

El lenguaje es el máximo exponente de la distinción entre el ser humano y los animales. Nuestro sistema nervioso es capaz de procesar experiencias, información, intenciones, actitudes, pensa-

mientos, sentimientos y sensaciones y convertirlos en palabras, e incluso en gestos y miradas, inteligibles para nuestros interlocutores. La ausencia de comunicación nos conduce al aislamiento.

FOTO: FELEM



LOGOPEDIA Y ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

MARTA RENOM

Hospital de Día Esclerosis Múltiple
(Barcelona)

Las enfermedades neurodegenerativas pueden conllevar dificultades en la comunicación y en la deglución. La importancia de esta última es evidente por su relación directa con la hidratación y nutrición y por la implicación social asociada a los actos de comer y beber.

El papel del logopeda dentro del equipo asistencial es el de contribuir a la optimización funcional de la comunicación y la deglución.

INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

Como en la mayoría de las disciplinas neurorehabilitadoras, el tratamiento logopédico comprende distintos abordajes que habitualmente se solapan y combinan entre ellos.

● Minimización de factores interferentes

En primer lugar es necesario minimizar (con el apoyo del resto del equipo asistencial) los posibles factores concomitantes que empeoran la comunicación o la deglución

(postura inadecuada, mala dentición, alteraciones del estado de ánimo y conductuales, malos hábitos alimenticios o de sueño, efectos secundarios a fármacos, etc.).

● Optimización de la función dañada y/o de las funciones residuales

La intervención se dirigirá a mejorar las funciones dañadas, a mantenerlas o a retrasar su deterioro. También puede utilizarse para optimizar otras funciones relativamente preservadas con el fin de que apoyen o sustituyan a las que están afectadas.

Suelen ser técnicas basadas en la repetición sistemática de tareas. El programa de tratamiento debe adaptarse al perfil de alteración del sujeto y a un modelo teórico subyacente. Su eficacia se fundamenta en los principios de neuroplasticidad. Este tipo de tratamiento debe formar parte de un plan de trabajo más amplio que facilite el traslado de sus beneficios en la vida diaria (generalización).

En el caso de la disartria y/o disfagia, se realizan ejercicios neuromusculares, neurosensoriales y psicomotrices que persiguen la potenciación muscular, regulación del tono y mejora de la coordinación y de la sensibilidad. Así, por ejemplo, se puede aumentar la fuerza espiratoria, con la con-

secuente mejora del volumen de voz y de la fuerza para toser, o mejorar el cierre labial y la coordinación de los movimientos linguales para la articulación y la deglución.

En el caso del déficit cognitivo (afasia u otros trastornos neurolingüísticos), este abordaje se fundamenta en los modelos teóricos sobre el funcionamiento neuropsicológico y lingüístico o en concepciones más empíricas. Está especialmente indicado para la estimulación o facilitación de las funciones atencionales y visuoperceptivas y de algunos aspectos de las funciones ejecutivas y del lenguaje.

En ambos casos, debe tenerse en cuenta la posible presencia de fatiga y dosificar convenientemente la duración de los ejercicios. Existen herramientas de biofeedback que le permiten al sujeto percibir su rendimiento en el ejercicio y pueden ser de gran ayuda para conseguir la motivación y regularidad necesarias para su éxito.

● Compensación de la función dañada

Su finalidad será mejorar el éxito de las actividades de comunicación y deglución a través de pautas y estrategias. Antes de instaurarse, deberán considerarse las posibilidades reales del paciente para adquirir e integrar aprendizajes, así como su motivación y el grado de apoyo del entorno.

En primer lugar deberá fomentarse una adecuada conciencia del funcionamiento sano y de las dificultades existentes, tanto por parte del paciente como de las personas de su entorno. Esto facilitará enormemente la posibilidad de incorporar nuevos hábitos.

En segundo lugar, se introducirán y entrenarán las estrategias. Éstas pueden incluir, entre otras muchas, maniobras de facilitación de la deglución (p.e., semiflexión hacia delante de la cabeza al tragar) o trucos para mejorar las habilidades para conversar (pausas frecuentes para la inspiración, estructurar el discurso en distintos puntos, etc.). En algunos casos, las estrategias conllevan el uso de recursos externos (libretas, agendas, grabadoras, comunicadores, amplificadores de voz, espesantes, etc.).

Existen programas terapéuticos mixtos, como el método Lee Silverman, el método de entonación melódica o el programa PACE, entre otros, que se apoyan en aspectos conductuales, musicales y pragmáticos. Los mecanismos de aprendizaje implícito y holístico que subyacen en estas técnicas las hacen especialmente interesantes.

● **Intervención holística dirigida a la readaptación social, familiar y laboral**

Su objetivo principal será fomentar un entorno del paciente que facilite la maximización de sus posibilidades comunicativas y de bienestar para la alimentación. En el caso de la comunicación, podrá incluir pautas para familiares y cuidadores. También incluirá la orientación a asociaciones, centros cívicos, cursos de formación u otros recursos que puedan aumentar la motivación del paciente y facilitar su estimulación comunicativa. En el caso de la alimentación, se perseguirá el máximo disfrute y normalidad respetando las adaptaciones que requiera el paciente (p.e. elaborar dietas adaptadas a su gusto, facilitar la comida en restaurantes, etc.).

En definitiva, la logopedia contribuirá en el mantenimiento, prevención de riesgos y mejora de la calidad de vida de la persona con una enfermedad neurodegenerativa.

La intervención precoz e interdisciplinar facilitará el éxito terapéutico.

Nota: En las páginas 28 y 29 del número 148 de MinusVal se produjeron algunos errores en la transcripción y composición del artículo original, lo que dio lugar a omisiones y cambios, ajenos a su autora, que distorsionan y crean confusión en el sentido y el contenido del texto. El artículo completo y definitivo es el publicado en estas páginas.

SÍNDROMES NEUROLÓGICOS QUE REPERCUTEN EN LA COMUNICACIÓN Y LA DEGLUCIÓN

Alteraciones motoras, sensitivas y/o cerebelosas

Disartria: Dificultades de voz y habla consecuentes a la afectación neurológica.

Fatiga al hablar, alteraciones del volumen y timbre de voz, habla demasiado lenta o acelerada, melodía monótona o anormal, pronunciación imprecisa o incluso ininteligible (*anartria*).

Disfagia: Dificultades para tragar.

Dificultades para masticar o formar el bolo alimenticio, atragantamientos y/o sensaciones anómalas al comer, beber o tragar saliva.

Alteraciones cognitivas

Afasia: Dificultades para el manejo del lenguaje expresivo y/o comprensivo.

Dificultades para encontrar las palabras, construir las frases, comprender, escribir (*agrafia*) y leer (*alexia*).

Apraxia: Dificultad para realizar movimientos habitualmente automáticos (*sin dificultad motora o sensitiva*).

Dificultades para posicionar adecuadamente la boca para la pronunciación o para tragar.

Agnosia: Dificultades para la interpretación de estímulos visuales, auditivos o táctiles.

Dificultades para descifrar el lenguaje hablado, para reconocer los objetos, etc.

Enlentecimiento del procesamiento de la información, alteración de la atención, memoria y funciones ejecutivas:

Falta de agilidad en el acceso al léxico y dificultades en el manejo de mensajes complejos orales y escritos.

Otras alteraciones que pueden interferir en la comunicación y/o deglución:

Labilidad, alteraciones conductuales y emocionales.

ALGUNAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS Y SUS PRINCIPALES ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN/DEGLUCIÓN

Enfermedades neuromusculares y otras que cursan sin trastorno cognitivo relevante

Esclerosis lateral amiotrófica, distrofias, miopatías, ataxias, distonías.

Pueden presentar: disartria y/o disfagia. Las dificultades cognitivas no suelen ser relevantes.

Demencias degenerativas de predominio cortical

E. de Alzheimer, demencia fronto-temporal, degeneración cortico-basal, degeneraciones corticales focales.

Pueden presentar, según enfermedades: afasia, apraxia, agnosia, alteraciones de la memoria, de la atención y de las funciones ejecutivas, alteraciones conductuales, disfagia.

Demencias degenerativas de predominio subcortical

E. de Parkinson, esclerosis múltiple, parálisis supranuclear progresiva, corea de Huntington.

Pueden presentar: disartria, disfagia, enlentecimiento en el procesamiento de la información, alteración de la atención y de las funciones ejecutivas, dificultades para evocar la información y alteraciones conductuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberca R y otros. Demencias: diagnóstico y tratamiento. Barcelona. Ed. Masson, 1998.
- Albert M, Sparks R, Helm N. Melodic intonation therapy for aphasia. *Archs Neurol* 1973; 29:130-131.
- Bayés A. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson. Barcelona: Ed. Pharmacia, 2003.
- Muñoz JM, Tirapu J. Rehabilitación Neuropsicológica. Madrid: Ed. Síntesis, 2001.
- Murdoch BE, Theodoros DG. Speech and language disorders in Multiple Sclerosis. Ed Amazon, 2000.
- Carter GT, Miller RG. Comprehensive management of amyotrophic lateral sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 1998; 9(1):271-84, viii-ix.
- Deane, KH, Ellis-Hill, C, Jones, D et al. Systematic review of paramedical therapies for Parkinson's disease. *Movement Disorders* 2002; 17 (5), 984-991.
- Deane KH, Whurr R, Playford ED et al. A comparison of speech and language therapy techniques for dysarthria in Parkinson disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001 (2): CD002814
- Drake MA, Allegri RF, Carra A. Alteraciones del lenguaje en pacientes con esclerosis múltiple. *Neurología* 2002; 17(1):12-6.
- Glickstein JK, Neustadt GK. Speech-language interventions in Alzheimer's disease. A functional communication approach. *Clin Commun Disor* 1993; 3 (1):15-30.
- Hooper T. Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's disease. *Semin Speech Lang* 2001; 22:305-316.
- Li EC, Kitselman K, Dusatko D, Spinelli C. The efficacy of PACE in the remediation of naming deficits. *J Commun Disord* 1988; 21(6):491-503.
- Mahendra N, Arkin S. Effects of four years of exercise, language, and social interventions on Alzheimer discourse. *Jour Commun Disor* 1993; 36 (5) 395-422
- Merson RM, Rolnick MI. Speech-language pathology and dysphagia in multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N* 1998; 9(3):631-41.
- Prosiegl M, Schelling A, Wagner-Sonntag E. Dysphagia and multiple sclerosis *Int MS J* 2004; 11(1):22-31.
- Ramig LO, Fox C, Sapir S. Parkinson's disease: speech and voice disorders and their treatment with the Lee Silverman Voice Treatment. *Semin Speech Lang*. 2004; 25(2):169-80.
- I Congreso Internacional de Neuropsicología por Internet www.uninet.edu/union99
- II Congreso Internacional de Neuropsicología por Internet www.serviciodc.com/congreso