en la tercera fase de la enfermedad de Alzheimer.
- Brindar herramientas para apoyar la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer, mientras puedan mantenerse funcional.

5.2. Fundamentación de la propuesta

La enfermedad de Alzheimer constituye una de las demencias con mayor prevalencia en la población en el ámbito mundial y nacional. Razón por la que es necesario establecer medidas para el abordaje de los déficits que presentan estas personas, particularmente en una de las áreas más significativas como es el lenguaje, ya que se ha demostrado ser de las primeras en evidenciar el deterioro de los pacientes.

En Ecuador las cifras acerca de las demencias y del Alzheimer, son dispersas, no obstante, de forma general excede al millón de personas tal como lo reportó en el 2017 la Cartera de

Inclusión Económica del País, las cifras ascendían a 1.180.194 personas con ese cuadro diagnóstico Barreiros, (Barreiros, 2017) mientras que los datos detallados por provincias mostraron en Manabí una prevalencia de Alzheimer del 7,5% según información proveniente del INEC para el 2015 (INEC, 2015). Situación significativa tomando en cuenta la esperanza de vida de la población general y las patologías asociadas como son las enfermedades cerebrovasculares, ubicándose en el cuarto lugar de mortalidad para la población masculina y tercero para la femenina de acuerdo a los reportes del INEC durante el 2017 (INEC, 2018). Esta información lleva a deducir la alta prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, en la población ecuatoriana.

En Ecuador las cifras acerca de las demencias y en particular el Alzheimer, son dispersas, no obstante, de forma general excede al millón de personas tal como lo reportó en el 2017 la Cartera de Inclusión Económica del País, las cifras ascendían a 1.180.194 personas con ese cuadro diagnóstico (Barreiros, 2017), mientras que los datos provinciales mostraron en la provincia de Manabí una prevalencia de Alzheimer del 7,5% según los datos del INEC para el 2015 (INEC, 2015). Condición significativa tomando en cuenta la esperanza de vida de la población general y una patología asociada como son las enfermedades cerebrovasculares ubicándose en el cuarto lugar de mortalidad para la población masculina y tercero para la femenina de acuerdo a los reportes del INEC durante el 2017 (INEC, 2018).

Las alteraciones de lenguaje en la enfermedad de Alzheimer se presentan desde etapas tempranas de la patología, evidenciándose mediante las denominaciones, complicaciones audiologías, fluidez del lenguaje la cual se presenta coartada y aparecen las parafrasias semánticas, llegando en última instancia a alterarse la comprensión escrita, sin embargo, la capacidad de articulación y repetición se conserva hasta bastante desarrollada la enfermedad. Las alteraciones más pronunciadas se evidencian a nivel fonológico y fonético, léxico y semántico, sintáctico y pragmático (Szatloczki, Hoffman, Vincze, & Kalman, 2015).

La actual propuesta, presenta herramientas para el abordaje del deterioro del lenguaje en sus diferentes etapas busca aportar actividades concretas que permitan atenuar el deterior sobre el lenguaje en un grupo de pacientes con esta condición ya que está demostrado por un lado que aquellas personas con mayor empleo de sus facultades cognitivas retardan el proceso de deterior y por otro lado, recurriendo al concepto de plasticidad cerebral, al darle uso a dichas

funciones también se apoyará la permanencia de esta facultad y propiciará la calidad de vida estas personas.

La aplicación de la guía “Alas” contribuirá con la mejora de la calidad de vida de los pacientes que padecen Alzheimer, y cuyas funciones lingüísticas se encuentran comprometidas, apoyándolos en sus relaciones interpersonales. De igual forma, como ya lo mencionamos, contribuirá a que los profesionales del área, cuenten con una herramienta que podrán socializar en espacios técnicos mejorando su desempeño laboral y la calidad y eficacia del trabajo realizado.

5.3. Resultados esperados de la propuesta

Se aspira con la utilización de esta guía los y las profesionales puedan contar con una herramienta practica que apoye el mantenimiento de las funciones verbales y como consecuencia el retraso en el deterioro del lenguaje de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

6. Conclusiones

- Los pacientes con enfermedad de Alzheimer atendidos en las fundaciones Cottolengo, Funteman, Centro Geriátrico de Manta, presentan deterioro en las funciones cognitivas principalmente las asociadas a memoria, lenguaje, alteración en el tiempo y espacio, fijación, concentración y cálculo.
- Las alteraciones del lenguaje se evidenciaron en el 31% de los pacientes representantes de la muestra de la presente investigación.
- De acuerdo a los resultados obtenidos a nivel de alteraciones del lenguaje de la muestra estudiada se propone el uso de una guía terapéutica para el abordaje de los déficits observados.
- Los profesionales de las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta, expresaron su aceptación al uso de la guía terapéutica en los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

7. Recomendaciones

- Profundizar en los déficits específicos que presentan los pacientes para formular planes de intervención individualizados de acuerdo a sus necesidades
- Utilizar la guía terapéutica ALAS en el abordaje del deterioro del lenguaje presente en los pacientes de las fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta.
- Realizar de forma organizada y sistemática los ejercicios propuestos en la guía y medir la efectividad de las actividades realizadas con los pacientes de fundaciones Cottolengo, Funteman y Centro Geriátrico de Manta.

8. Referencias Bibliográficas

Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (1era ed.). (2009). Barcelona: Gobierno de España.

Ardila, A. (2006). *Las afasias.* Madrid: Universidad Internacional de Florida.

Ardila, A. y. (2007). *Manual de neuropsicología clínica.* México: Manual Moderno.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de enfermedades* (5º Edición ed.). Washignton: American Psychiatric Publishing.

Barreiros, A. (2017). *Eficiencia del arteterapia como vía terapéutica para el mantenimiento de la grafomotricidad en adultos mayores con demencia de Alzheimer*. Trabajo de grado para optar al título de enfermeria, Universidad Central del Ecuador, Ciencias de la Discapacidad, Quito.

Berthier, M., Gree, H., Juárez, R., & Lara, J. y. (2014). *Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia*. Madrid: TEA Ediciones.

Del Brutto, O., Mera, R., & Zambrano, M. y. (2017). Deterioro cognitivo: prevalencia y correlatos en una comunidad rural Ecuatoriana. Lecciones del Proyecto Atahualpa. *Rev Ecuat Neurol*, 164 - 178.

INEC. (2015). *Anuario camas y egresos hospitalarios 2015.* Anuario, Instituto Nacional de Estadísticas y Cesnsos, Estadísticas Vitales, Quito.

INEC. (2018). Recuperado el 30 de Octubre de 2019, de Estadísticas Vitales: Registros de Nacidos vivos y defunciones 2017: Recuperado por: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf

López, M. (1998). *Evaluación Neuropsicológica.* Caracas: CDCH.

Louwersheimer, E. y. (2016). Heterogeneous Language Profiles in Patients with Primary Progressive Aphasia due to Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis*, 581-90.

Mavrodaris, A., & Powell, J. y. (2013). La prevalencia de la demencia y el deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática. *Boletín de la OMS*, 717 - 796.

Mesulam, M., Weintraub, S., Rogalski, E., Wieneke, C., & Geula, C. y. (2014). Asymmetry and heterogeneity of Alzheimer's and frontotemporal pathology in primary progressive aphasia. *Brain*, 1176-92.

OMS. (2018). *CIE - 10* (10 décima ed.). Ginebra: OMS.

OMS. (2019). Recuperado el 30 de Octubre de 2019, de Demencia: Recuperado por: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Pérez, M. y. (2016). Abordaje de la comunicación en un caso de Alheimer de variante linguistica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2).

R, N., & Arcos, C. y. (s/f de 2016). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Comun Salud, 7*(2).

Raji, C., López, O., Kuller, L., & Carmichael, O. y. (Dec de 2009). Age, Alzheimer disease, and brain structure. *Neurology, 73*(22).

Saussure, F. (2006). *Escritos sobre lingüística general.* Barcelona: Gedisa.

Szatloczki, G., Hoffman, I., Vincze, V., & Kalman, J. y. (2015). Speaking in Alzheimer’s disease, is that an early sign? importance of changes in language abilities in Alzheimer’s disease. *Frontiers in Aging Neuroscience* , 1 - 7.

Taylor, J., & Stinnett, M. y. (2018). *Neuroanatomy, Broca Area.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC.

World Health Organization. (2012). Recuperado el 13 de Nov de 2019, de Dementia: A public health priority: Recuperado por: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012

ANEXOS

ANEXO 1. OFICIOS PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES

Uleam
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Terapia de Lenguaje
Facultad Ciencias Médicas

Manta. 24 de octubre del 2019
Of N° 186- FCM.T-L 19

Ing.
Maribel Almeida
Sub directora del centro Geriátrico de Manta
E.S.D

Reciba cordiales saludos de la Universidad **"Laica Eloy Alfaro de Manabí"**. Por medio de la presente deseamos solicitar formalmente su cooperación y autorización para que las estudiantes **Delgado Lucas Ana Corina C.I 135006615-3** y **Quiñonez Tenorio Angela Fernanda C.I 080375662-6** alumnas de la carrera de Terapia de Lenguaje, quienes están realizando su trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciadas en Terapia de Lenguaje, puedan realizar la actividad de evaluación e investigación correspondiente a su proceso de titulación con los adultos mayores de la fundación que usted acertadamente dirige.

El trabajo de titulación denominado "Deterioro del lenguaje, y aplicación de guía terapéutica ALAS en pacientes con Alzheimer" como parte del proceso de investigación las estudiantes deberán realizar una evaluación a los adultos mayores del mencionado programa.

Agradecemos de antemano su atención a la presente.

Atte.

Mg. María Elena Carreño A.
Coordinadora de la Carrera Terapia de Lenguaje.

MANTA | PATRONATO MUNICIPAL
SUBDIRECCIÓN DE GERIATRÍA
RECIBIDO
FIRMA

Terapia de Lenguaje
Facultad Ciencias Médicas

Manta, 24 de octubre del 2019

Of. N°. 184- FCM.T-L 19

Sor.

Mary Soshiyath.

Coordinadora Operacional de la Fundación ´´Cottolengo´´

E.S.D

Reciba cordiales saludos de la Universidad **"Laica Eloy Alfaro de Manabí".** Por medio de la presente deseamos solicitar formalmente su cooperación y autorización para que las estudiantes **Delgado Lucas Ana Corina C.I 135006615-3** y **Quiñonez Tenorio Angela Fernanda C.I 080375662-6** alumnas de la carrera de Terapia de Lenguaje, quienes están realizando su trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciadas en Terapia de Lenguaje, puedan realizar la actividad de evaluación e investigación correspondiente a su proceso de titulación con los adultos mayores de la fundación que usted acertadamente dirige.

El trabajo de titulación denominado "Deterioro del lenguaje, y aplicación de guía terapéutica ALAS en pacientes con Alzheimer" como parte del proceso de investigación las estudiantes deberán realizar una evaluación a los adultos mayores del mencionado programa.

Agradecemos de antemano su atención a la presente.

Atte.

Mg. María Elena Carreño A.

Coordinadora de la Carrera Terapia de Lenguaje.

Terapia de Lenguaje
Facultad Ciencias Médicas

Manta, 24 de octubre del 2019

Of. N°. 185- FCM.T-L 19

Sra.

Eulalia Loor.

Presidenta de la Fundación ´´FUNTEMAN´´

E.S.D

Reciba cordiales saludos de la Universidad **"Laica Eloy Alfaro de Manabí".** Por medio de la presente deseamos solicitar formalmente su cooperación y autorización para que las estudiantes **Delgado Lucas Ana Corina C.I 135006615-3** y **Quiñonez Tenorio Angela Fernanda C.I 080375662-6** alumnas de la carrera de Terapia de Lenguaje, quienes están realizando su trabajo de titulación previo a la obtención del título de licenciadas en Terapia de Lenguaje, puedan realizar la actividad de evaluación e investigación correspondiente a su proceso de titulación con los adultos mayores de la fundación que usted acertadamente dirige.

El trabajo de titulación denominado "Deterioro del lenguaje, y aplicación de guía terapéutica ALAS en pacientes con Alzheimer" como parte del proceso de investigación las estudiantes deberán realizar una evaluación a los adultos mayores del mencionado programa.

Agradecemos de antemano su atención a la presente.

Atte.

Mg. María Elena Carreño A.

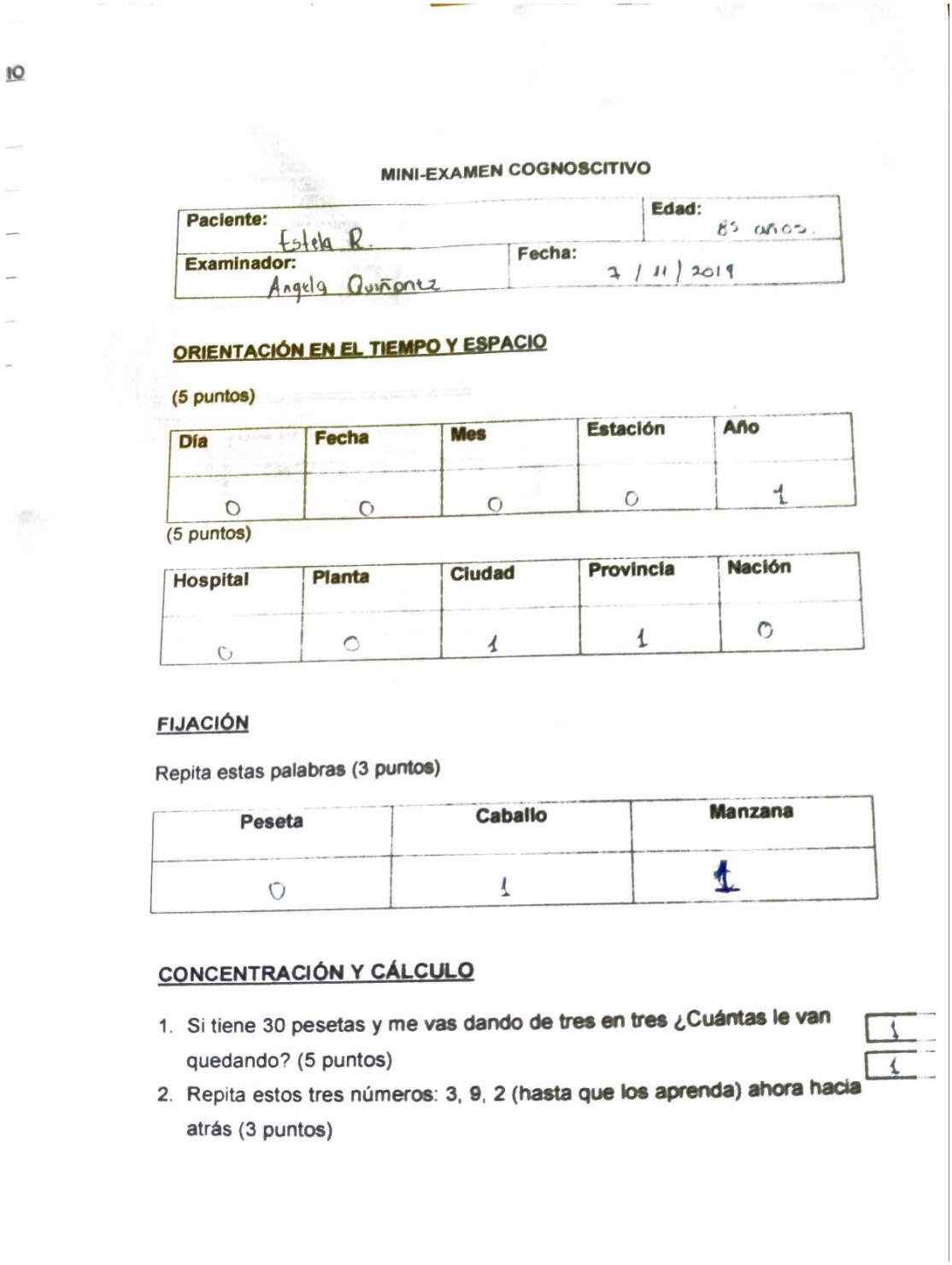
Coordinadora de la Carrera Terapia de Lenguaje.

25/10/2019

ANEXO 2. APLICACIÓN DE MINI EXAMEN COGNOSCITIVO EN LAS DIFERENTES FUNDACIONES

ANEXOS 3 CHARLAS Y APLICACIÓN DE GUIA TERAPEUTICA

ANEXO 4. MUESTRAS DEL MINI EXAMEN COGNOSCITIVO



MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO

Paciente: Estela R.	Edad: 83 años.
Examinador: Angela Quiñonez	Fecha: 7/11/2019

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO

(5 puntos)

Día	Fecha	Mes	Estación	Año
0	0	0	0	1

(5 puntos)

Hospital	Planta	Ciudad	Provincia	Nación
0	0	1	1	0

FIJACIÓN

Repita estas palabras (3 puntos)

Peseta	Caballo	Manzana
0	1	1

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

1. Si tiene 30 pesetas y me vas dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando? (5 puntos) — 1
2. Repita estos tres números: 3, 9, 2 (hasta que los aprenda) ahora hacia atrás (3 puntos) — 1

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

Peseta	Caballo	Manzana
0	1	1

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

1. ¿Qué es esto? (2 puntos)

Bolígrafo	Reloj
1	1

2. Repita esta frase (1 punto)

En un trigal había cinco perros [1]

3. ¿Qué son? (3 puntos)

Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? [1]

¿Que són el rojo y el verde? [1]

¿Que son un perro y un gato? [1]

4. Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

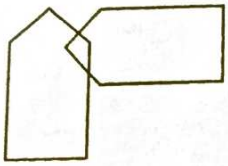
[1]

5. Lea esto y haga lo que dice: (1 punto)

CIERRE LOS OJOS [1]

6. Escriba una frase como si estuviera contando algo (1 punto)

0

7. Copie este dibujo (1 punto)

total 16 pts