

Seminario (Workshop) : Evaluación breve del lenguaje oral en adultos mediante la batería de neuropsicología cognitiva: NEUROBEL (La Habana, Cuba, 2 de julio de 2015)

Envejecer no es sólo un proceso por el que perdemos nuestros signos externos de juventud. El envejecimiento afecta también a muchas de nuestras funciones mentales más importantes tales como la memoria, la capacidad de concentración y planificación, la velocidad de pensamiento o al lenguaje (v.g. acceso a palabras e ideas). Las funciones mentales, también llamadas cognitivas, son importantes y están presentes en todas las actividades que realizamos en nuestra vida diaria.

Hoy en día, se está produciendo un aumento considerable en el porcentaje de población de ancianos en todo el mundo desarrollado. Esto es debido fundamentalmente a las mejoras en las condiciones socio-sanitarias y al descenso alarmante del número de nacimientos. La expectativa en la esperanza de vida para el 2015 en España (Instituto Nacional de estadística, 2010) supera los 80 años (casi 81 en el caso del hombre y algo más de 86 años en el caso de la mujer).

Con el aumento de la esperanza de vida, especialmente en las sociedades más avanzadas, el envejecimiento supone cada vez más otra etapa de la vida, en vez de una fase de decadencia física y mental, como sucedía hasta hace unas décadas. Pero también ha provocado efectos indeseados como el aumento del riesgo de padecer enfermedades neurodegenerativas (como la Enfermedad de Alzheimer) o una mayor prevalencia de los accidentes cerebrovasculares (ictus) asociados al envejecimiento de la población. Actualmente, la ciencia trata de buscar la manera de preservar las capacidades de las personas mayores el mayor tiempo posible, en lo que se ha venido a denominar un “envejecimiento activo”, que aboga por el mantenimiento de la salud del cuerpo y de la mente a lo largo del tiempo, a través del ejercicio físico y el entrenamiento cognitivo (similar a una “gimnasia mental”). Todo ello tiene como objetivo el aumento de la calidad en la esperanza de vida –muy por debajo de la esperanza de vida como tal (véase, Instituto Nacional de estadística, 2010)- e independencia en las personas de edad más avanzada.

Con frecuencia, se relaciona envejecimiento con demencia. Aun así, no sería apropiado deducir que envejecer sea la causa de una demencia en sí misma, ni tampoco que envejecimiento y demencia sean situaciones semejantes. Podríamos decir que la presencia de demencia posee una relación estadística directa con la edad; es decir, a mayor edad, más posibilidades hay de padecer un problema de deterioro cognitivo patológico (Bermejo y Del ser, 1993). El deterioro cognitivo puede afectar a cualquiera de las facultades mentales, aunque en primer lugar suele verse afectada la memoria, principalmente la inmediata o reciente, y frecuentemente el lenguaje.

En contraste, el envejecimiento saludable implica tener una adecuada condición física acorde con la edad, ausencia de enfermedades graves, capacidad para realizar actividades cotidianas y

el mantenimiento de las relaciones sociales. Este último requisito está estrechamente relacionado con el lenguaje, pues es el medio que permite a las personas de cualquier edad comunicarse y socializarse. En el caso de los mayores, no todos los diferentes procesos lingüísticos –como ocurre con otros como la memoria- envejecen de la misma manera. Por ejemplo, el envejecimiento normal no tiene el mismo efecto sobre la comprensión y la producción del lenguaje. Muchos especialistas (v.g. Juncos-Rabadán, 1998) describen que:

- Puede existir un deterioro en el proceso perceptivo (oído y vista) que afectan al correcto procesamiento del lenguaje por un déficit sensorial (input). Esto implica unas dificultades añadidas en el procesamiento fonológico y ortográfico del lenguaje oral y escrito.
- En tareas de denominación de dibujos o en el acceso al léxico durante una conversación, las personas mayores frecuentemente tienen más dificultades y cometen más errores, existiendo una diferencia significativa con respecto a los adultos de mediana edad a partir de los 70 años. Además, podemos apreciar un incremento de errores característicos en la denominación descritos en la literatura científica como “fenómeno de la punta de la lengua”.
- Esas dificultades de acceso al léxico se aprecian especialmente por un aumento en los tiempos de reacción, en las tareas que evalúan este proceso.
- A veces, aparecen problemas para llevar a cabo un discurso estructurado y organizado, sin perder el hilo conductor (la idea o sentido en origen) durante la conversación
- De la misma manera, la edad puede afectar en muchas ocasiones al procesamiento sintáctico. Así la producción de oraciones resulta generalmente menos compleja y rica que la de los adultos con menos de 70 años.
- Por el contrario, el procesamiento semántico (el significado) se suele mantener intacto en esta etapa avanzada de la vida y el nivel de conocimiento del vocabulario muchas veces incluso aumenta.

En la práctica clínica neuropsiquiátrica y neuropsicológica, la mayoría de los tests de sondeo (*screening*) disponibles van dirigidos fundamentalmente a evaluar el estado de la memoria y del lenguaje en las personas susceptibles de estar padeciendo un proceso de involución cognitiva anómalo.

Existen en todo el mundo un amplio número de pruebas breves, eficaces y de fácil administración en el diagnóstico temprano de los procesos de deterioro cognitivo y riesgo de demencia. En España, contamos con adaptaciones y baremaciones de las mejores y más usadas. Por ejemplo, en memoria está disponible el *Memory Impairment Screen* (MIS) (Böhm, Peña-Casanova, Gramunt, Terrón, y Quiñones, 2005; Pérez-Martínez, Baztán, González-Becerra y

Socorro, 2005), o el Test de la fotos (Carnero-Pardo y Montoro-Ríos, 2004), pensado para personas analfabetas. En lenguaje, lo que suele utilizarse para el sondeo del deterioro son pruebas que valoran la fluidez, ya sea de nombres de animales (v.g. Carnero-Pardo y Lendínez-González, 1999), objetos del hogar (Fernández, Ríos, Santos, Casadevall, Tejero, López, et al., 2002), la compra en un supermercado (Garcés, Santos, Pérez y Pascual, 2004), nombres propios de personajes públicos o famosos (Ferrero-Arias, Sánchez-Saudinós y Lamet-Gil, 2001) o valorando el recuerdo de varias categorías: frutas, colores y ciudades (Pascual-Millán, Martínez-Quiñones, Modrego-Pardo, Mostacero-Miguel, López del Val y Morales-Asín, 1990). Otros investigadores prefieren realizar “mini-baterías” de cribado utilizando distintas pruebas que exploran las funciones neuropsicológicas más importantes (v.g. Adrián, Hermoso, Buiza, Rodríguez-Parra y González, 2008), o aumentar el potencial discriminativo del test de sondeo combinando en la misma prueba tareas de memoria y de lenguaje exclusivamente (Cuetos, Menéndez y Calatayud, 2007). Para una revisión exhaustiva de las pruebas más conocidas disponibles en español, para la evaluación de cribado del deterioro cognitivo véase Peña-Casanova, Gramunt-Fombuena y Gich-Fullà (2004) y Carnero-Pardo y Montoro-Ríos (2004). Con todo, la prueba de cribado diagnóstico del deterioro cognitivo en adultos más utilizada en España sigue siendo el Test Mini-Mental (Lobo, Saz y grupo de trabajo ZARADEMP, 2002), adaptación española del MMSE (*Mini Mental State Examination*) de Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang (1975), que es la referencia habitual en la mayor parte de los centros especializados en todo el mundo.

Los logopedas –como los neuropsiquiatras y los neuropsicólogos- son asimismo profesionales del campo de la salud, especializados en la evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje en niños y adultos. Es tradicional el trabajo del logopeda en la atención a personas que necesitan una rehabilitación del lenguaje. Por esta razón, hoy día no es extraño encontrar logopedas integrados en distintos servicios hospitalarios (Rehabilitación, Neurología, Otorrinolaringología...), así como en los gabinetes y clínicas especializadas de carácter privado o en unidades de daño cerebral. Su labor, en el terreno de las lesiones cerebrales adquiridas por accidente isquémico cerebral o traumatismo craneo-encefálico, es la de realizar tareas de evaluación del deterioro de las competencias lingüísticas y comunicativas de las personas con afasia y de otros factores asociados (por ejemplo, mediante el clásico Test de Boston de Goodglass y Kaplan, 2005) o en labores de rehabilitación de trastornos como la disfagia, el habla y el lenguaje, y de otras patologías cognitivas asociadas al daño cerebral (v.g. agnosias y apraxias).

De la misma manera, actualmente los logopedas también están asumiendo un papel muy importante en la prevención e intervención de los problemas ocasionados por la involución cognitivo-lingüística en el envejecimiento. Así, cada vez es más frecuente encontrar logopedas

en labores asistenciales en el área del lenguaje, en diferentes asociaciones para personas mayores, residencias geriátricas o centros de enfermos de Alzheimer.

En la evaluación del lenguaje en adultos, el modelo más aceptado internacionalmente por los expertos procede de paradigmas basados en la denominada *neuropsicología cognitiva*, que representa la complicada red neuronal, con la que el cerebro codifica nuestra mente, utilizando un original diagrama de “cajas y flechas” (módulos y vías) para interpretar el funcionamiento, niveles y pasos del sistema de procesamiento cognitivo usado en la comprensión y producción del lenguaje (véase por ejemplo Ellis y Young, 1992). La fundamentación teórica de este modelo ha sido desarrollada por la investigación durante aproximadamente los últimos 25 años, especialmente a través de la descripción, comprensión e interpretación de los errores que comenten las personas con afasia, tras una lesión en las áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje.

Sin embargo, al contrario que sucede con el diagnóstico cognitivo de cribado usado en diferentes ámbitos, no contamos en español con baterías breves normalizadas para una evaluación sencilla y rápida del lenguaje en las personas mayores, desde la perspectiva propuesta por la neuropsicología cognitiva. Los tests estandarizados disponibles en nuestro país, desde este modelo teórico, son baterías largas: El EPLA (Valle y Cuetos, 1995), el RIENAL (Benedett, 2007) y el BETA (Cuetos y González-Nosti, 2009), muy adecuadas para tareas de descripción clínica de los trastornos afásicos y/o para la investigación, aunque económicamente costosas (especialmente el EPLA), a veces complicadas de interpretar y con un tiempo de administración extenso, lo que las convierte en pruebas no tan apropiadas cuando lo que se pretende es una primera aproximación a los déficits lingüísticos asociados a la edad en contextos no clínicos (residencias o centros de mayores) o en servicios socio-sanitarios saturados, carentes de personal y masificados.

NEUROBEL (Batería Breve de Evaluación del Lenguaje oral en Adultos) es una nueva prueba de evaluación de sondeo (*screening*), pensada para logopedas y otros profesionales que necesiten una valoración, en un corto periodo de tiempo, de los principales procesos implicados en el lenguaje oral desde paradigmas psicolingüísticos.

NEUROBEL puede considerarse una versión abreviada de otras baterías más largas de evaluación neuropsicológica del lenguaje como el EPLA (Valle y Cuetos, 1995) y el BETA (Cuetos y González-Nosti, 2009), pues toma como referencia el mismo modelo teórico de éstas. En cierta manera, lleva a cabo una síntesis y optimización de los presupuestos de estas baterías más completas, reduciéndolas a las pruebas esenciales que son necesarias para evaluar los procesos implicados en la comprensión y producción del lenguaje oral. Asimismo, NEUROBEL reduce el número de ítems por tarea, lo que redundará en un tiempo de administración más corto.

El objetivo del presente seminario es realizar un estudio piloto para establecer puntuaciones iniciales de referencia normativa de NEUROBEL, a partir de su administración a un grupo de personas adultas-mayores sanas (sin deterioro cognitivo diagnosticado).