

Trastornos lingüístico- cognitivos adquiridos

4

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 84-103. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 84-103). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para prevenir, diagnosticar e intervenir en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos, y debe mantener una formación especializada y actualizada para atender las necesidades específicas de personas con deterioro cognitivo, demencias o fragilidad asociada a la edad.
- 2 El CLC impulsa la investigación para conocer la prevalencia local, desarrollar instrumentos de evaluación adaptados a los contextos lingüísticos y culturales, así como establecer intervenciones basadas en la evidencia científica, orientadas a mejorar la comunicación y la calidad de vida de las personas afectadas.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario para garantizar una atención integral, con la coordinación de logopedas, neurólogos, geriatras, rehabilitadores, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y otros profesionales, y promueve la formación en conversación asistida para una mejor interacción con pacientes frágiles o con limitaciones comunicativas.

¿Qué es?

Definición

En este capítulo se incluyen los trastornos que afectan a las funciones comunicativas del lenguaje y las funciones cognitivas en que el lenguaje resulta imprescindible, derivados tanto de las demencias y los trastornos degenerativos, como del deterioro cognitivo leve, la fragilidad y las pérdidas sensoriales y motoras propias de la edad.

La demencia es un síndrome derivado de una enfermedad cerebral adquirida. Se caracteriza por una disminución progresiva de la memoria y otros dominios cognitivos que, cuando es lo suficientemente grave, interfiere en la vida diaria y en el funcionamiento independiente.

Los síntomas asociados a la demencia continúan progresando en gravedad hasta la muerte. A continuación, se presenta una lista no exhaustiva de los trastornos neurodegenerativos más comunes que causan demencia:

- Enfermedad de Alzheimer (primera causa de demencia).
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Demencia vascular (por ejemplo: demencia multiinfarto).
- Demencia frontotemporal.
- Enfermedad de Pick (variante conductual).
- Afasia progresiva primaria (variante del lenguaje).
- Enfermedad de Huntington.
- Enfermedad de Parkinson.

Otras afecciones que pueden provocar demencia debido a cambios progresivos en la función cerebral son:

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff secundario al abuso crónico de alcohol.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Encefalopatía traumática crónica a causa de un traumatismo repetido (por ejemplo: demencia pugilística).
- Esclerosis múltiple.
- Virus de la inmunodeficiencia humana.

En relación con el envejecimiento, el deterioro cognitivo leve (DCL) se describe como una etapa intermedia del deterioro cognitivo que a menudo, aunque no siempre, es una fase de transición de los cambios cognitivos en el envejecimiento normal de los que se presentan típicamente en la demencia. La evaluación e identificación temprana del deterioro lingüístico podría facilitar esta diferenciación y permitir el uso de intervenciones cognitivas para mejorar o bien ralentizar la progresión del declive.

La fragilidad en la tercera edad se define como el estado de vulnerabilidad de la persona anciana ante factores estresantes, sean

endógenos o exógenos, que se relaciona con resultados negativos de salud, como el deterioro funcional (sensorial o motor), la dependencia, la institucionalización, la hospitalización, un alto coste sanitario o la morbilidad. La fragilidad se puede equiparar con un problema de salud crónico, ya que es un estado que no se puede curar, aunque puede mejorar en las fases iniciales. Hay que prestar atención a las situaciones comunicativas que presentan las personas frágiles de edad avanzada para promover espacios de intercambio comunicativo.

Signos clínicos

Los síntomas de la demencia pueden diferir en función de la causa y la etapa de la enfermedad. Aunque los signos y síntomas de la etapa tardía pueden ser similares en todas las etiologías, los síntomas de la etapa temprana pueden variar considerablemente.

A continuación, se enumeran ejemplos de signos y síntomas del lenguaje comunes en la demencia. No todas las personas con demencia experimentan todos estos síntomas y estos pueden variar en función de la neuropatología subyacente y de las diferencias individuales.

En general, y de forma progresiva, el lenguaje expresivo se va vaciando de contenido, el discurso es más vago y tangencial, repetitivo o perseverante. Aparecen parafasias y sustituciones de palabras, dificultad de evocación, sobre todo de nombres propios, aumenta el uso de circunloquios y de errores gramaticales como el uso incorrecto de artículos, preposiciones y verbos auxiliares, y muchos enunciados quedan inconclusos porque la persona no puede continuarlos. Progresivamente, el habla significativa es sustituida por el uso de jerga y, finalmente, se instaaura el mutismo.

En la vertiente comprensiva se imponen las dificultades para seguir órdenes complejas y frases largas y, progresivamente, para poder seguir una conversación. Estas dificultades también se van manifestando en el lenguaje escrito, tanto en lectura como en la escritura. En personas bilingües se observa errores en la selección y el mantenimiento de la lengua empleada durante la conversación, así como regresión a la lengua primaria.

Los cambios cognitivos asociados a la demencia pueden tener un impacto significativo en la comunicación del día a día. La disminución de la memoria, la atención, el funcionamiento ejecutivo y el procesamiento del lenguaje pueden dificultar el seguimiento y la participación en la conversación.

En edades avanzadas, las personas con DCL pueden procesar la información más lentamente, perder el tema, perder el punto y repetir información. Con un deterioro cognitivo más significativo las personas afectadas pueden desorientarse en el tiempo y el lugar, pueden tener dificultades para recordar acontecimientos recientes, su expresión verbal puede ser reducida y menos sustantiva y su capacidad de expresar pensamientos, deseos y necesidades pueden verse afectados.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS

(2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. Los trastornos lingüístico-cognitivos implican funciones mentales globales (b110-b139) como son la conciencia, la orientación, el temperamento y la personalidad, y específicas (b140-b189) como el lenguaje, el cálculo y la memoria.

Codificación CIE-11

| Código | Concepto |
|--------|---|
| MG2A | Disminución de la capacidad intrínseca asociada al envejecimiento |
| 6D71 | Trastorno neurocognitivo leve |
| 6D80 | Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer |
| 6D81 | Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular |
| 6D82 | Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy |
| 6D83 | Demencia frontotemporal |
| 6D84 | Demencia por sustancias psicoactivas, incluye los medicamentos |
| 6D85 | Demencia debida a enfermedades clasificadas en otro apartado |
| 6D8Y | Demencia, otra causa especificada |
| 6D8Z | Demencia, causa desconocida o sin especificación |

Causas

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, y representa aproximadamente el 70 % de todos los casos.

El resto de casos se contabilizan por demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia mixta (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer con patología con cuerpos de Lewy o la enfermedad de Alzheimer con patología vascular).

Los factores de riesgo modificables para la demencia son aquellos que, si se eliminan, potencialmente pueden prevenir algunos casos de demencia. A partir de los datos disponibles y de los modelos de riesgo de demencia, se describen nueve factores de riesgo modificables en el curso de la vida. Estos factores se agrupan por franjas de edad a lo largo de la vida.

Primeros años (< 18 años)

- Menos educación (ninguna o solo primaria).

Mediana edad (45-65 años)

- Hipertensión.
- Obesidad.
- Pérdida de audición.

Últimos años (> 65 años)

- Fumar.
- Depresión.
- Inactividad física.
- Aislamiento social.
- Diabetes.

Se estima que alrededor del 35 % de las demencias se pueden atribuir a una combinación de estos nueve factores. Los mecanismos que pueden estar relacionados con estos factores de riesgo incluyen: daños vasculares en el cerebro que aumentan el riesgo de lesiones vasculares, atrofia y neurodegeneración, menos reserva cognitiva disponible y cambios metabólicos que afectan al aclaramiento amiloide.

Los factores de riesgo no modificables son aquellos que no pueden ser cambiados o modificados por la persona, como la edad y la herencia. La edad es el principal factor de riesgo no modificable para la demencia. Cada cinco años a partir de los 65 años, el número de personas con enfermedad de Alzheimer se duplica; alrededor de un tercio de las personas mayores de 85 años tienen esta enfermedad. La herencia puede tener un papel fundamental en el riesgo de demencia. Por ejemplo, el riesgo de sufrir demencia es más alto si una persona tiene un pariente de primer grado con la enfermedad.

Epidemiología

En todo el mundo se estima que 50 millones de personas viven con demencia. Se prevé que estas cifras alcancen los 82 millones en 2030 y los 152 millones en 2050, con la mayoría de personas procedentes de países de ingresos bajos y medios. En el ámbito mundial, el número anual de casos nuevos de demencia es de 9,9 millones. Estas estimaciones son aproximadamente un 30 % superiores a las cifras anuales reportadas en 2010 (7,7 millones de casos nuevos, según un informe de 2012 de la OMS y Alzheimer's Disease International).

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en España a las personas mayores de 65 años presentan una prevalencia de fragilidad aproximada del 10 %, y aumenta hasta el 25 % en mayores de 80 años. En el estudio *Health Initiative*, la prevalencia de fragilidad es mayor en las mujeres que en los hombres y en un estudio del año 2006 las mujeres presentaban una fragilidad del 30,9 %, ante un 9,3 % de los hombres. Algunos estudios relacionan esta diferencia con una mayor sarcopenia en las mujeres.

Según el Instituto Nacional de Estadística, se prevé que en 2050 en España el 30 % de la población serán personas mayores de 65 años (casi 13 millones), y que los octogenarios serán el 12 % de la población,

más de 4 millones. Dada la alta relación entre fragilidad y envejecimiento, se espera que la incidencia de fragilidad aumente los próximos años.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para conocer la prevalencia local en nuestro país de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Impacto en la vida de la persona

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. La demencia y la fragilidad inciden en la comunicación, tanto en la recepción (d310-d329) como en la producción (d330-d349) y conversación (d350-d369), aparte de las interacciones y relaciones interpersonales (d7) y la vida comunitaria, social y cívica (d9). Al final del capítulo, encontrará detallados los códigos CIF relacionados en el cuadro de la codificación CIF. Además, se debe tener en cuenta el impacto en la comunicación, el lenguaje y las funciones orales no verbales de las enfermedades neurodegenerativas.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar en qué elementos inciden los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: limitación mínima para entender y expresarse

Ocasionalmente, se manifiestan alteraciones en la articulación, palabras poco precisas, alteraciones leves en sintaxis o dificultad leve en comprensión de frases o expresiones complejas. El paciente puede expresar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente. El paciente continúa participando en las actividades de la comunidad.

Grado I: alteración moderada para entender o expresarse

Se trata de personas independientes que se quejan de sentirse ralentizadas, con sensación de cansancio, pérdida de peso no intencionada o inseguridad para salir a la calle. Fluencia baja o limitaciones en la comprensión. Dificultades para encontrar la palabra adecuada con un discurso impreciso, articulación lenta con esfuerzo articulatorio y, a menudo, distorsionada. Presenta dificultades en la comprensión que pueden ser evidentes para el interlocutor. Las dificultades se compensan con ayuda del interlocutor o por las estrategias que adquiere el paciente. Los pacientes en este grado no son regularmente activos más allá de la rutina.

Grado II: limitación severa para comprender o expresarse

Son personas que han disminuido la velocidad de marcha, necesitan ayuda en diferentes actividades instrumentales (salir a comprar, uso de transporte público, tareas domésticas, etc.) y pueden presen-

tar una limitación grave de la expresión o la comprensión, que hacen casi imposible seguir una conversación. La conversación se limita a temas cotidianos y muy conocidos por el paciente. La comunicación se ve severamente alterada con interlocutores no familiarizados con la problemática. Normalmente, han reducido bastante sus actividades sociales y comunitarias.

Grado III: limitación grave para comprender y expresarse

Se trata de personas que necesitan ayuda para todas las actividades dentro y fuera de casa. Frecuentemente, tienen problemas para subir y bajar escaleras. Necesitan asistencia para bañarse o vestirse. Lenguaje reducido a palabras aisladas con errores articulatorios o parafasias que pueden dar lugar a jerga. Comprensión muy limitada, atiende solo órdenes simples. Con ayuda, el paciente puede mantener una mínima conversación sobre temas muy conocidos; no consigue expresar las ideas, pero colabora con el examinador y comparte el peso de la conversación. Estos pacientes han reducido casi por completo sus actividades sociales y comunitarias.

Grado IV: limitación total para entender y expresarse

Estos pacientes son completamente dependientes en las actividades de la vida diaria o muy discapacitados. Puede darse falta total de lenguaje o reducido a estereotipias verbales. En otros casos, con nula comprensión y jerga con logorrea como única expresión. La comunicación se reduce a expresiones incompletas, el oyente necesita realizar inferencias, preguntas o adivinación. El intercambio de información es mínimo y el peso de la comunicación lo lleva el oyente.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para realizar los diagnósticos logopédicos y los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos de la audición. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje o proporcionar otros sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC).

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. La atención a las personas mayores, a los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y sus familias exige una formación especializada y un estilo relacional que hay que ir adquiriendo progresivamente tras la formación inicial de los logopedas. Por este motivo, es necesario que los profesionales de este ámbito complementen y actualicen su formación.

Orientación interdisciplinar

Para el tratamiento de las dificultades de comunicación derivadas tanto de la fragilidad por envejecimiento como de los trastornos degenerativos se debe disponer de un equipo interdisciplinario de: neurólogos, médicos geriatras, médicos especialistas en rehabilitación, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

El CLC recomienda que todos los miembros del equipo profesional estén formados en conversación asistida para poder interactuar con pacientes con limitaciones de comunicación como la afasia.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria u hospitalaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por el neurólogo, médico rehabilitador o por su médico de familia o geriatra si ha realizado una visita previa y valoración neurológica, y será necesario que aporte información relativa a:

- Resultados de las exploraciones neurofisiológicas con el acceso a las fuentes primarias (imágenes, audios, gráficas, etc.).
- Orientación diagnóstica: sobre todo es necesario identificar la enfermedad de base y diferenciar entre origen agudo, subagudo, progresivo o estable.
- Tiempo de evolución de la clínica.
- Tratamientos relacionados realizados, tanto farmacológicos como rehabilitadores o quirúrgicos, con fecha de realización.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en las actividades de la vida diaria del paciente y en el ámbito laboral.

En un contexto de hospitalización, se derivará según interconsulta hospitalaria para realizar una primera valoración e intervención a pie de cama.

Exploración clínica

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en la estructura y las funciones corporales, incluidas las relacionadas con el lenguaje y la comunicación.
- Limitaciones en la actividad y la participación, incluida la comunicación funcional y las interacciones sociales y el impacto de las alteraciones del lenguaje y la comunicación en la calidad de vida, incluido el impacto de las limitaciones en los roles sociales del individuo dentro de su comunidad.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos:

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

Es preciso evaluar las características que incidirán progresivamente en la pérdida de las habilidades lingüísticas que serán evidentes en las distintas fases de la evolución, desde la semántica a la fonología, la sintaxis, la lectoescritura y la pragmática.

En la enfermedad de Alzheimer las alteraciones del lenguaje son uno de los primeros indicios importantes de deterioro. Las primeras limitaciones en el uso del lenguaje debido a deterioro pueden ser enmascaradas por el propio paciente, a menudo limitando las relaciones sociales y/o la comunicación. Debe evaluarse la escala de cognición y comunicación:

- Identificar si progresivamente usa producciones verbales más cortas, con poca información y cada vez menos frecuentes.
- Valorar si progresivamente aparecen conductas más indiferentes ante el contacto social con más aislamiento voluntario y menos participación comunicativa.
- Evaluar las limitaciones de vocabulario identificadas en la conversación, así como las perseveraciones, la utilización de "muletillas" o de circunloquios.
- Valorar el papel compensador de los interlocutores según se avanza en las diferentes fases de deterioro y proponer o mantener las estrategias como el lenguaje verbal adaptado, el lenguaje no verbal o el uso de Sistemas Alternativos de Comunicación.
- Evaluación del control ejecutivo o autorregulador (por ejemplo: capacidad para establecer objetivos, planificar, iniciar e inhibir, autocontrolarse y autoevaluarse, resolver problemas y pensar y actuar estratégicamente).

Las pruebas estandarizadas a utilizar para la valoración del lenguaje se orientarán de la siguiente manera:

- Pruebas de denominación de dibujos o imágenes.
- Capacidad semántica con emparejamiento de dibujos o palabras.
- Tareas de fluidez categorial semántica.
- Comprensión de oraciones gramaticales complejas.
- Concordancias gramaticales entre oraciones.
- Coherencia del discurso.
- Afectación de la prosodia.

La gravedad de la demencia se debe tener en cuenta a la hora de seleccionar las pruebas. Algunas pruebas son demasiado difíciles para las personas con demencia grave y no proporcionan información útil. En estos casos, hay que recurrir a la observación clínica en interacciones naturales.

En la fragilidad, debido a la edad, si hay quejas subjetivas de memoria habrá que realizar el test *Quick Mild Cognitive Impairment Screen* (QMCI), diseñado específicamente para personas mayores, para determinar si hay un inicio de deterioro cognitivo.

El CLC recomienda que el logopeda utilice, además de las pruebas de lenguaje, pruebas cognitivas, de funciones ejecutivas y de cualquier otra función relacionada con el lenguaje y la comunicación para entender mejor las habilidades de la persona, tanto verbales como no verbales. Este enfoque permite obtener una valoración más completa, identificar con más precisión las dificultades y las capacidades conservadas y garantizar un diagnóstico más riguroso.

Esta evaluación detallada facilita el diseño de un tratamiento más adecuado a cada persona, con estrategias que mejoren la comunicación diaria. Además, contribuye a evitar errores en el diagnóstico y asegura una intervención basada en la evidencia científica. Este procedimiento garantiza una práctica ética y responsable, ya que ajusta el tratamiento a las necesidades específicas de cada persona para optimizar la eficacia y favorecer la calidad de vida y la autonomía en la comunicación.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de las dificultades de comunicación derivadas tanto de la fragilidad por envejecimiento como de los trastornos degenerativos en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. También pueden ser útiles algunas pruebas como la *Escala de calidad de vida para el ictus* [ECVI-38].

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para identificar barreras contextuales y facilitadores. Hay que evaluar los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades. Entre ellos,

encontramos las relaciones familiares (e310 y e315), los cuidadores y personal de ayuda (e340) y el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125).

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

95

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes que presentan trastornos comunicativos adquiridos susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

Existe un consenso generalizado acerca del hecho de que la rehabilitación es esencial para facilitar el mantenimiento o la mejora funcional de los pacientes con deterioro general y fragilidad. Los programas de rehabilitación multidisciplinarios y coordinados han demostrado no solo que disminuyen la mortalidad de estos pacientes sino también que mejoran la funcionalidad, el grado de participación y la calidad de vida de pacientes y cuidadores independientemente de factores como son la edad, la cronicidad o la gravedad inicial.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, con rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Rechazo a la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos son: maximizar las habilidades, la actividad, la expresión del lenguaje y la participación de las personas en actividades comunicativas a partir de:

- **Habilidades:** recuperar el procesamiento lingüístico en el contexto de diversas actividades y entornos, incluida la comprensión del lenguaje y la capacidad de utilizar un lenguaje expresivo. Potenciar las habilidades ejecutivas o de autorregulación, tales como el establecimiento de objetivos, el autocontrol y la resolución de problemas.
- **Actividad:** minimizar la discapacidad en la comunicación garantizando un uso máximo de habilidades actuales. Puede incluir estrategias compensatorias y medios de comunicación alternativos para mejorar las habilidades de conversación.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada persona. Desarrollar habilidades y confianza social, promover la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

Intervenciones preventivas

En los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos, la intervención logopédica se contempla con objetivos de mantenimiento y máximo aprovechamiento de las capacidades comunicativas y lingüísticas. Esto se concreta en programas específicos de comunicación y lenguaje desarrollados en actividades cotidianas, culturales y recreativas (centros de día, centros cívicos, centros residenciales o residencias geriátricas). Se deben preservar las habilidades de interacción, de conversación: control de los turnos, mantenimiento temático, etc.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre intervenciones preventivas en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos:

- Mantenimiento del tema de conversación.
- Inhibición de información irrelevante.
- Control de turnos.
- Atención sostenida.
- Estrategias de facilitación para la evocación de nombres.

Los programas específicos para el deterioro cognitivo leve se complementan con programas de estimulación cognitiva, actividades de la vida diaria y sociales.

Se recomienda que la intervención del lenguaje por fragilidad debido a la edad sea en grupos de cuatro a seis personas más el logopeda.

Cuando una persona tiene el diagnóstico de afasia progresiva primaria, hay que implementar SAAC lo antes posible para mantener las posibilidades comunicativas mientras no se manifieste la demencia de forma severa.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención logopédica en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Intervenciones de mantenimiento de la función

Para la fragilidad debido a la edad se recomiendan programas sistemáticos de mantenimiento que incluyan estrategias de facilitación para la evocación de nombres (anomia) y estrategias para la estructuración del discurso. Cuando sea posible, el trabajo con la lengua escrita también actúa de apoyo y mantenimiento.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios sobre la intervención de mantenimiento en los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

Intervenciones en el entorno

Los miembros de la familia y las personas que cuidan de personas con trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos se enfrentan a retos que pueden afectar a su propia salud y bienestar. Los cambios en el funcionamiento de la comunicación debido al deterioro cognitivo, junto con los cambios de comportamiento, pueden tener un impacto significativo en las interacciones del día a día y pueden provocar una frustración considerable. Los logopedas trabajan con familias y cuidadores para ayudarles a comprender y gestionar estos cambios, minimizar el estrés y la frustración y proporcionar un entorno de apoyo a la persona con dificultades comunicativas.

La formación de familias y cuidadores para utilizar estrategias efectivas que mejoren la comunicación puede ayudarles a comprender y reparar las alteraciones de la comunicación, participar en la conversación con mayor éxito y mejorar la calidad de vida de la persona con las dificultades.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

En el momento de publicación de este documento no se conocen intervenciones no recomendadas por la literatura científica. El CLC considera que no es recomendable la aplicación de tratamientos sin una evidencia científica contrastada o un sólido conocimiento profesional.

Equipamiento

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a tener los siguientes elementos de equipamiento a su disposición a la hora de intervenir en personas con trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos.

La tecnología de asistencia incluye dispositivos y servicios adaptativos y rehabilitadores para personas con discapacidad. Un dispositivo de tecnología de asistencia es cualquier elemento, equipo o sistema, sea comercial, modificado o personalizado, que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de una persona con discapacidad.

Varias tecnologías de asistencia emergentes y disponibles comercialmente pueden tener aplicaciones para la atención a la demencia. La selección de dispositivos y sistemas de tecnología de asistencia específicos dependerá de la etapa de la demencia; es probable que las personas en las primeras etapas de la enfermedad puedan utilizar una gama más amplia de dispositivos y sistemas que las personas en las etapas posteriores.

Es importante valorar el efecto negativo que puede tener el uso de material con aspecto infantil en adultos con trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos. En estos casos, es recomendable utilizar materiales neutros, relacionados con la cultura del entorno y del individuo, para evitar cualquier forma de infantilización.

Es fundamental que los logopedas apliquen estrictas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de sí mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

La mayoría de los trastornos que causan los trastornos lingüístico-cognitivos adquiridos no tienen un pronóstico favorable. Muy a menudo no recibirán el alta médica, sino que las dificultades de comunicación y lenguaje estarán presentes hasta el final de sus vidas. En estos momentos, los objetivos se centrarán en facilitar al máximo la comunicación para el acompañamiento.

Una planificación efectiva es esencial para transiciones fluidas a través del continuo asistencial. El logopeda debe evaluar las posibilidades del paciente y el entorno para la comunicación efectiva con la implementación de los soportes necesarios y evaluar también si el mantenimiento de servicios hospitalarios y asistenciales supone una mejora en las condiciones del paciente.

Orientaciones para después del alta

Los familiares y el paciente deben recibir las informaciones, los materiales y la tecnología disponible para favorecer las posibilidades de comunicación entre ellos para un final digno de vida. La vinculación entre paciente y logopeda debe irse regulando en función de las necesidades del paciente y la capacidad del entorno de dar respuesta a estas necesidades comunicativas.

Codificación CIF

99

Los códigos CIF que se ven afectados en la **demencia**, que incluye la demencia por trastornos neurodegenerativos, son:

| Capítulo | Código y descripción |
|--|---|
| FUNCIONES CORPORALES | |
| b1 Funciones mentales | b110-b139 Funciones mentales globales |
| | b110 Funciones de la conciencia |
| | b114 Funciones de la orientación |
| | b117 Funciones intelectuales |
| | b122 Funciones psicosociales globales |
| | b126 Funciones del temperamento y la personalidad |
| | b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos |
| | b134 Funciones del sueño |
| | b139 Funciones mentales globales, otras especificadas y no especificadas |
| | b140-b189 Funciones mentales específicas |
| | b140 Funciones de la atención |
| | b144 Funciones de la memoria |
| | b152 Funciones emocionales |
| | b156 Funciones de la percepción |
| | b160 Funciones del pensamiento |
| | b164 Funciones cognitivas superiores |
| | b167 Funciones mentales del lenguaje |
| | b172 Funciones relacionadas con el cálculo |
| | b176 Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos |
| | b180 Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo |
| | b189 Funciones mentales específicas, otras especificadas y no especificadas |

| ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN | |
|--|--|
| d3 Comunicación | d310-d329 Comunicación-recepción |
| | d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados |
| | d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales |
| | d320 Comunicación-recepción de mensajes en lengua de signos convencional |
| | d325 Comunicación-recepción de mensajes escritos |
| | d329 Comunicación-recepción, especificada y no especificada |
| | d3 Comunicación-producción |
| | d330 Hablar |
| | d335 Producción de mensajes no verbales |
| | d340 Producción de mensajes en lengua de signos convencional |
| | d345 Mensajes escritos |
| | d349 Comunicación-producción, especificada y no especificada |
| | d350-d369 Conversar y utilizar aparatos y técnicas de comunicación |
| | d350 Conversación |
| | d355 Discusión |
| | d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación |
| | d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, especificados y no especificados |
| d7 Interacciones y relaciones interpersonales | d710 Interacciones interpersonales básicas |
| | d720 Interacciones personales complejas |
| | d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas |
| | d730 Relacionarse con extraños |
| | d740 Relaciones formales |
| | d750 Relaciones sociales informales |
| | d760 Relaciones familiares |
| | d770 Relaciones íntimas |
| | d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas |
| | d798 Interacciones y relaciones interpersonales, otras especificadas |
| d9 Vida comunitaria, social y cívica | d910 Vida comunitaria |
| | d920 Tiempo libre y ocio |
| | d930 Religión y espiritualidad |

FACTORES AMBIENTALES

| | |
|--|--|
| e1 Productos y tecnología | e125 Productos y tecnología para la comunicación |
| e3 Apoyo y relaciones | e310 Familiares cercanos e315 Otros familiares e340 Cuidadores y personal de ayuda |

En la **fragilidad** debido a la edad se ven afectadas:

| Capítulo | Código y descripción |
|--|--|
| FUNCIONES CORPORALES | |
| b1 Funciones mentales | b167 Funciones mentales del lenguaje |
| ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN | |
| d3 Comunicación | d350-d369 Conversar y utilizar aparatos y técnicas de comunicación d350 Conversación d355 Discusión d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación d369 Conversación y utilización de dispositivos y técnicas de comunicación, especificados y no especificados |
| d7 Interacciones y relaciones interpersonales | d710-d729 Interacciones interpersonales generales d710 Interacciones interpersonales básicas d720 Interacciones personales complejas d729 Interacciones interpersonales generales, otras especificadas y no especificadas d730-d779 Interacciones interpersonales particulares, no especificadas d730 Relacionarse con extraños d740 Relaciones formales d750 Relaciones sociales informales d760 Relaciones familiares d770 Relaciones íntimas d779 Relaciones interpersonales particulares, otras específicas y no específicas |

Bibliografía

- Amblàs J, Amil P, Bocanegra I, Bullich I, Contel JC, Gil E, Giráldez G, González A, Melendo EM, Mir V, Ruiz R, Santa Eugènia S. Bases conceptuales i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/7007>
- Apóstolo J, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018 Jan;16(1):140-232. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-2017-003382>
- Eklund K, et al. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x>
- Friedland D, Miller N. Language mixing in bilingual speakers with Alzheimer's dementia: A conversation analysis approach. *Aphasiology*. 1999;13: 427-444.
- Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. *Arch Intern Med*. 2006;166: 418. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418> [citado el 26 enero de 2020].
- Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-Coon J, Stein K. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2014 Feb 5;14:1. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-15>
- Juncos-Rabadán O, Pereiro AX, Facal D. Comunicación y lenguaje en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n. 67. Lecciones de Gerontología, XI. 2006.
- Mahendra N, Hopper T. Dementia and related cognitive disorders. A I Papathanasiou, P Coppens, C Potagas (eds.), *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 2013: 397-430.
- Mendez MF, Perryman KM, Pontón MO, Cummings JL. Bilingualism and dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999;11:411-412.
- Nussbaum JF, Coupland J. *Handbook of communication and aging research*. 2.ª ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2024.
- Organización Panamericana de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS. 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=3EA6F66B-C163902A7067A94744AC1F07?sequence=1 [citado el 2 de abril de 2024].
- Peña-Casanova J. Teoría e interpretación: Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Programa Integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona-2. Services S.L. 2019.
- Worrall LE, Hickson LM. Communication disability in aging: From prevention to intervention. Clifton Park: Delmar Learning. 2003.
- Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, Masaki K, Murray A, Newman AB, Women's Health Initiative. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Aug;53(8):1321-30. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53405.x>

