

Caracterización de la intervención fonoaudiológica en la demencia tipo Alzheimer en Chile

Characterization of speech therapist's intervention in patients with Alzheimer's disease in Chile

Cristián Mardones M.

Fonoaudiólogo
Universidad Pedro de Valdivia

Evelyn Miranda B.

Fonoaudióloga
Universidad Pedro de Valdivia

Camila Solis C.

Fonoaudióloga
Universidad Pedro de Valdivia

Pamela Zelada A.

Fonoaudióloga
Universidad Pedro de Valdivia

María Alonso S.

Fonoaudióloga
Universidad Pedro de Valdivia

Reinaldo Salazar M.

Fonoaudiólogo
Universidad de Valparaíso

RESUMEN

Actualmente en Chile es necesario determinar la aproximación fonoaudiológica al concepto de Demencia Tipo Alzheimer y las herramientas de evaluación cognitivas y sociales utilizadas por fonoaudiólogos, ya que debido al aumento de la población de adultos mayores, existe un incremento de patologías neurodegenerativas. Por esto, el objetivo del estudio es caracterizar el abordaje fonoaudiológico en la Demencia Tipo Alzheimer. Metodológicamente, la investigación se efectuó desde una perspectiva descriptiva y transversal, por medio de una encuesta aplicada a 26 fonoaudiólogos para conocer su metodología de trabajo. Los resultados generales evidenciaron que el 43% de los fonoaudiólogos encuestados define la demencia como un síndrome y que la mayoría utiliza protocolos de evaluación de lenguaje y cognición; además, se determinó que utilizan la escala Frontal Assessment Battery, pero no la escala de Tinetti (evaluación de marcha y equilibrio); desde el punto de vista de la terapia, el 79% utiliza el programa potencializado, el 54% usa enfoques combinados directo e indirecto, un 88% utiliza la estrategia de compensación y el 77% la facilitación. Por último, los encuestados realizan la intervención a través de un equipo multidisciplinario, demostrando la importancia del abordaje en conjunto para esta patología.

Palabras clave: fonoaudiología, demencia, demencia tipo Alzheimer, envejecimiento, deterioro cognitivo, intervención.

ABSTRACT

Currently, in Chile, it is necessary to determine the speech therapist's approach towards Dementia of the Alzheimer's Type and cognitive and social evaluation tools used by Speech Therapist. Due to the fact that the number and proportion of older adults have increased, neurodegenerative pathologies are also on the rise. The aim of the present study is to describe the speech therapist approach in Dementia of the Alzheimer's Type. A descriptive and cross-sectional perspective was used. 26 speech therapists were surveyed to find out the procedures they follow when treating patients with this pathology. Data analysis showed that 43% of speech therapists define dementia as a syndrome and that most of them use language and cognitive assessment protocols. The use of the Frontal Assessment Battery instead of Tinetti's scale (Patient's Gait & Balance Assessment) was also observed. Regarding therapeutic approach, 79% use a potentiating programme, 54% use both a direct and an indirect approach, 88% use compensatory strategy, and 77% use a facilitation strategy. Finally, therapists treat this type of patients as part of a multidisciplinary team, which shows and highlights the importance of a group approach to this pathology.

Keywords: speech therapist, dementia, dementia of the Alzheimer's type, aging, cognitive deterioration, intervention.

Contacto con el autor:
Camila Solis C.
Avenida Lomas de Mirasur 867,
San Bernardo
Santiago - Chile
Tel: (56 9) 6350595
Correo-e: csoliscaquin@gmail.com

Recibido: 04/06/2014
Aceptado: 16/06/2015

Introducción

En Chile las patologías neurodegenerativas han aumentado en su incidencia, debido al incremento del porcentaje de adultos mayores en el país (Corporación del Alzheimer, 2003). Entre estas se encuentra la Demencia Tipo Alzheimer (DTA), que según algunos autores representa dos tercios de las demencias a nivel mundial (Gobierno de Chile, 2009). Se debe considerar que las personas sobre 65 años alcanzan el 14,5% de la población chilena según el último censo realizado en el año 2012 (Gobierno de Chile, 2012).

Por su parte, los fonoaudiólogos se han relacionado permanentemente en su quehacer profesional con este tipo de patologías, ya que se trata de una de las enfermedades con mayor prevalencia en los últimos años (Corporación del Alzheimer, 2003). Sin embargo, la evidencia en cuanto a la forma de evaluación e intervención que realizan estos profesionales en el área es poco clara. Es por ello que surge la interrogante y el interés por conocer cómo se realiza el abordaje de la patología en el país y contar así con una descripción de la intervención fonoaudiológica en la DTA.

La inquietud surgió debido a que el fonoaudiólogo es un profesional de la comunicación formado en el pregrado como un generalista, lo que le permite el abordaje de diversas patologías en pacientes, tanto niños como adultos. En relación con lo anterior, en Chile actualmente existe escasa especialización fonoaudiológica en patologías específicas en pacientes adultos, por lo cual cada profesional genera planes, programas y lineamientos de intervención por iniciativa propia, sin un estándar específico; de allí la necesidad de investigar acerca

de un área de especialización para el fonoaudiólogo, como es el caso de la gerontología y, en particular, de la demencia.

Por último, cabe destacar que la actualidad chilena presenta escasos estudios fonoaudiológicos relacionados con la DTA, ya que aún no se ha descrito un protocolo de evaluación e intervención fonoaudiológica en la clínica diaria para este tipo de demencia, por lo que se hace necesario describir cómo trabajan los fonoaudiólogos en esta patología.

El incremento de adultos mayores contribuye al aumento de enfermedades como la DTA, por ello es recomendable abordar el tema del envejecimiento de la población

Existen muchas definiciones respecto del envejecimiento, pero es muy importante destacar que corresponde a “un proceso continuo, progresivo e irreversible que solo concluye con la muerte del individuo. Este proceso se caracteriza por ocurrir en todos los seres vivos y llevar paulatinamente al organismo a un estado de disminución de la reserva funcional” (Marín, 2014). Es por ello que el envejecimiento se debe considerar como un estado de involución, con cambios que no desatan precisamente múltiples enfermedades, sino variaciones en los aspectos cognitivos, psicológicos y comunicativos. Aunque todos los individuos muestren cambios con la edad de forma natural, existen patologías del cerebro, como la demencia y ciertos deterioros en las personas mayores, que deben ser diferenciadas de las alteraciones cognitivas inherentes del envejecimiento normal (Opler, Nicholas, Albert y Woodward, 1985). La demencia es una patología que afecta a la gran mayoría de la población adulta en Chile y según

Young (2010), se manifiesta con síntomas resultantes de lesiones, enfermedades y deterioro cognitivo que alteran el normal funcionamiento del cerebro.

Los criterios para el diagnóstico de demencia de cualquier etiología según McKhann et al. (2011) se detallan en la Tabla 1:

Tabla 1.

Criterios para el diagnóstico de demencia de cualquier etiología

Síntomas cognitivos o de comportamientos neuropsiquiátricos que:	Deterioro cognitivo detectado y diagnosticado mediante la combinación de:	Déficits cognitivos o de comportamiento afectan por lo menos a dos de los siguientes dominios:
<p>a) Interfieren con la habilidad laboral o en actividades usuales.</p> <p>b) Representan deterioro en relación con el nivel funcional y el desempeño previo del paciente.</p> <p>c) No pueden ser explicados por delirium (estado confusional agudo) o por otra enfermedad psiquiátrica mayor.</p>	<p>a) Anamnesis con el paciente e informante que conozca la historia.</p> <p>b) Evaluación cognitiva objetiva, mediante examen breve del estado mental o neuropsicológico; este último debe verificarse cuando la anamnesis y el examen cognitivo breve realizado por el médico no sean suficientes para diagnosticar el cuadro con seguridad.</p>	<p>a) Memoria. Pérdida de la capacidad para adquirir o evocar informaciones recientes, repetición de las mismas preguntas o asuntos, olvido de eventos, citas o del lugar en donde ha guardado objetos personales.</p> <p>b) Funciones ejecutivas. Deterioro de la capacidad de razonamiento, dificultad para realizar tareas complejas, mala comprensión de situaciones de riesgo, reducción de la capacidad para manejar finanzas, para tomar decisiones y planificar actividades secuenciales o complejas.</p> <p>c) Habilidades visoespaciales. Incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, para buscar objetos en el campo visual, dificultad para manejar utensilios, para vestirse, no explicables por deficiencias visual o motora.</p> <p>d) Lenguaje (expresión, comprensión, lectura y escritura). Dificultad para encontrar y/o comprender palabras, errores para hablar y escribir, con cambio de palabras o fonemas no explicables por déficit sensorial o motor.</p> <p>e) Personalidad o conducta. Alteraciones del humor (labilidad, fluctuaciones no específicas), agitación, apatía, desinterés, aislamiento social, pérdida de empatía, desinhibición, conductas obsesivas, compulsivas o socialmente inaceptables.</p>

Demencia Tipo Alzheimer

Se trata de la demencia más común en Chile. Nitrini y Dozzy (2012) (enfocados en una corriente sindrómica) la definen como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades sociales.

Actualmente la DTA se clasifica en siete estadios (Alberca y López-Pousa, 2002; Barreto, 2005):

- *Estadio 1:* hace referencia a la normalidad, es decir, la persona no presenta alteraciones de memoria.

- *Estadio 2:* la persona comienza a manifestar ciertas quejas respecto del olvido de nombres o sitios en donde dejó los objetos.
- *Estadio 3:* en esta etapa comienza una alteración leve de la memoria que afecta aspectos sociales y familiares. El afectado olvida nombres de personas cercanas y comienza a desorientarse en lugares cotidianos, sin embargo, justifica y niega sus dificultades.
- *Estadio 4:* corresponde a la demencia inicial o ligera. En esta etapa las alteraciones son más evidentes y con mayores dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria, como cocinar, ir de compras, utilizar dinero, entre otras.
- *Estadio 5:* la persona comienza a presentar mayores alteraciones en la ejecución de las actividades de la vida diaria y se afecta su higiene personal y el control de esfínter.
- *Estadio 6:* al llegar a esta etapa se evidencia una demencia grave, ya que la persona se vuelve agresiva, desconfiada y requiere ayuda permanente en la realización de las actividades de la vida diaria.
- *Estadio 7:* en esta última etapa la persona pierde gradualmente las habilidades motoras, se afecta el habla, la deglución y el deambular, y permanece totalmente pasiva e inmóvil.

La causa exacta de la DTA es desconocida. Aunque, en la actualidad, se plantea la teoría de los radicales libres, sin embargo no se ha confirmado que esa propuesta sea efectivamente la causa del Alzheimer (Inestrosa, 2007).

También se considera una causa la combinación de factores genéticos y ambientales, aunque el componente de riesgo más conocido y aceptado es la edad y, a medida que ella avanza, más probable es la aparición de la DTA (Inestrosa, 2007).

No obstante, lo que más resalta en la enfermedad de Alzheimer es una atrofia generalizada que origina la disminución de la masa cerebral, variaciones en la formación de la proteína β -amiloide, ovillos neurofibrilares intracelulares por fosforilación anormal de la proteína Tau, degeneración sináptica y muerte neuronal (Salazar, Peralta y Pastor, 2005).

Por último, un tercer factor que influye en la DTA atañe a las placas seniles, que corresponden a la estructura neuropatológica más específica del Alzheimer, siendo esta el único cambio invariante en el cerebro (Inestrosa, 2007).

En relación con el lenguaje y la comunicación, las personas que padecen este tipo de demencia presentan también alteraciones ya que, a medida que la enfermedad evoluciona, se alteran aspectos como la repetición, la comprensión, la nominación, la copia, la lectura y la escritura.

La persona afectada además va a presentar alteraciones de la comunicación a nivel social, puesto que va a comenzar a utilizar frases cortas, evidenciando un léxico reducido, presentará circunloquios, estereotipos, perseveraciones y fallas en la memoria (Ramírez y Colina Matiz, 2010).

A nivel fonoaudiológico, las evaluaciones realizadas en personas con estas características se enfocan en una terapia centrada en los aspectos comunicativos, con el objetivo de mantener, activar y/o rehabilitar el lenguaje, habla, voz y deglución,

incorporando al paciente tempranamente a su medio social (Álvarez, 2010). Este procedimiento se inicia con una evaluación completa a través de una anamnesis, en la cual se observarán alteraciones comunicativas, de memoria episódica, orientación, lugar y persona, lo que se relaciona directamente con el diagnóstico del denominado Trastorno Cognitivo Comunicativo, que según González y Hornauer (2014), no sería explicado por una alteración del lenguaje, sino más bien por una deficiencia de las funciones ejecutivas. Esta evaluación conduce a diferenciar la demencia de la afasia global, ya que en un estado severo, se puede dar un diagnóstico erróneo (Donoso, 2009).

Ya obtenida esta información, el fonoaudiólogo realiza la evaluación a través de distintos instrumentos con el fin de precisar el diagnóstico, entre ellos se encuentran el *Minimental*, la escala de Pfeiffer, el test de MoCA, FAB (*Frontal Assessment Battery*), el test del reloj, el protocolo de evaluación de afasia de Rafael González, el protocolo cognitivo lingüístico, el *Token test*, la escala de Barthel, la escala de Tinetti y la escala de Yesavage.

Una vez que el diagnóstico del paciente está definido, el objetivo del tratamiento será mejorar, mantener y rehabilitar estas competencias, para que la persona vuelva a desempeñarse adecuadamente en las actividades de la vida diaria (Ramírez y Colina Matiz, 2010). Por lo mismo, la intervención sigue los lineamientos de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), es decir, que en el abordaje terapéutico se tendrá en cuenta la función/estructura, la actividad y la participación (Ayuso-Mateos, 2006).

Además, en la DTA se altera de modo importante tanto el lenguaje, en sus distintos niveles y modalidades, como las funciones cognitivas. Por ello, el terapeuta de la comunicación pasa a ser un integrante esencial en el equipo multidisciplinario, encargándose tanto de la evaluación inicial y reevaluación, como de la rehabilitación de la cognición y de la comunicación (Gutiérrez, Prieto y Santos, 2007). Durante el proceso terapéutico, el fonoaudiólogo utiliza estrategias de compensación o reactivación con el usuario, según sea el caso, ya que la patología presenta variaciones en los componentes lingüístico-comunicativos, debido a que el lenguaje está mayormente afectado, comprometiendo tanto la pragmática como el nivel semántico (Peña-Casanova, 2007).

Por otro lado, el terapeuta utiliza distintos tipos de intervención dependiendo del grado y la severidad de la patología, tales como la facilitación (ayuda al paciente a enfrentar las problemáticas que presenta), reaprendizaje (reeduca en las actividades de la vida diaria), reorganización (trabaja con lo que el paciente ya tiene incorporado) y la adaptación (incluye estrategias en las que se adapta el medio externo para facilitar el desempeño del paciente) (Peña-Casanova, 2007).

Por último, en cuanto a los enfoques de intervención, los fonoaudiólogos consideran principalmente dos tipos: el directo (directamente con el paciente), y el indirecto (realizado con la familia o el cuidador) (Sánchez Vidal, 2007).

Considerando lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente estudio es contribuir a caracterizar la intervención fonoaudiológica en pacientes con DTA en el país.

Materiales y métodos

Metodológicamente, el trabajo fue de tipo cuantitativo y se abordó desde una perspectiva descriptiva y transversal, con la aplicación de un diseño de investigación de campo.

Población de estudio

La población estudiada consistió en una muestra de 26 fonoaudiólogos especializados en el área de adultos que se desempeñan en DTA. La muestra se obtuvo en la Región Metropolitana, la Quinta y Sexta regiones de Chile, en el año 2013. Para determinar esta población se definieron ciertos criterios de inclusión:

- Fonoaudiólogo(a) con 5 años o más de experiencia en intervención fonoaudiológica en adultos.
- Fonoaudiólogos(as) con frecuencia de atención de pacientes con DTA mínima de dos pacientes anualmente.
- Trabajar en el área en la actualidad.

Como criterio de exclusión, se decidió no incluir a fonoaudiólogos sin experiencia en el seguimiento o continuidad de seis o más meses con cada paciente que presente DTA.

Procedimientos

Se elaboró una encuesta denominada *Fonoaudiología y Demencia Tipo Alzheimer*; que consultaba a los profesionales acerca de las definiciones de DTA, la utilización de protocolos lingüísticos, protocolos complementarios de evaluación, programas, enfoques y estrategias terapéuticas, tipo de intervención y si es que

trabajan con un equipo multidisciplinario. Es una encuesta de naturaleza cerrada en la que los encuestados seleccionan entre las respuestas que se les presentan. El instrumento posteriormente fue validado por un juicio de expertos emitido por fonoaudiólogos y psicólogos especializados en la labor con adultos.

A continuación, se realizó un catastro de los fonoaudiólogos que trabajaban con adultos, principalmente con usuarios con demencia, en las regiones de Valparaíso, Libertador Bernardo O'Higgins y Región Metropolitana. Además, debían cumplir con los criterios de inclusión y exclusión y no presentar conflicto de intereses en el tema. Basándose en ese catastro, se efectuó una entrevista personal con cada fonoaudiólogo y se conformó finalmente una muestra de 26 profesionales. A ellos, se les aplicó la encuesta *Fonoaudiología y Demencia Tipo Alzheimer* y, posteriormente, se procedió al análisis de los datos obtenidos. Para el análisis, se consideraron dos variables: una general, según las respuestas a cada pregunta de la encuesta y otra específica, según el lugar de trabajo de cada profesional (institución pública o privada).

Resultados y análisis

En primer lugar, se constató que de los 26 fonoaudiólogos seleccionados, 14 trabajaban en instituciones públicas y 12 en instituciones privadas.

A continuación se detallarán los resultados del análisis de las preguntas de la encuesta.

Según las definiciones presentadas en la pregunta 1, el 42% de los fonoaudiólogos respondió la alternativa "d", lo cual implica que consideran a la Demencia Tipo Alzheimer como un "síndrome

caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente, que interfiere con la capacidad del

individuo para llevar a cabo sus actividades laborales o sociales”, tal como se muestra en el Gráfico 1.

Pregunta 1: ¿Cómo definiría usted la Demencia Tipo Alzheimer?

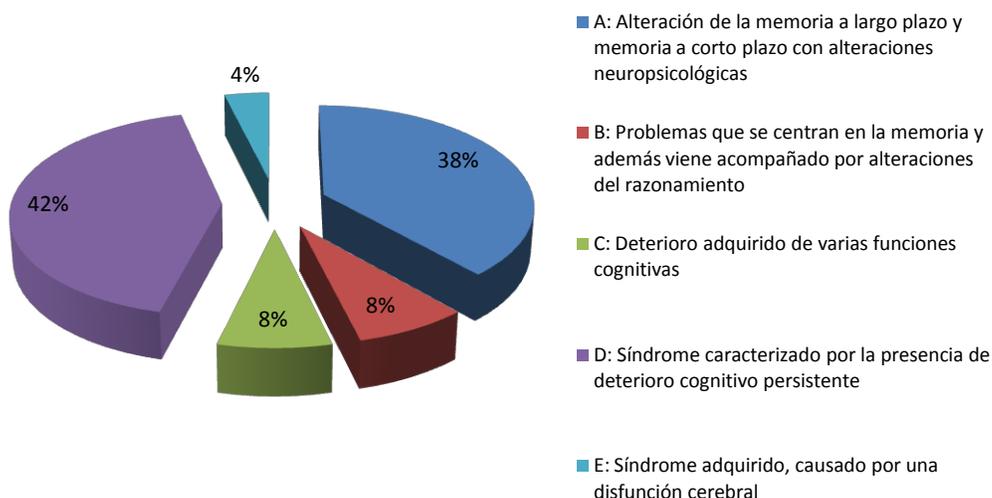


Gráfico 1. Resultados de la pregunta 1.

Para la pregunta 2, los fonoaudiólogos indicaron que el *screening* cognitivo más utilizado es el test de MoCA, con un 42% de preferencias. La utilización del protocolo de evaluación de afasia de Rafael González también es fundamental para los encuestados, ya que 65% de ellos recurre a él. La utilización del protocolo cognitivo lingüístico en la evaluación también es esencial para los encuestados, en tanto que un 62% de estos indicó que lo utilizan. Por último, respecto del *Token test*, un 62% de los fonoaudiólogos declaró utilizarlo. Algunos de estos resultados se muestran en el Gráfico 2.

Respecto de la utilización de protocolos complementarios, el más aplicado es la escala FAB con un 81%. Cabe mencionar que la escala de Tinetti, que estaba entre las alternativas, no es utilizada por ninguno de los fonoaudiólogos encuestados.

Por otra parte, los resultados referidos al programa que más utilizan los fonoaudiólogos, el 54% se inclinó por el potencializado (pregunta 7).

En cuanto al tipo de enfoque terapéutico más utilizado en pacientes con DTA (pregunta 8), un 88% de los encuestados privilegia la utilización paralela de ambos enfoques, directo e indirecto, tal como aparece en el Gráfico 3.

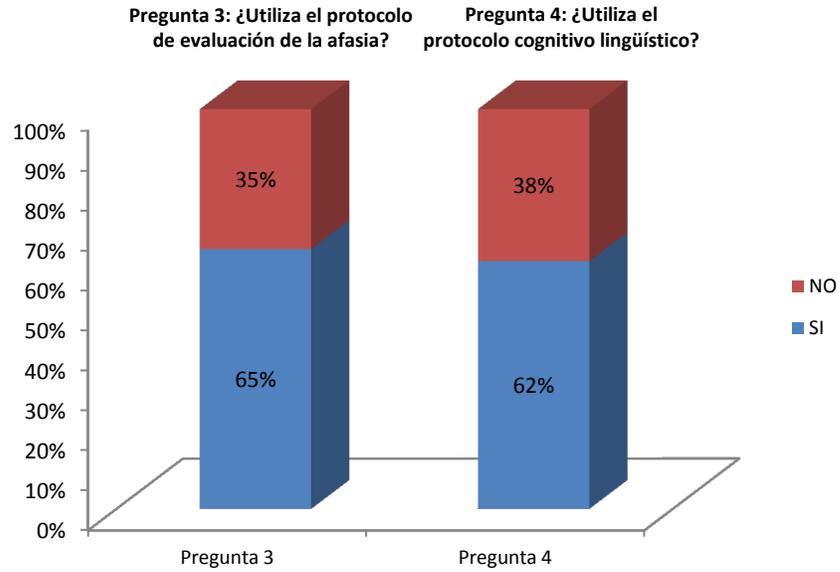


Gráfico 2. Resultados para las preguntas 3 y 4.

Pregunta 8: ¿Qué tipo de enfoque terapéutico utiliza?

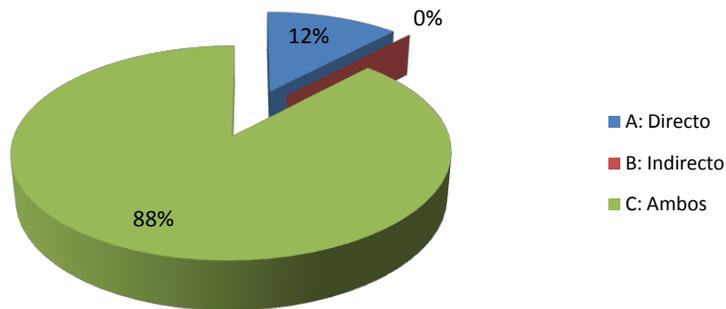


Gráfico 3. Resultados para la pregunta 8.

En relación con el tipo de estrategia que utiliza cada fonoaudiólogo en su intervención (pregunta 9), un 88% de los encuestados señaló la utilización de ambas estrategias en paralelo, esto es, reactivación y compensación. En cuanto al tipo de

intervención que realiza el especialista (pregunta 10), la facilitación obtuvo un 65% de las preferencias de los encuestados, por sobre el reaprendizaje, la reorganización y la adaptación, como se aprecia en el Gráfico 4.

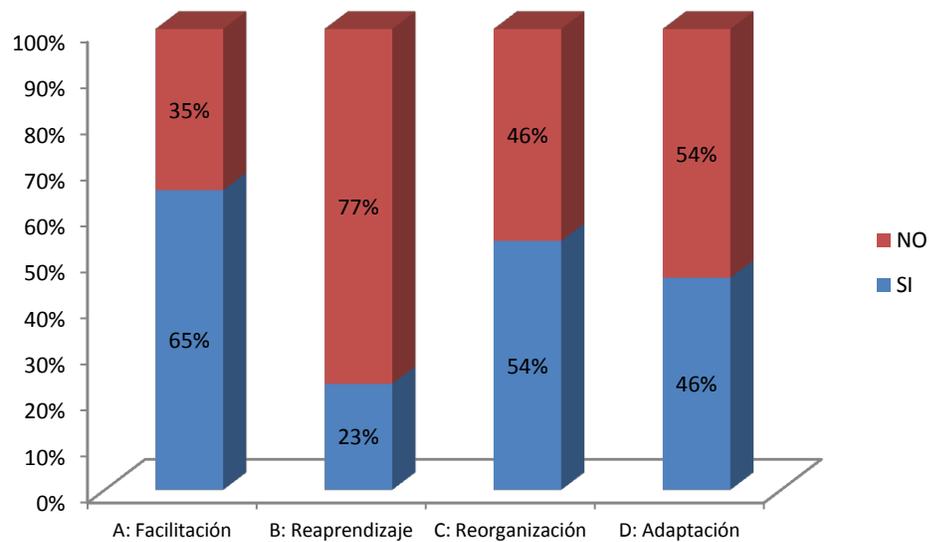


Gráfico 4. Resultados para la pregunta 10.

Finalmente, en cuanto a la importancia del equipo multidisciplinario en pacientes con DTA (pregunta 11), el 92% de los fonoaudiólogos encuestados declaró interactuar con un equipo multidisciplinario, ya sea en forma presencial y/o a través de la ficha clínica.

Discusión

El presente trabajo surge de la necesidad de indagar cómo interviene el fonoaudiólogo al tratar a personas que presentan DTA, ya que en Chile actualmente existen escasos estudios en torno a esta patología, por lo que la experticia y los conocimientos en torno al tema se ven limitados.

Según los datos recopilados en la investigación, es posible determinar que la mayoría de los fonoaudiólogos de la muestra considera a la DTA como un síndrome, que afecta a los individuos en la realización de las actividades de la vida diaria y en habilidades cognitivas (Nitrini y Dozzy, 2012). Lo

anterior concuerda con la literatura especializada, ya que estos dos aspectos son los esenciales al momento de evaluar e intervenir, debido a que en los aspectos cognitivos se evidencian alteraciones en el pensamiento abstracto, del juicio, de la personalidad y, por sobre todo, del lenguaje y la comunicación, afectando directamente la realización de las actividades de la vida diaria (CIE-10, 1998).

También se pudo observar que la mayoría de los fonoaudiólogos encuestados en esta investigación utiliza el test de MoCA y el *Minimal* como *screening* cognitivo, concordando con otros estudios, debido a la rapidez y efectividad de resultados al evaluar aspectos tales como la atención, memoria, orientación, aprendizaje-evocación, repetición y lenguaje (Delgado y Salinas, 2009).

Complementariamente, los encuestados también utilizan el protocolo de afasia de Rafael González y el protocolo cognitivo-lingüístico. Lo anterior concuerda con el hecho de que la DTA puede presentarse como un trastorno cognitivo-

comunicativo, o bien, como una afasia, dependiendo de la etapa en la que se encuentre la persona (Ramírez y Colina Matiz, 2010).

Además, los fonoaudiólogos utilizan protocolos complementarios, como el test del reloj, el test de Yesavage, el test de Barthel y la FAB, con el fin de realizar un diagnóstico diferencial antes de la intervención. Así, la escala FAB es muy útil para diferenciar la DTA de otro tipo de demencia, como la frontotemporal, donde las funciones ejecutivas son las mayormente afectadas. A su vez, los protocolos Yesavage y Barthel complementan el trabajo posterior que se realizará con la persona y su familia en caso de depresión y el que se efectuará con el cuidador (Delgado y Salinas, 2009). Por otro lado, la totalidad de los encuestados no utiliza la escala de Tinetti, lo que implica no considerar un aspecto importante del trabajo fonoaudiológico como es el equilibrio y la existencia de posibles alteraciones vestibulares en pacientes con DTA (Monsalve y Rozo, 2007).

Otros procedimientos usados por los fonoaudiólogos encuestados son protocolos informales creados por ellos mismos, lo que permite deducir que al no disponer de instrumentos estandarizados en Chile, estos especialistas han creado sus propios procedimientos para la evaluación. Lo anterior demuestra la importancia de la creatividad terapéutica, pero a la vez impide unificar criterios en la intervención (Álvarez, 2010).

Respecto de la intervención, los encuestados también señalan que trabajan con programas potencializados e independientes en la misma proporción, lo cual es concordante con las

propuestas teóricas, puesto que ambos se emplean en la intervención de patologías neurodegenerativas en el adulto (Peña-Casanova, 2007).

Todos los fonoaudiólogos encuestados utilizan el enfoque directo e indirecto en la misma proporción, lo que también concuerda con las propuestas teóricas, ya que las dificultades comunicativas en la DTA afectan al paciente, al entorno y al cuidador (Sánchez Vidal, 2007).

En cuanto a las estrategias de intervención, los encuestados trabajan a través de la reactivación y compensación de manera combinada, acorde con la teoría que señala que los enfoques deben ser combinados en función de las necesidades del usuario y del grado de demencia de la persona, ya que esta patología presenta variaciones en los aspectos lingüísticos-comunicativos (Peña-Casanova, 2007).

Respecto del tipo de intervención que se realiza, se observa que la mayoría de los profesionales respondió que trabaja utilizando la facilitación, es decir, que solo se actúa frente a las problemáticas que presenta el paciente. Lo anterior puede ser contradictorio en relación a planteamientos teóricos según los cuales el trabajo fonoaudiológico está enfocado en las necesidades e intereses del usuario, priorizando la funcionalidad de la comunicación (Peña-Casanova, 2007).

Por último, se logró determinar que la mayoría de los fonoaudiólogos encuestados trabaja en conjunto con un equipo multidisciplinario, demostrando la importancia que tiene el abordar esta patología en interacción con otros profesionales (Gutiérrez, Prieto y Santos, 2007).

Conclusión

Desde una perspectiva teórica es fundamental conocer los procesos relacionados con el envejecimiento y, en particular, el rol del fonoaudiólogo en la DTA. Al estudiar la intervención fonoaudiológica en este tipo de demencia, se puede concluir que la mayoría de los fonoaudiólogos trabaja desde un enfoque biopsicosocial y multidisciplinario, utilizando diversos procedimientos de evaluación basados en la experiencia clínica profesional y con enfoques ecológicos centrados en las necesidades del usuario. La variabilidad en el uso de protocolos de evaluación y procedimientos de intervención es esperable considerando que la realidad de cada usuario puede ser distinta.

Finalmente, la necesidad de perfeccionar el trabajo fonoaudiológico en la DTA podría llevar a la creación de nuevos instrumentos, manuales o formas de trabajo desde la mirada de la comunicación, debido al incremento de este cuadro en el país y a nivel mundial.

Referencias

- Alberca, R. y López-Pousa, S. (2002). *Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Álvarez, M. V. (2010). *Rol del fonoaudiólogo en geriatría*. Santiago de Chile: Universidad San Sebastián.
- Ayuso-Mateos, J. L. (2006). *Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF). Aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica*. Barcelona: MedClin.
- Barreto, J. (2005). *Os sinais da doença e a sua evolução*. Lisboa: Ediciones técnicas.
- CIE-10 (1998): Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Edición Meditor, Madrid, España.
- Corporación del Alzheimer. (2003). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 41(2), 13-14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200001>
- Delgado, C. y Salinas, P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20(3), 244-251.
- Donoso, A. (2009). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Gobierno de Chile. (2009). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional*. Santiago de Chile: Autor.
- Gobierno de Chile. (2012). *Censo 2012*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- González, R. y Hornauer A. (2014). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25, 143-53.
- Gutiérrez, I., Prieto, M. y Santos, G. (2007). *Estudio descriptivo del lenguaje y la comunicación en la Unidad de Salud Mental de Hospital Militar Central y la Clínica psiquiátrica Santo Tomás* (1ª edición). Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Inestrosa, N. C. (2007). *Las incomunicaciones del Alzheimer*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Marín, P. P. (2014). *Geriatría y gerontología*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, Jr. C.R., Kawas, C. H., ... Phelps, C. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7 (3), 263–269. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

Monsalve, A. y Rozo, C. (2007). Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con demencia tipo Alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 320-331.

Nitrini, R. y Dozzy, S. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 75-98.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Dementia: a public health priority*. Washington, D.C.: Autor.

Obler, L. K., Nicholas, M., Albert, M. L. & Woodward, S. (1985). On comprehension across the adult lifespan. *Cortex*, 21(2), 273-280. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-9452\(85\)80032-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-9452(85)80032-0)

Peña-Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ramírez, S. y Colina Matiz, S. (2010). *Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Salazar, M., Peralta, C. y Pastor, J. (2005). *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Sánchez Vidal, A. (2007). *Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Editorial Pirámide.

Young, T. (2010). *Comunicación y demencia: nuevas perspectivas, nuevos enfoques*. Barcelona: Editorial UOC.

Agradecimientos

Quisiéramos hacer un especial reconocimiento a los fonoaudiólogos que contribuyeron en la realización de la encuesta *Fonoaudiología y Demencia Tipo Alzheimer*.