



DESAFÍOS Y AVANCES DE LA REHABILITACIÓN EN SALUD PÚBLICA.

XI Jornadas del Hospital Dr.J.M.Jorge

TITULO DELTRABAJO: “Más allá del Lenguaje”

AUTORA: Lic Florencia Schilder

Contacto: florenciaschilder@hotmail.com

UNIDAD DE FONOAUDIOLOGIA-HOSPITAL DR. J. M JORGE

PALABRAS CLAVES :TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS, LENGUAJE, PERFILES COGNITIVOS

INSTITUCIÓN : Hospital Dr.J.M.Jorge

RESUMEN:La Demencia se describe como un término general que implica un deterioro cognitivo tanto del Lenguaje como de otras funciones cerebrales superiores. Puede afectar en formas diferentes y comprometer diversos aspectos de la vida cotidiana. En Argentina existe una alta prevalencia: de 10 % (encabezada por el Alzheimer (con un 5.85), seguido por las demencias vasculares con un 3.86 y luego las específicas con un 2.47) en mayores de 65 años, tanto en población urbana como rural. Específicamente en nuestra población hospitalaria, mayoritariamente podemos observar trastornos vasculares, (influenciados por el nivel de instrucción) que se manifiestan a través de trastornos cognitivos que exceden al lenguaje.

OBJETIVOS: A partir de lo mencionado, el presente trabajo consiste en definir y caracterizar a la demencia y deterioro cognitivo, exponer clasificaciones etiológicas, conocer los factores de riesgo, describir perfiles cognitivos que permitirán identificar el patrón de funcionamiento cognitivo (para colaborar con la realización de un diagnóstico diferencial).

CONCLUSION: Como conclusión se postula que a través del diseño de una apropiada estimulación cognitiva adaptada al paciente y sus necesidades, y focalizando sobre el conocimiento de los factores de riesgo, es posible enlentecer el deterioro cognitivo y

funcional a fin de favorecer el desempeño y comunicación en la vida cotidiana de los pacientes, y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Más allá del Lenguaje

Introducción

La Demencia se describe como un término general que implica un deterioro cognitivo tanto del Lenguaje como de otras funciones cerebrales superiores. Puede afectar en formas diferentes y comprometer diversos aspectos de la vida cotidiana. Según un trabajo de investigación realizado en Argentina existe una prevalencia del 10 % encabezada por el Alzheimer (con un 5.85), seguido por las demencias vasculares (con un 3.86) y luego las específicas (con un 2.47) en mayores de 65 años, tanto en población urbana como rural. Garre-Olmo, J. (2018).

Específicamente en nuestra población hospitalaria, se observaron trastornos de origen vascular (influenciados por características sociodemográficas y culturales), que pueden incluir un inicio brusco, evolución fluctuante, síntomas neurológicos focales. Estos pueden generar dificultades transitorias en el lenguaje, pero en ocasiones éstas pueden exceder al lenguaje, y hacer pensar acerca de un deterioro progresivo. Por este motivo identificar la etiología nos permite conocer el pronóstico. Si bien es cierto que no todos los pacientes con lesiones vasculares desarrollan una demencia, citando a Scheimberg, de 1998, Mangone y colaboradores describen que “Algunos a parámetros tales como el volumen del tejido lesionado, localización de las lesiones y muy especialmente la bilateralidad de las mismas, parecerían jugar un rol importante en este sentido”. Además también toma el concepto de Hersey, de 1987, en el que establece que “la presencia de atrofia central y cortical o dilatación ventricular en las imágenes, podría comportarse como elemento predictivo de evolución a síndrome demencial” Mangone, C., Allegri, R. F., Arizaga, R. L., & Ollari, J. A. (1997).

Pero también pueden existir alteraciones progresivas específicas que comienzan con dificultades en el Lenguaje, como por ejemplo las causadas por Demencia Frontotemporal, definida como una Enfermedad clínico-patológica que se caracteriza por un deterioro PROGRESIVO de la personalidad y/o del lenguaje asociado a la atrofia de los lóbulos frontales (VARIANTE CONDUCTUAL) y/o temporales anteriores. Las Variantes Temporales son conocidas como Afasias Progresivas Primarias, cuyas características son: comienzo insidioso y progresión gradual en el lenguaje y déficits restringidos al lenguaje por al menos 2 años. Antunes, E. B., Lima, B., Rodrigues, J., Neto, H., Correia, S., & Santos, S. (2010).

Dada la variabilidad de la casuística observada, y las características observadas, durante el presente trabajo, se definirá y caracterizará a la demencia y deterioro cognitivo, se expondrán clasificaciones etiológicas, se conocerán los factores de riesgo, así como se describirán perfiles cognitivos que permitirán identificar el patrón de funcionamiento cognitivo..

Además se mencionará la importancia de realizar una Evaluación NeuroCognitiva, objetivos entre los cuales, según menciona Mangone y colaboradores , se incluye: detectar precozmente a la demencia, colaborar en la realización de un diagnóstico diferencial, en la medición del grado de severidad , progresividad y de una base para comprar los efectos del tratamiento . Mangone, C., Allegri, R. F., Arizaga, R. L., &Ollari, J. A. (1997).

Permite caracterizar el funcionamiento cognitivo de funciones cerebrales como : GNOSIAS, PRAXIAS, LENGUAJE, FX EJECUTIVAS, MEMORIA, ATENCION para obtener un perfil de rendimiento, a través del detalle de alteraciones, y de esta manera conocer fortalezas y debilidades. Es importante aclarar que por sí sola no permite hacer Diagnóstico, sino que se requiere complementar con estudios anátomo-clínicos.

Luego se postula la contempla la posibilidad que ofrece dicha evaluación para realizar una estimulación cognitiva adecuada y específica, acorde a sus necesidades a fin de favorecer el desempeño y comunicación en la vida cotidiana de los pacientes, para mejorar su calidad de vida, enlenteciendo y compensando su deterioro cognitivo y funcional.

En un primer momento Mangone, en su obra de 1997 menciona la definición establecida por Cummings y Benson (1992) que habla de Deterioro cognitivo adquirido de las funciones intelectuales respecto de un estado anterior conocido o estimado, suficiente para interferir ampliamente con las actividades del diario vivir, no referida a una sino a tres categorías de performance intelectual, y que es independiente del nivel de conciencia. Dicho deterioro debe ser sostenido por la evidencia histórica, documentado por la evaluación neuropsicológica, lo más completa y detallada posible, efectuada con instrumentos de evaluación cuantificables y reproducibles, respecto de los cuales existan datos normativos disponibles.(Se consideran al menos 3 de las siguientes funciones:Lenguaje, Memoria, Habilidades visoespaciales, Personalidad/conducta y Cognición (fx ejecutivas, abstracción, cálculo,juicio).Mangone, C., Allegri, R. F., Arizaga, R. L., &Ollari, J. A. (1997).

El CIE-10 se refiere a la demencia como un Deterioro de la memoria (registro-almacenamiento y evocación), Deterioro del pensamiento y razonamiento (para cambiar el foco atencional-reducción del flujo de ideas, dificultad para manipular más de un estímulo a la vez), con Interferencia en la vida cotidiana, Nivel de conciencia normal y Deficiencias durante al menos 6 meses.

El DSM V se refiere a TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MENOR (DCL)Y MAYOR (DEMENCIA) Trastornos neurocognitivos: se dividen en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor.

Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas- visuoconstructivas y cognición social.

El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se diferencian en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente.

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo menor.

A- Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:

1- Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.

2- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B- Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

C- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D- Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo mayor.

Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1-Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas

2- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente

B- Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)

C- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D- Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

También se considera la escala de Deterioro global de Reisberg (GDS), a partir de la que se incluyen los estadios de la demencia según el grado de deterioro.

En la Fase 1 no existe ningún declive cognitivo. La persona tiene una función normal, no experimenta la pérdida de la memoria, y es sano mentalmente.

En la fase 2 se observa un declive cognitivo muy leve. Esta fase se usa para describir el olvido normal asociado con el envejecimiento; por ejemplo, olvidarse de los nombres y de donde se ubican los objetos familiares. Los síntomas no son evidentes a los seres queridos ni al médico.

La Fase 3 se corresponde con Declive cognitivo leve. Esta etapa incluye la falta de memoria creciente, dificultad leve que concentra el funcionamiento de trabajo disminuido. Las personas presentan dificultad para encontrar las palabras correctas. En esta etapa las personas del entorno advierten una declinación cognoscitiva. La duración media es 7 años antes del inicio de la demencia.

La Fase 4 incluye Declive cognitivo moderado en la que se observan dificultades para concentrarse, una disminución de la habilidad de acordarse de los eventos recientes, y dificultades de manejar las finanzas o de viajar solo a lugares nuevos. La gente tiene problemas llevando a cabo eficientemente/con precisión las tareas complejas. Puede no querer reconocer sus síntomas. También la gente puede recluirse de los amigos y de la familia porque las interacciones sociales se hacen más difíciles. En esta etapa un médico puede notar problemas cognitivos muy claros durante una evaluación y entrevista con el paciente. Duración promedio: 2 años.

En la Fase 5 se observa un Declive cognitivo moderadamente severo. La gente en esta fase tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda a completar las actividades diarias (vestirse, bañarse, preparar la comida). La pérdida de la memoria se destaca más que antes y puede incluir aspectos importantes de la vida actual; por ejemplo, puede ser que la persona no recuerda su domicilio o número de teléfono. También puede que no sepa la hora, el día, o donde está. Duración promedio: 1,5 años

La Fase 6 se corresponde con un Declive cognitivo severo (la demencia media) Las personas en esta fase requieren ayuda extensiva a hacer las actividades diarias. Empiezan a

olvidar los nombres de los miembros de la familia y tienen muy poco recuerdo de los eventos recientes. Muchas personas solamente pueden recordar algunos detalles de la vida temprana. También tienen dificultades de contar atrás de 10 y de llevar a cabo las tareas. La incontinencia (la pérdida del control de la vejiga o de los intestinos) es un problema en esta fase. Cambios de la personalidad tales como el delirio (creer algo que no es verdad), las compulsiones (repetir una actividad, como limpiar), la ansiedad o la agitación pueden ocurrir. Duración promedio: 2,5 años.

En la Fase 7 se observa Declive cognitivo muy severo (la demencia avanzada) Las personas en esta fase esencialmente no tienen la habilidad de hablar ni de comunicarse. Requieren ayuda con la mayoría de las actividades (p.ej., usar el baño, comer). A menudo pierden las habilidades psicomotrices, por ejemplo la habilidad de caminar. Duración promedio: 2,5 años.

Mangone y colaboradores, en su libro de 1997, citando a criterios de Ferris, et al 1989, mencionan características de los trastornos de memoria relacionados con la edad. En muchas ocasiones la población de adultos mayores puede referir quejas sobre trastornos mnésicos, que en ocasiones no suelen correlacionarse con el rendimiento en los tests de memoria). Tal es así que los cambios cognitivos de la vejez se relacionan con:

- Dificultades vinculadas a cuadros de depresión o ansiedad. (que puede afectar directamente la capacidad de atención, concentración y memoria por falta de práctica en pruebas cognitivas, uso ineficiente de estrategias cognitivas o falta de motivación)
- Evidencia de adecuado funcionamiento intelectual y cognitivo en otras áreas
- Puntajes de desempeño en las pruebas de memoria de un desvío standard por debajo del rendimiento standarizado para población de sujetos jóvenes.

Además es importante diferenciar estos trastornos del Smeconfusional agudo (delirium o Smeconfusional), trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores que de manera aguda, transitoria y global producen alteración del nivel de conciencia. Esta alteración en el estado mental se caracteriza por ser aguda y reversible. También es importante diferenciarlos de depresión o afecciones psiquiátricas mayores, historia de TEC, enfermedades infecciosas o inflamatorias, alcoholismo o dependencia de drogas. Mangone, C., Allegri, R. F., Arizaga, R. L., & Ollari, J. A. (1997).

Se incluyen también las clasificaciones etiológicas, (Gustafson, L. "Clinical Classification of dementia conditions". Acta Neurol. Scand. 1992; Supl. 139: 16-20), entre las que se incluyen las demencias vasculares, que pueden incluir un inicio brusco, evolución fluctuante, síntomas neurológicos focales y presencia de factores de riesgo vascular (el más importante es la hipertensión, aunque no hay que pasar por alto la diabetes mellitus, el tabaquismo y la obesidad), a diferencia de las demencias degenerativas. Las demencias

degenerativas primarias entre las que se encuentran las corticales, subcorticales y mixtas son causadas por un trastorno que afecta de modo primario al SNC,.

Las Demencias secundarias son procesos patológicos intra o extracerebrales, tratables y frecuentemente reversibles si se identifican precozmente.

A continuación se exponen las clasificaciones etiológicas (Kaufer Cummings, 1997). Dentro de las Demencias degenerativas primarias se encuentran las corticales-subcorticales-mixtas. Entre las Demencias corticales pueden incluirse a la Enfermedad de Alzheimer, la APP (Afasia-Apraxia), la Degeneración cortical posterior: inicio focal (agnosia-apraxia). Dentro de las demencias subcorticales se describe a la Enfermedad de Parkinson, Parálisis supranuclear progresiva, Degeneración estrionígrica, Síndrome ShyDrager, Degeneración espinocerebelosa, Calcificación idiopática de ganglios basales y Enfermedad de Huntington.

Las Demencias mixtas (córtico-subcorticales) incluyen a la ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica), Enfermedad de Cuerpos de Lewy difusos, Degeneración córtico-basal, Leucodistrofias y EM

A partir de determinadas características compartidas por grupos afectados, Mangone describe los siguientes patrones:

Los patrones corticales se caracterizan por alteraciones de memoria (almacenamiento), fluencia, del juicio y razonamiento, alteraciones visoconstructivas y visoespaciales, acalculia+ alt. Afasia-apraxia-agnósicas.

El patrón subcortical se caracteriza por: enlentecimiento de tipo general, dificultad en la recuperación en la Memoria episódica en los procesos de evocación (memoria semántica conservada), Cambios de personalidad : indiferencia-apatía-alteraciones del humor . Mangone, C., Allegri, R. F., Arizaga, R. L., & Ollari, J. A. (1997).

Además también pueden agregarse: alteraciones de la memoria de trabajo, Sme. disejecutivo (alteraciones en la planificación y resolución de problemas-alteraciones en la secuenciación témporo-espacial, rigidez mental-déficits atencionales-velocidad de procesamiento-disartria-fluencia verbal disminuida-déficits viso-perceptivos), alteraciones visoconstructivas (menores que en patrones corticales), Enfermedades de GB o SB: déficits motores-alteraciones en la postura/marcha/habla

Continuando con lo que describen los autores, dentro de la APP se pueden distinguir dos grandes síndromes:

La DS, la variante semántica de la APP (fluyente) fue descrita inicialmente por Snowden (1989) en la que algunos pacientes pierden la posibilidad de hablar pero comprenden bien. Otros pacientes hablan en forma fluida, pero tienen dificultades para comprender el

lenguaje. Se caracteriza por una buena estructura gramatical, dificultad para comprender el lenguaje oral o escrito, en particular palabras sueltas (significado), dificultad para nombrar objetos (ANOMIAS). Según Snowden y Hodges no se restringe a un déficit en lingüístico sino que altera la Memoria Semántica También hay déficits en el reconocimiento de objetos y de personas.

La variante agramatical o no fluente de la APP fue descrita inicialmente por Mesulam (1982). Es una entidad poco frecuente que se caracteriza por un trastorno aislado del lenguaje, cuyo síntoma inicial es la ANOMIA. Se caracteriza por un lenguaje no fluente, telegráfico, esforzado, con parafasias fonológicas, una gramática deficiente en forma escrita y oral con dificultad para entender oraciones complejas, (comete errores de gramática) con déficits fonológicos. Puede estar acompañado de problemas del habla, como errores en los sonidos del habla (conocido como apraxia del habla). La comprensión de palabras aisladas permanece relativamente intacta.

En la variante logopéica de la APP el Habla Fluente pero lenta y las producciones gramaticalmente correctas pero simples. La comprensión de palabra aislada está relativamente conservada, sujeta al efecto de longitud, (por dificultades en MT), existen dificultades para recordar palabras (a/v sustituciones de palabras), pausas frecuentes al hablar para buscar las palabras y Dificultad para repetir frases u oraciones. Antunes, E. B., Lima, B., Rodrigues, J., Neto, H., Correia, S., & Santos, S. (2010).

Finalmente nos referiremos al DCL: (deterioro cognitivo leve) descrita por autores citados por Cancino, M., & Rehbein, L., de 2016 en su artículo como un “Síndrome con déficits cognitivos por sobre lo que se espera a una cierta edad en determinada cultura (estado intermedio entre Envejecimiento Normal y Demencia)”. Este puede ser UNIDOMINIO (memoria) o MULTIDOMINIO. Es importante tener en cuenta que del 15 al 20% (unidominio) desarrolla Alzheimer.

En el artículo se menciona entre los factores de riesgo para DCL y demencia, a la edad (en mayores de 60 años), Sexo, Nivel educativo (reserva cognitiva), Carga genética, Trastornos depresivos (pesimismo) y variables sociodemográficas (estilos de vida). Entre las actividades protectoras se encuentran las actividades recreativas/de ocio, Actividad cognitiva (leer, pintar, escribir, hacer crucigramas), actividad física, actividades sociales y bilingüismo. Cancino, M., & Rehbein, L. (2016).

Con respecto a la reserva cognitiva: Díaz-Orueta, de 2010 incluyen el concepto de la “Capacidad del cerebro de tolerar mejor los efectos de la Demencia antes de llegar al umbral donde la Sx se empieza a manifestar”. Además establecen que la relación con el uso más eficaz de redes cerebrales o estrategias cognitivas alternativas, permitiría un rendimiento durante mayor cantidad de tiempo en caso de patología cerebral. También incluyen que existe una compensación a través de la adquisición de redes/ estrategias alternativas a las utilizadas habitualmente (, donde es importante diferenciarlas del hiperrecrutamiento selectivo indiferenciado, actualmente en estudio) Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C., & Yanguas-Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 45(3), 150-155.

Otro de los autores, Rodríguez, en su artículo de 2011, habla de la teoría del andamiaje en el envejecimiento cognitivo, el que tiene cierta relación con el concepto de reserva cognitiva. Consiste en “el reclutamiento de circuitos adicionales que mejoran las estructuras menguadas cuyo funcionamiento ha vuelto ineficiente”, y cita como ejemplo la mayor activación bilateral y la sobreactivación de la corteza prefrontal (que en general parece ser la de mayor plasticidad). Es decir se entiende como “circuitos que permiten producir una conducta o alcanzar una meta cognitiva de manera suplementaria, complementaria, o a veces alternativa”.

Este artículo también menciona que el andamiaje se promueve por el entrenamiento y actividades cognitivas, los que producen cambios en la estructura cortical. Si bien en animales se ha observado el nacimiento de nuevas neuronas, en humanos por ahora sólo existe evidencia indirecta . Rodríguez, M. A. V. (2011).

CONCLUSION

Como conclusión se postula que la evaluación Neurocognitiva, realizada lo más tempranamente posible , permite identificar fortalezas y debilidades a partir de los cuales se podrá diseñar una estrategia de estimulación cognitiva adaptada al paciente y sus necesidades. Además focalizando sobre el conocimiento de los factores de riesgo, es posible enlentecer el deterioro cognitivo y funcional a fin de favorecer el desempeño y comunicación en la vida cotidiana de los pacientes, y de esta manera mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *RevNeurol*, 66, 377-86.

Salazar Garcia, C., & Villar Rodriguez, C. S. (2007). Evaluación Neuropsicológica e intervención en demencias: la enfermedad de Alzheimer. CAAP-Formación.

Mangone, C., Allegri, R. F., Arizaga, R. L., & Ollari, J. A. (1997). Demencia: enfoque multidisciplinario. In *Demencia: enfoque multidisciplinario*.

Antunes, E. B., Lima, B., Rodrigues, J., Neto, H., Correia, S., & Santos, S. (2010). Afasia progresiva primária e variantes.

Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C., & Yanguas-Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 45(3), 150-155.

Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189.