

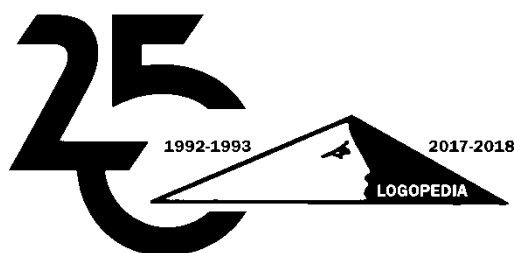


Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina
Grado en Logopedia

TRABAJO FIN DE GRADO

“Revisión sistemática de las alteraciones de la comunicación en pacientes con demencia asociada a la enfermedad de Parkinson”

“Systematic review of communication disorders in patients with dementia associated with Parkinson's disease”



Autora: Marta Suances Fraile

Tutora: Marta Ruiz Mambrilla

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA.....	9
5. RESULTADOS	11
6. DISCUSIÓN.....	27
7. CONCLUSIONES	29
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

1. RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

El párkinson es una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida que afecta al sistema extrapiramidal por degeneración de las neuronas dopaminérgicas, dando lugar a síntomas motores y no motores. Dentro de la sintomatología no motora cabe destacar la existencia del deterioro cognitivo que puede desembocar en una demencia asociada, hecho importante a la hora de intervenir en dichos pacientes.

En este trabajo se realiza una diferenciación entre la evolución de la enfermedad de Parkinson con y sin demencia asociada, teniendo en cuenta las herramientas existentes para evaluar el estado cognitivo del paciente y proponiendo la terapia de reminiscencia para su intervención. También se afirma la importancia de que exista un logopeda dentro del grupo de intervención multidisciplinar.

Palabras clave: *párkinson, enfermedad de Parkinson, demencia en párkinson, terapia de reminiscencia, evolución del párkinson.*

ABSTRACT

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder which has an unknown etiology and affects the extrapyramidal system due to the degeneration of dopaminergic neurons, causing motor and non-motor symptoms. Within non-motor symptoms we should highlight the existence of cognitive deterioration which can cause an associated dementia. This is an important fact when treating patients.

In this project, a differentiation between Parkinson's disease with dementia or without was made, considering the existing tools to assess patient's cognitive status and proposing reminiscence therapy for their treatment. In addition, the importance of an SLT therapist in a multidisciplinary intervention group is confirmed.

Key words: *Parkinson, Parkinson's Disease, dementia in parkinson's disease, reminiscence therapy, Evolution of Parkinson's disease.*

2. INTRODUCCIÓN

El párkinson es una enfermedad neurodegenerativa no mortal descrita por primera vez por James Parkinson en 1917¹. Afecta al sistema nervioso central, concretamente al sistema extrapiramidal por una degeneración de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y del núcleo estriado que sintetizan la dopamina, dando lugar a síntomas motores y no motores. Es una enfermedad crónica que afecta de diferente manera a cada persona que la padece y, pese a los avances neurológicos de la actualidad, aún se desconoce su etiología, dificultando así la intervención preventiva.

La EP (Enfermedad de Parkinson) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. En España se estima que cerca de 100.000 personas padecen párkinson. Es importante resaltar que esta enfermedad no solo afecta a las personas mayores, sino que, pese a comenzar entre los 50-70 años, se han encontrado algunos casos de aparición en jóvenes entre los 20-30 años². Dentro de la epidemiología de esta enfermedad, además, podemos decir que afecta por igual a hombres y mujeres, se puede padecer en todas las razas y en todos los niveles socioeconómicos.

Los síntomas motores más frecuentes y característicos del párkinson son cuatro:

- Temblores
Son movimientos rítmicos, lentos e involuntarios que aumentan en reposo y se reducen durante la realización de movimientos voluntarios.
- Rigidez muscular
Estos pacientes presentan una resistencia ante los movimientos pasivos de las extremidades, haciéndose visible una hipertonía muscular.
- Bradicinesia
Es la lentitud en la realización de movimientos automáticos y voluntarios que se extiende también a los movimientos faciales, dando lugar a caras inexpresivas.
- Anomalías posturales
Están alterados los reflejos posturales, desencadenando pérdida de equilibrio y trastornos en la marcha. La marcha parkinsoniana o festinante se diferencia de otras por ser una marcha con dificultades para iniciarse o interrumpirla una vez iniciada, los pasos son cortos y rápidos arrastrando los pies y en ocasiones se dan episodios de bloqueo, pareciendo que los pies están pegados al suelo.

Al mismo tiempo es una enfermedad que cursa con alteraciones no motoras, como ya se adelantaba anteriormente. Entre ellas destacan las autonómicas, las cognitivas y las psiquiátricas (depresión,

apatía, reacciones agresivas, trastornos psicóticos, síndrome de adicción a la levodopa, alteraciones del sueño...), las cuales pueden llegar a ser igual de incapacitantes que las afectaciones motoras³. En muchas ocasiones, otros trastornos de gran importancia como son los de la comunicación y la deglución quedan relegados a un segundo plano. Es principalmente este hecho por el que he decidido centrar mi trabajo de fin de grado en este tema.

Como se puede observar, existe una sintomatología muy amplia, por lo que es importante que el tratamiento de la EP tenga un enfoque multidisciplinar para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno más cercano en las diferentes áreas afectadas. La figura del logopeda es indispensable en dicho grupo de trabajo junto con los psicólogos, los terapeutas ocupacionales, los fisioterapeutas y los médicos especialistas.

Para su diagnóstico no existen exploraciones específicas, pero se emplean diferentes escalas y pruebas, tanto estandarizadas como no estandarizadas, para conocer cada caso en particular y realizar una intervención individualizada basada en las alteraciones, déficits y cualidades tanto motoras como no motoras de cada paciente.

En primer lugar, se valora en qué estadio de la enfermedad se encuentra el paciente y, para ello, las escalas más habituales son la Escala Unificada-Unified Parkinson's Disease Rating (UPDRS) y la de Hoehn y Yahr. Esta última es más simple y el estadio se determina en función de los síntomas y sus características, la extensión de la afección y el nivel de discapacidad física ocasionada por la enfermedad⁴, y puede ser:

- ESTADIO I

El paciente aún mantiene una postura erecta y la expresión facial. Es habitual que aparezcan síntomas en un solo lado del cuerpo, con temblores en una extremidad y dificultades en la motricidad fina. Además, puede comenzar a observarse la rigidez muscular y las discinesias.

- ESTADIO II

La modificación postural se hace evidente, ya que se encorvan hacia delante. En cuanto a la expresión facial, es cada vez más inexpresiva y la bradicinesia comienza a dificultar las actividades cotidianas. Pueden, asimismo, aparecer síntomas depresivos u otros secundarios a la medicación.

- ESTADIOS III Y IV

Los síntomas van siendo más graves. Destaca la gran dificultad para caminar y mantener el equilibrio, lo que desencadena caídas al pararse o girar. También hay que destacar los síntomas a consecuencia del tratamiento farmacológico (insomnio, alucinaciones, cuadros confusionales...).

- ESTADIO V

Necesitan a una persona que los ayude en todas las actividades de la vida diaria. Tienden a pasar mucho tiempo sentados o tumbados, por lo que se pueden producir laceraciones. Además, las alteraciones en el lenguaje se acentúan.

Posteriormente se suele continuar con las evaluaciones de las demás áreas motoras y no motoras.

Respecto a estas evaluaciones, esta revisión sistemática valorará cuáles son actualmente las que ayudan a hacer un diagnóstico exhaustivo y diferencial, ya que en ciertos campos la información que se obtiene no es esclarecedora para la intervención por los diferentes profesionales que conforman el equipo multidisciplinar. De igual modo, se resaltarán las diferencias concretas que existen en la enfermedad de Parkinson que cursa con deterioro cognitivo y la que cursa con demencia, y las evaluaciones que nos facilitan conocer el tipo específico de demencia que sufre el paciente, en el caso de padecerla.

Otras diferencias que se persiguen en esta revisión son las existentes entre la evolución de la enfermedad de Parkinson con y sin demencia asociada, haciendo especial hincapié en las áreas en las que la intervención logopédica es necesaria, es decir, comunicación, deglución y alteraciones cognitivas.

En cuanto a la rehabilitación de esta enfermedad, se tiene como objetivo principal conseguir una independencia en las actividades de la vida diaria. Para ello, además del tratamiento farmacológico, se realizan una serie de ejercicios para mejorar la postura, el equilibrio, la marcha, ejercicios respiratorios y actividades que persiguen suavizar las alteraciones cognitivas y psiquiátricas. Antes de diseñar los programas se sopesan qué variaciones pueden ser superadas, cuáles compensadas y las que no son tratables ¹.

En relación con los tipos de intervención, en este trabajo se indaga sobre los posibles efectos beneficiosos que podría tener la terapia de reminiscencia en los pacientes que sufren la enfermedad de Parkinson con o sin demencia. La terapia de reminiscencia se define como el proceso de recuperación de episodios experimentados personalmente en el pasado. Se trata de pensar sobre experiencias pasadas, especialmente sobre las que resultan personalmente gratificantes (McMahon y Rhudick, 1964). Hasta el momento, esta terapia se ha llevado a cabo en su mayoría con pacientes que padecen demencia de tipo Alzheimer, pero tal vez se obtengan buenos resultados respecto a la EP. Como ya se ha mencionado, uno de los síntomas no motores del párkinson es la tendencia a padecer depresión. Según diversos estudios de las autoras Rosa Afonso y Belén Bueno, esta terapia

es una buena estrategia para la reducción de la sintomatología depresiva porque promueve recordar episodios autobiográficos opuestos a las tendencias de recuerdo desadaptativas que se relacionan con la depresión, buscando así el recuerdo positivo en vez de las experiencias negativas⁵. Además, es una intervención que refuerza paralelamente todos los procesos cognitivos, frenando el deterioro de la calidad de vida de pacientes que cursan con alguna alteración en esta área al establecer conexiones entre el pasado, el presente y el futuro de la persona⁶.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es realizar una revisión pormenorizada y sistemática sobre la evolución de la enfermedad de Parkinson que cursa con demencia y las alteraciones que se producen en la comunicación. Con ese fin, se investiga la literatura recogida de diversos artículos científicos publicados en diferentes bases de datos para llegar a una serie de comparaciones, reflexiones y conclusiones ligadas al ámbito logopédico. Todas ellas serán desarrolladas más adelante.

Por consiguiente, los objetivos propuestos son:

1. Destacar las diferencias existentes entre la evolución de la enfermedad de Parkinson que cursa sin demencia y con demencia asociada.
2. Conocer los factores que pueden hacer que el deterioro cognitivo en párkinson evolucione a demencia.
3. Valorar los beneficios de la intervención logopédica basada en la reminiscencia con estos pacientes.
4. Corroborar la importancia de la figura del logopeda dentro de un equipo de intervención multidisciplinar en dicha patología.
5. Comprobar las formas de evaluación empleadas para el diagnóstico de la demencia en el párkinson.

4. METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en los meses de enero a junio de 2018, mediante una búsqueda sistemática cualitativa a través de 6 metabuscadores: Google Académico, PubMed, Dialnet, Elsevier, SciELO, Redalyc y páginas o revistas virtuales a las que se ha accedido derivando desde los artículos encontrados en dichos buscadores, como por ejemplo “Revista Neurológica”.

Para poder llevar a cabo esta investigación se emplearon palabras claves como: “párkinson”, “Enfermedad de Parkinson”, “evolución del párkinson”, “demencia parkinsoniana”, “demencia en párkinson” y “terapia de reminiscencia”; tras examinar los primeros artículos encontrados, se amplió la búsqueda para encontrar resultados más concretos con “terapias no farmacológicas”, “terapias cognitivas” “Alteraciones sensoriales en párkinson” y “Alteraciones cognoscitivas en párkinson”.

Durante la búsqueda no se estableció una fecha de publicación concreta ni filtro al tipo y la forma de los artículos. Únicamente se excluyeron aquellos escritos en cualquier idioma que no fuese el español. Así se consiguió un total de 50 artículos publicados entre los años 1996 y 2017, de los cuales se han seleccionado 33 para la realización de dicho trabajo correspondientes a nueve países diferentes (España, Cuba, Costa Rica, Chile, México, Portugal, Argentina, Colombia y Perú), todos ellos de habla hispana.

Cabe destacar que los artículos que cumplen los criterios de inclusión para este trabajo han sido, en su mayoría, seleccionados de la base de datos de Google Académico, ya que en el resto de bases se dificultaba el hecho de obtener artículos de manera gratuita.

Las pautas seguidas para la elaboración del trabajo se pueden dividir en tres periodos:

- A lo largo de los meses de enero y febrero se realizó la búsqueda exhaustiva y la selección de artículos. Una vez hecha esta selección, se determinaron los objetivos propios del estudio. Para facilitar las revisiones posteriores y sucesivas de dichos artículos a lo largo de todo el proyecto, se catalogaron por su contenido, y en consonancia con los objetivos, en: deterioro cognitivo y demencia en la EP, evolución de la EP, intervención con terapia de reminiscencia y pruebas de evaluación.
- El mes de marzo se dedicó al análisis de todos los documentos mencionados y a la realización de una tabla que recoge 20 artículos que tratan, en su mayoría, casos y estudios clínicos. En esta tabla se han determinado unos encabezados que agrupan la información más relevante para los objetivos planteados. El orden en el que aparecen los artículos es por fecha de publicación, desde 1999 hasta 2017.

- Finalmente desde abril hasta junio, se han redactado los diferentes apartados teóricos del trabajo y se estudiaron de forma crítica los resultados obtenidos, elaborándose así la discusión del trabajo. Por último, se elaboraron unas conclusiones tras la síntesis de todos los datos valorados.

Durante todo el proceso se han seguido las normas Vancouver para citar en texto y realizar las referencias bibliográficas.

5. RESULTADOS

La revisión sistemática que se ha llevado a cabo consta de 33 artículos, de los cuales 20 se han reflejado en la tabla de resultados (Tabla 1. Resultados) por contener, en su mayoría, estudios en la población. Los encabezados de dicha tabla han sido elegidos en función de los objetivos que persigue el proyecto, para así facilitar su estudio, presentarlo de una forma más ordenada y favorecer la obtención de unas conclusiones más concretas.

En primer lugar, es interesante conocer los datos empíricos de cada uno de los estudios, por ello se ha introducido el apartado de “pacientes”, compuesto a su vez de: el número de estudios o ensayos, la muestra de pacientes que se emplea y las edades que comprende cada estudio respectivamente.

En el siguiente apartado se recoge la etiología de la que trata cada uno de estos artículos, de los cuales el 50% pertenecen a artículos de alteraciones cognitivas como la demencia o el deterioro cognitivo, el 40% se centran en la evolución de la enfermedad de Parkinson y el 10% hace referencia a otros aspectos que influyen en la evolución del párkinson como la depresión.

Para conocer la evolución de la enfermedad de Parkinson, tanto si cursa con demencia o deterioro cognitivo como si no (primer y segundo objetivo), se ha optado por plasmar en la tabla la sintomatología mencionada en los diferentes artículos. Dentro de este bloque se distingue entre logopédicos y no logopédicos.

Además, se ha creado un apartado para conocer las pruebas de evaluación empleadas para el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson y de sus trastornos asociados. Esto ayudará a conocer aquellas que obtienen una información lo más completa posible de cara a las intervenciones multidisciplinares (quinto objetivo).

Otra columna que se ha elegido introducir es la de intervención disciplinar que reúne los tratamientos mencionados en dichos artículos y los profesionales que los llevan a cabo. Gracias a este apartado, se podrá conocer si la figura del logopeda está o no presente dentro del equipo multidisciplinar (cuarto objetivo).

Por último, se recogen los resultados de los estudios o intervenciones, facilitando el conocimiento de los beneficios o inconvenientes de cada uno de ellos. Sobre todo, se prestará atención a las pruebas de evaluación que ayuden a dar un mejor diagnóstico (quinto objetivo) y a conocer los tipos de beneficios que resultan de la terapia con reminiscencia (tercer objetivo) y si tiene cabida en la patología en la que se basa este proyecto.

Una vez analizados en profundidad dichos artículos, se exponen a continuación los resultados relevantes para los objetivos que persigue este trabajo:

Tabla 1. Resultados

Autor (año)	Pacientes			Diagnóstico	Síntomas					Instrumentos de evaluación	Intervención multidisciplinar		Resultados del estudio /intervención
	Estud.	Muestra	Edad		Logopédicos			No logopédicos			Tto.	Profesional	
					Alt. respiración	Alt. Fluencia y articulación	Otros	No logopédicos					
								M.	No M.				
Pérez Nellar, J. y Arias Sifontes, W. (Año 1999)	-	74	61-67	Demencia en párkinson	-	-	-	Temblores, rigidez, hipocinesia,	Ep. confusionales y depresión	Escala de Hoehn y Yahr	Farmacológ.	-	-
Carnero- Pardo, C. y Lendínez-González, A. (Año 1999)	-	358	>50	Demencia	-	Fluencia verbal alterada en el grupo control con demencia	-	-	-	Test de fluencia verbal semántica	-	-	Es útil para diagnosticar demencia y diferenciarlo de procesos de DC.
Torres Carro, O. et al. (Año 2001)	-	122	47-83	Párkinson	Disminución del volumen espiratorio.	Alt. prosodia y movilidad velopalatina Disartria parkinsoniana	Lenguaje hipofónico, monótono, farfullante, atropellado e ininteligible	Hipocinesia, bradicinesia y rigidez	-	-	Farmacológ. Logoped.	-	Las alt. del lenguaje van en función de la intensidad de la enfermedad, siendo la rehabilitación logopédica muy útil
Luciano Pérez, M. et al (Año 2003)	-	55	65-71	Demencia en párkinson	-	-	Orientación, memoria, escritura, atención y cálculo	Rigidez, hipocinesia y temblor.	-	Prueba mínima del estado mental Prueba de Folstein (MMSE) Escala de Hoehn y Yahr	-	-	Asp. neurológicos más afectados: orientación, memoria de evocación, escritura y copia.

Abreviaturas: Estud =Estudios; Alt. = Alteración; Tto. = Tratamiento; M. = Motor; No M. = No motor; Ep. = Episodios; MMSE = Mini Mental State Examination; Farmacológ. = Farmacológico; Logoped.= Logopédico; DC= Deterioro Cognitivo; Asp =Aspectos.

Tabla 1. Resultados (continuación)

Autor (año)	Pacientes			Diagnóstico	Síntomas					Instrumentos de evaluación	Intervención multidisciplinar		Resultados del estudio /intervención
	Estud.	Muestra	Edad		Logopédicos			No logopédicos			Tto.	Profesional	
					Alt. respiración	Alt. Fluencia y articulación	Otros	M.	No M.				
Francés, I. et al (2003)	3	101	81-82	Demencia	-	-	-	-	-	Behaviour (CAPE) MMS Beck Depression Inventory Katz- ADL	Estimulación psicocognos.	-	La reminiscen. Mejora la conducta y efectos positivos en la socialización
Gómez Vieira, N. et al (Año 2004)	-	71	>60	Demencias	-	-	Memoria, atención, repetición, lectura, escritura y copia	-	-	Minimental State de Folstein	-	-	Diferencia en los valores promedio en los diferentes tipos de demencia y funciones mentales que se afectan según la variante de demencia
Parrao-Díaz, T. et al (2005)	-	110	66	Párkinson	-	Si	Memoria, atención, orientación y abstracción	Temblo, bradicinesia, rigidez y afectación axial	Nivel de escolaridad	Test Minimental Parkinson (MMP)	-	-	El DT se relaciona con las variables de edad, gravedad y características de la enfermedad
GRUPO ELEP (Año 2006)	-	350	30-60/>60	Párkinson	-	-	Afectación a la memoria, praxias y lenguaje	Rigidez, temblor, inestabilidad postural y afectación autonómica	-	SCOPA-Autonómica SCOPA-Sueño SCOPA-Psicosocial SCOPA-Cognición SCOPA-Motor SCOPA-Costes EuroQoL Hospital Anxiety and Depression Scale Escala analógica visual (EVA) Parkinson Osychoosis Rating Scale Clinical Impression of Severity Index-PD	Farmacológ.	-	Análisis de las nuevas escalas en la valoración longitudinal de los pacientes con Parkinson

Abreviaturas: Estud.= Estudios; Alt. = Alteración; Tto. = Tratamiento; M. = Motor; No M. = No motor; SCOPA= Scale for Outcomes in Parkinson's disease; Psicocognos. = Psicocognoscitivos; DT=Deterioro Cognitivo; Farmacológ. = Farmacológico.

Tabla 1. Resultados (continuación)

Autor (año)	Pacientes			Diagnóstico	Síntomas					Instrumentos de evaluación	Intervención multidisciplinaria		Resultados del estudio /intervención
	Estud.	Muestra	Edad		Logopédicos			No logopédicos			Tto.	Profesional	
					Alt. respiración	Alt. Fluencia y articulación	Otros	M.	No M.				
Carnero-Pardo, C, et al (Año 2007)	-	378	72	DET y DEM	-	-	-	-	Nivel educativo	Test de fotos (Fototest)	-	-	Test breve, fácil, sin influencia educativas. Útil para identificar DET y DEM.
Demey, I y Allegri, F. (Año 2008)	-	-	-	Demencia en párkinson y por cuerpos de Lewy	-	Disminución del rendimiento en fluencia verbal Apraxias	Alt. en funciones ejecutivas, memoria y procesos atencionales	Bradicinesia, hipocinesia, rigidez, temblor, trastornos de postura y marcha	Trastornos autonómicos, sensitivos, olfatorios y en el sueño	Mini Mental State Examination (MMSE) Ev. de Cambridge para trastornos mentales (CAMCOG) Dementia Rating Scale (DRS) SCOPA-COG	Farmacológ. Rehab. motórica Terapia de estimulación cognitiva	Neurólogo Fisioterapeuta -	La demencia asociada a la EP y la de Cuerpos de Lewy son diferentes dentro del espectro clínico y patológico de las alfa sinucleinopatías
Alfonso, R.M. y Bueno, B (Año 2009)	90	-	65-94	Depresión en la vejez	-	-	-	-	Depresión	Mini Mental State Examination (MMSE) Autobiographical Memory Test Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Reminiscen.	Psicólogo	Reducción de sintomatología depresiva
Alfonso, R.M. et al. (Año 2010)	-	-	-	Deterioro cognitivo ligero y demencia leve	-	Discurso social	Memoria, sentido de identidad y desorientación	-	Depresión, fun. social y conductas problemáticas	-	Intervención cognitiva	Psicólogo	La reminiscencia mejora el funcionamiento social, memoria, la desorientación y depresión; estimula la identidad del yo y encuentran sentido a la vida.

Abreviaturas: Estud.=Estudios; Alt. = Alteración; Tto. = Tratamiento; M. = Motor; No M. = No motor; DET= Deterioro cognitivo; DEM= demencia; EP= Enfermedad de Parkinson; fun. =funcionamiento; Rehab.=Rehabilitación; Reminiscen.=Reminiscencia; Farmacológ. = Farmacológico; Reh. = Rehabilitación; SCOPA= Scale for Outcomes in Parkinson’s disease.

Tabla 1. Resultados (continuación)

Autor (año)	Pacientes			Diagnóstico	Síntomas					Instrumentos de evaluación	Intervención multidisciplinar		Resultados del estudio /intervención
	Estud.	Muestra	Edad		Logopédicos			No logopédicos			Tto.	Profesional	
					Alt. respiración	Alt. Fluencia y articulación	Otros	M.	No M.				
Marañón, D. et al (Año 2011)	-	104	68	Deterioro neuropsicol. en párkinson	-	-	Deterioro cognitivo, memoria verbal, funciones ejecutivas y capacidad viso-perceptual	-	Velocidad de procesamiento Nivel de educación	MMSE WAIS-III Test de fluidez verbal (TFV) Test de Aprendizaje Verbal (TAVEC) Judgment of Line Orientation (JLO) Five-Point test (FPT)	Farmacológ.	Neurólogo	Deterioro significativo en la velocidad de procesamiento de la información, el funcionamiento ejecutivo, la memoria verbal y la capacidad viso-perceptual en los pacientes EP sin demencia. Alto umbral para discriminar la disfunción ejecutiva
Cervantes-Arriaga, A. et al (Año 2012)	-	773	65-75	Parkinson	-	-	Deterioro cognitivo	Discinesias, fluctuación motoras, alt. marcha, temblor	Depresión y ansiedad	Escala de Hoehn y Yahr SCOPA-SPES Escala de síntomas no motores (NMSS) Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) SCOPA-Sueño Cuestionario de calidad de vida PDQ-8 Inventario de Beck (BDI) Escala de sobrecarga del cuidador Zarit	-	-	Conocer la progresión de EP y facilitar la detección de los individuos susceptibles de complicaciones motoras y no motoras. Todo esto ayudará a mejorar las estrategias terapéuticas

Abreviaturas: Alt. = Alteración; Neuropsicol. = Neuropsicológico; Tto. = Tratamiento; MMSE= Mini Mental Stade Examination; SCOPA= Scale for Outcomes in Parkinson's disease; M. = Motor; No M. = No motor; EP= Enfermedad de Parkinson.

Tabla 1. Resultados (continuación)

Autor (año)	Pacientes			Diagnóstico	Síntomas					Instrumentos de evaluación	Intervención multidisciplinar		Resultados del estudio /intervención
	Estud.	Muestra	Edad		Logopédicos			No logopédicos			Tto.	Profesional	
					Alt. respiración	Alt. Fluencia y articulación	Otros	M.	No M.				
Custodio, N. et al (Año 2013)	-	83	>50	Párkinson	-	-	Deterioro cognitivo	-	-	Mini Mental State Examination (MMSE) Prueba de dibujo de reloj versión de manos (PDR-M) Pfeffer Functional Activities Questionnaire (PFAQ) Addenbroke`s Cognitive examination (ACE) Weschler Memory Scale Wisconsin Card Sorting Test (WCST) Stroop Test de denominación Boston Test de cubos del WAIS-III	-	-	Los pacientes con EP tienen dificultades en atención, memoria episódica viso-espacial y en la mayoría de las funciones ejecutivas, también alteraciones en el lenguaje en distintos grados, según sea DTC o DEM
Mestas Hernández, L. y Salvador Cruz, J. (Año 2013)	-	30	Media 64,53	Párkinson	-	-	-	-	-	Escala de Hoehn y Yahr MiniMental Parkinson (MMP) Inventario de Beck (BDI)	-	-	Podría existir una relación positiva entre la evolución del DTC a DEM y el nivel de educación
Bocanegra, Y. Trujillo-Orrego, N. y Pineda, D. (Año 2014)	Total: 12	Total: 9733		Párkinson	-	Alterado	Deterioro cognitivo, procesos atencionales y memoria	-	-	SCOPA-COG Parkinson`s Disease-Cognitive Rating Scale (PD-CRS) Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) Mini Mental State Examination (MMSE)	-	-	El DTC en EP puede manifestarse en diferentes etapas de la enfermedad mientras que la demencia suele desarrollarse en etapas tardías en la mayoría de los pacientes

Abreviaturas: Alt. = Alteración; Tto. = Tratamiento; SCOPA-COG= Scale for Outcomes in Parkinson`s disease- Cognitive; EP= Enfermedad de Parkinson; M. = Motor; No M. = No motor, DTC: Deterioro Cognitivo, DEM : Demencia.

Tabla 1. Resultados (continuación)

Autor (año)	Pacientes			Diagnóstico	Síntomas					Instrumentos de evaluación	Intervención multidisciplinar		Resultados del estudio /intervención
	Estud.	Muestra	Edad		Logopédicos			No logopédicos			Tto.	Profesional	
					Alt. respiración	Alt. Fluencia y articulación	Otros	No M.					
								M.	No M.				
González-Arévalo, K. (Año 2015)	-	526	>65	Demencia	-	-	Deterioro cognitivo	-	Depresión y ansiedad	<i>Minimental State Examination (MMSE)</i> <i>36- Item Short Form Health Survey QoL-AD</i> <i>Cuestionario salud general de Golberg</i> <i>Autobiographical Memory Interview</i> <i>Quality of the Carer-Patient Relationship-33</i> <i>Rating Anxiety in Dementia</i> <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	Terapia de reminiscen.	-	Aumento de sociabilidad y confianza y mejoría de la memoria autobiográfica
Toribio-Díaz, ME. Y Carod-Artal, F. (Año 2015)	10	Total: 2569	-	Párkinson	-	-	Deterioro cognitivo y alteraciones en las funciones ejecutivas	-	Alteración de la atención y la conducta, depresión, hipersomna y fatiga	<i>Scales for Outcome of Parkinson's disease (SCOPA-cog)</i> <i>Montreal cognitive Assessment (MoCA)</i> <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	-	-	Los criterios diagnósticos del DCL en la EP publicados por la Sociedad de Trastorno del Movimiento son una herramienta diagnóstica muy importantes aunque con algunas limitaciones
Irazoki, E., Sánchez-Meca, J. y García-Casal, JA. (Año 2017)	14	1417	>60	Demencia	-	-	Deterioro cognitivo	-	Estado de ánimo: depresión, alt. conducta y calidad de vida	-	Terapia de reminiscen. grupal en personas con demencia	-	No mejoró el estado de ánimo, calidad de vida, alteraciones de conductas, ni AVD. Si se encontraron en los procesos cognitivos

Abreviaturas: Alt. = Alteración; Tto. = Tratamiento; EP= Enfermedad de Parkinson; DCL=Deterioro Cognitivo Leve; AVD = Actividades de la Vida Diaria; M. = Motor; No M. = No motor; Reminiscen.=Reminiscencia.

A continuación se reflejan los resultados obtenidos por objetivos tras la exhaustiva revisión de los 33 artículos seleccionados para este trabajo:

Destacar las diferencias existentes entre la evolución de la enfermedad de Parkinson que cursa sin demencia y con demencia asociada.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad principalmente caracterizada por las alteraciones motoras como consecuencia de la degeneración dopaminérgica en el sistema extrapiramidal, es decir, existe pérdida neuronal y de pigmentación en la sustancia negra.⁷ Además, el párkinson puede cursar con trastornos cognitivos presentes en distintos grados, tanto de forma específica como de forma más general acompañando a un cuadro demencial. El propio James Parkinson terminó afirmando que estas alteraciones cognitivas son frecuentes en la enfermedad e incluso en la actualidad se considera uno de sus rasgos más importantes aunque no todos los pacientes con párkinson desarrollen una demencia.⁸

En España la epidemiología de esta enfermedad está entre los 100.000 y los 150.000 afectados, de los cuales un 30-50% puede no estar diagnosticados.⁹ De estos, el porcentaje de personas que padecen además demencia va aumentando significativamente según va avanzando el transcurso de la enfermedad¹⁰.

A continuación se va a proceder a enunciar las características evolutivas del párkinson sin demencia y con demencia respectivamente, partiendo de los datos encontrados durante la revisión de diversos artículos, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos en los que la logopedia tiene cabida.

La enfermedad de Parkinson, como ya se ha mencionado, se caracteriza por alteraciones motoras basando incluso su diagnóstico clínico en tres síntomas principales: bradicinesia, rigidez y temblor, aunque este último no es excluyente de diagnóstico si no está presente, ya que puede estar ausente en el 30%.¹ Estos síntomas comienzan a aparecer únicamente en un lado del cuerpo y, a medida que avanza la enfermedad, pasa a ser bilateral la afección, dando lugar, además, a dificultades en la postura y la marcha. Al inicio, las fluctuaciones motoras son previsibles, pero a medida que avanza la enfermedad se hacen más complejas; por ejemplo, en estadios avanzados de la enfermedad se desarrollan las discinesias en forma de movimientos coreicos, distónicos o balísticos que afectan a cualquier parte del cuerpo y pueden resultar incapacitantes.¹¹ Otras alteraciones motoras en las que se centra menos la atención pero que son igual de importantes de atender para mejorar la calidad de vida de estos pacientes son los trastornos de deglución y lenguaje. La disfagia se hace presente a raíz de los temblores en los músculos laríngeos y el aumento de secreciones bronquiales que pueden desembocar en una sepsis respiratoria.¹ Respecto al lenguaje, el síntoma más característico es la

disartria hipocinética.¹² El habla parkinsoniana es reconocida por tener una intensidad y sonoridad monótona, hipofónica, farfullante, con lentos ataques y pausas significativas para respirar, generando una disminución de la fluidez verbal y alteraciones en la resonancia debido a dificultades en la movilidad velopalatina. A medida que transcurre la enfermedad va siendo cada vez más ininteligible, precisando un tratamiento farmacológico, fisioterapéutico y especialmente logopédico.^{1,12,13} Estas alteraciones afectan a más del 70% de las personas que sufren párkinson.^{1,13}

No hay que perder de vista que esta enfermedad cursa también con trastornos no motores: trastornos neuropsiquiátricos y de la conducta (deterioro cognitivo, demencia, depresión, ansiedad...), autonómicos (hipotensión postural, trastornos gastrointestinales...), trastornos del sueño, sensoriales y sensoriomotores. En cuanto a los trastornos sensoriales, que son aquellos provocados por alguna alteración en los órganos de los sentidos, son esclarecedores a la hora de diagnosticar la enfermedad de Parkinson los siguientes¹⁴:

- OLFATO

La disfunción olfatoria se está empezando a utilizar como marcador precoz, ya que aparece incluso antes que los síntomas motores. Además, se ha demostrado que la enfermedad evoluciona más rápidamente en aquellos pacientes con mayor disfunción olfatoria.

- VISTA

La disfunción de la agudeza visual aparece progresivamente a medida que la enfermedad avanza, siendo factor de riesgo para el desarrollo de alucinaciones visuales. También existe un deterioro en la capacidad de discriminación, tanto de colores como de rostros; pero solo aparece en estadios avanzados.

Respecto a la enfermedad de Parkinson que cursa con demencia, hay una serie de aspectos diferentes en la afectación y evolución de los síntomas. En cuanto a las características principales de la enfermedad, diversos estudios han demostrado que es más frecuente el parkinsonismo bilateral y simétrico; además, respecto a los tres signos cardinales de la enfermedad (bradicinesia, rigidez y temblor) es, en general, mayor la intensidad en los pacientes dementes.¹⁵ Hay que tener presente que el tiempo de aparición de la demencia en el trascurso de la enfermedad es tardía y se caracteriza principalmente por alteraciones en la orientación, en las habilidades visuoespaciales y visuoperceptuales, en la memoria de evocación, episódica y de trabajo, también afecta al rendimiento en las actividades que precisan atención sostenida y focalizada, bajo desempeño en las tareas de razonamiento espacial y un mayor número de errores para lograr la formación de conceptos.^{15, 16, 17} Dentro del área del lenguaje cabe destacar una disminución notable en la fluidez verbal, con una evidente la disminución en la longitud de la frase.¹⁵ También diversos estudios han

obtenido como resultado que en la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson los aspectos más afectados son la copia de la figura y la escritura.¹⁸

Por último, de cara a la intervención, es importante conocer que estos pacientes son más susceptibles a los efectos secundarios de los fármacos antiparkinsonianos por lo que será necesario tratar de minimizar estos efectos.¹⁹

Conocer los factores que pueden hacer que el deterioro cognitivo en párkinson evolucione a demencia.

En la enfermedad de Parkinson podemos encontrar pacientes que tienen asociados déficits cognitivos, tanto en casos iniciales como en estadios avanzados. Este rendimiento cognitivo se extiende desde la normalidad hasta la demencia.²⁰

La tarea de evaluar en estos pacientes la existencia de deterioro cognitivo y el nivel de afectación del mismo se complica, ya que a la hora de pasarles pruebas indicativas de la existencia de dicho deterioro habrá que tener en cuenta que los resultados pueden verse negativamente afectados por la bradicinesia o el temblor, ya que limitarán la ejecución de aquellas pruebas en las que se requieran habilidades motoras. También los síntomas no motores, como la fatiga o alteraciones de la conducta, y el tratamiento farmacológico influirán de forma negativa.²¹ Por ello, muchos estudios se centran en encontrar indicadores que faciliten la tarea de diagnosticar las alteraciones cognitivas en los pacientes con párkinson. Algunos de estos estudios se han basado en la fisiopatología que, pese a ser muy controvertida, diversos factores sugieren que la deficiencia de dopamina contribuye al deterioro intelectual mientras que la reducción de acetilcolina y de sus enzimas en el núcleo basal de Meynert dan lugar a los trastornos demenciales.⁷ Otros, en cambio, van más enfocados a conocer los factores que pueden favorecer la transformación del deterioro cognitivo en demencia como, por ejemplo, la evolución y duración de la enfermedad, el sexo del paciente, la edad y sobre todo si en estadios iniciales han presentado deterioro cognitivo leve porque tienen mayor riesgo de padecer demencia que aquellos pacientes que no lo han padecido.²² Incluso hay resultados que indican que podría existir una relación positiva con el nivel de educación o la ocupación laboral siguiendo las líneas de estudio de la hipótesis de reserva cognitiva.²³

Para finalizar, a continuación se resume en la *Tabla 2* (Tabla 2. Resumen de las características en deterioro cognitivo y demencia en la enfermedad de Parkinson) algunos aspectos característicos en la evolución de los diferentes niveles de afección de las alteraciones cognitivas en párkinson:¹⁰

<i>CARACTERÍSTICAS DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON</i>	<i>CARACTERÍSTICAS DE LA DEMENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la atención • Alteraciones en las funciones ejecutivas • Alteración en la memoria visuoespacial 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la atención • Alteraciones en las funciones ejecutivas • Alteración en la memoria visuoespacial • Afectación de la memoria verbal y episódica • Afectación del lenguaje

Tabla 2. Resumen de las características en deterioro cognitivo y demencia en la enfermedad de Parkinson

Valorar los beneficios de la intervención logopédica basada en la reminiscencia con estos pacientes.

Son muchas las terapias no farmacológicas empleadas en el tratamiento de aquellos pacientes que padecen una demencia, ya sea esta la enfermedad principal o secundaria, u otra como, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson. En este trabajo se ha realizado una revisión íntegra de los beneficios existentes especialmente en la terapia de reminiscencia.

Esta terapia tiene origen en los primeros trabajos de Butler sobre la “Revisión de Vida” en 1963, quien lo concibió como un proceso mental natural en el que se traen a la conciencia las experiencias pasadas, además de los posibles conflictos que a lo largo de la trayectoria vital no se han resuelto para sentir finalmente que su vida está completada.^{6, 24, 25} No obstante, fueron los estudios de Kiernat a través de los que se afirma que la terapia de reminiscencia puede ser muy útil en pacientes con demencia.²⁵

A lo largo de la historia han sido múltiples autores los que se han interesado por conocer hasta qué punto la implantación de esta terapia no farmacológica es efectiva, tanto en su uso exclusivo como complementando a otro tipo de intervenciones. En la actualidad se continúa estudiando la intervención con reminiscencia, destacando entre otros la autora Rosa Afonso que, en colaboración con diferentes autores, ha indagado los resultados de dicha terapia, no solo con demencias o en la vejez, sino también en sintomatologías depresivas.⁵

La forma de intervenir con esta terapia puede ser de manera formal mediante sesiones individuales o grupales dirigidas por un terapeuta, o bien, con un enfoque más informal a lo largo de todo el día. Si

se opta por la vía formal y se interviene de manera grupal, no solo se estimularán los procesos de la memoria, sino que también permite la estimulación funcional y social.²⁶

La reminiscencia entendida como una reconstrucción narrativa de los eventos vitales basada en la memoria autobiográfica, facilita el trabajo con recuerdos almacenados por su significado emocional, dando lugar a una reconstrucción de los hechos vividos a largo plazo²⁷ y, por tanto, generando una mejora cognitiva significativa visible en todos los resultados de los artículos revisados. Sin embargo, es necesario conocer la diferencia entre la revisión de vida y una reminiscencia más general, ya que en la primera, un terapeuta como oyente evalúa la memoria personal, y la segunda va enfocada a realizar discusiones en un grupo tendiendo a mejorar la interacción social, además de la estimulación cognitiva.²⁵

Se han mencionado tres grandes pilares de aplicación y estudio de esta terapia: deterioro cognitivo o demencia, sintomatología depresiva y el envejecimiento. En torno a este último, Salazar-Villanea²⁷ remarca las tres funciones que se han demostrado en estudios clínicos-psicogerontológicos:

- Función interpersonal
Recuerdo en un contexto social y posterior puesta en común, dando lugar a la interacción e intercambio de experiencia y la generación de empatía.
- Función intrapersonal
Regulación del estado de ánimo y la formación del autoconcepto.
- Función cognitiva
Integración de la información de la memoria episódica en la memoria semántica para la resolución de problemas en la vida cotidiana.

Respecto a la sintomatología depresiva, se ha concluido que el programa de intervención con reminiscencia ayuda a reducir la sobregeneralización y la tendencia a los recuerdos negativos.¹

Para finalizar, los beneficios más relevantes en función de los datos revisados para el tratamiento en demencias y deterioro cognitivo se resumen en la estimulación de la memoria y el lenguaje, mejora en el funcionamiento social y relaciones familiares, reducción de conductas problemáticas y de la desorientación, aumento de la atención y la concentración, satisfacción y bienestar tanto del paciente como de las personas cuidadoras y facilitar la adaptación a las actividades de la vida diaria.^{6,}

^{24, 27}

No obstante, en un 30% de los artículos revisados sobre este tema se ha obtenido como resultado beneficio en los aspectos cognitivos, no siendo tan significativo en los aspectos sociales, en la conducta o en el estado de ánimo.^{24, 27, 28} Bien es cierto que estos estudios reconocen los resultados

de otros muchos que sí han obtenido beneficios en estas áreas y denuncian las limitaciones metodológicas en la ejecución de la terapia de reminiscencia por la variedad de estrategias de aplicación, además de remarcar la necesidad de realizar un mayor número de estudios con esta terapia atendiendo al nivel de deterioro.²⁴

Corroborar la importancia de la figura del logopeda dentro de un equipo de intervención multidisciplinar en dicha patología.

La enfermedad de Parkinson, al caracterizarse por su sintomatología motora y no motora, ha suscitado en los últimos años un gran interés para un amplio abanico de especialistas, ya que genera dependencia en múltiples áreas desde estadios iniciales.¹ El tratamiento base es el que se lleva a cabo con fármacos para reestablecer la dopamina estriatal mediante la administración de levodopa y con el uso de agonistas dopaminérgicos.¹¹ De este tipo de tratamiento se encargara el profesional médico, quien debe tener en cuenta los efectos adversos que tienen estos fármacos en algunos síntomas como la aparición de fluctuaciones motoras y discinesias,¹¹ hasta ser incluso más susceptibles a dichos efectos secundarios si el párkinson cursa con demencia.¹⁹

Desde el punto de vista de la intervención psicológica, buscarán una buena aceptación de la enfermedad a través de la orientación personalizada por parte del profesional y, respecto a la terapia ocupacional, se encaminará el tratamiento al entrenamiento para la realización de las actividades de la vida diaria.¹

Además, es necesario que reciban tratamiento fisioterapéutico a través de programas de rehabilitación motora para mejorar el control motor que en combinación con la rehabilitación logopédica se obtiene una recuperación óptima de la disartria parkinsoniana, ya que se han demostrado mejoras significativas en la hipofonía, la prosodia y la articulación.^{13, 17} Más específicamente dentro de los síntomas no motores, las terapias de estimulación cognitiva han dado también muy buenos resultados.¹⁷

En general, son prácticamente inexistentes los artículos que mencionan la intervención por parte del logopeda, pese a ser indispensable su intervención en síntomas como la disfagia y la disartria, junto con los trastornos de voz que pueden desarrollar o las alteraciones cognitivas, en las que el logopeda también tiene cabida. En muchos artículos no refieren al profesional que lleva a cabo los diferentes tipos de intervención y si se menciona, simplemente refieren al “terapeuta” sin aclarar la profesión concreta. De los artículos revisados, únicamente Torres Carro et al¹³ mencionan la figura del logopeda, siendo este el profesional encargado de la rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson en tres fases:

- Fase de entrenamiento y acondicionamiento
Preparación y acondicionamiento de todos los órganos fonoarticulatorios mediante masajes y ejercicios de estimulación de los órganos orofaciales móviles.
- Fase preparatoria del lenguaje
Se trabaja fundamentalmente la correcta articulación coordinada con una buena respiración proyectada para la producción oral.
- Fase de formación del lenguaje expresivo
Se integran las habilidades adquiridas en fases anteriores apoyándose en la escritura con verbalización, con diálogos y narraciones.

Estas mismas fases se mencionan en el artículo que tiene por autores a Hernández Tápanes et al ¹, aunque no mencionan de forma directa al logopeda como encargado de dicha intervención.

Comprobar las formas de evaluación empleadas para el diagnóstico de la demencia en el párkinson.

Dentro de las alteraciones no motoras, las funciones cognitivas y la demencia precisan de una especial atención. La prevalencia de la demencia asociada a esta enfermedad alcanza el 40% de los pacientes¹¹, posiblemente por la degeneración en las estructuras corticales y límbicas, sobre todo de la vía colinérgica.³ Por ello, es importante detectar hasta qué punto esta sintomatología ha evolucionado en la enfermedad a través de las pruebas diagnósticas para así poder plantear una intervención multidisciplinar lo más específica y completa posible. No podemos olvidar que esta enfermedad también puede cursar con alteraciones en la atención, la función visuoespacial y la fluidez verbal, por lo que mediante la valoración de estos aspectos también podemos obtener información sobre si el paciente sufre algún grado de deterioro cognitivo, o bien, demencia asociada.

Según las tablas de resultados que contiene este proyecto, realizadas a partir de los artículos basados en estudios de la población, el 50 % de ellos utilizan en sus estudios el Mini-mental State Examination (MMSE). Esta prueba se considera el test cognitivo más utilizado en el mundo, teniendo por ventajas principales el haber sido validado en diferentes poblaciones, ayudar a conocer si el paciente padece demencia, su severidad y, además, evalúa más dominios cognitivos que otros test breves.²⁹ Su mayor inconveniente para nuestro objetivo es que resulta muy útil para detectar la demencia de tipo Alzheimer, pero no tanto la parkinsoniana. Por eso, Mahieux et al desarrollaron el MMP (Mini-mental Parkinson). Con esta prueba diagnóstica estandarizada se puede conocer información real del estado cognitivo del paciente enfermo de párkinson a través de sus 7 subsecciones (orientación

temporal y espacial, registro visual, atención/control mental, fluencia verbal, recuerdo visual, set de cambios y procesamiento de conceptos).³⁰

Otras pruebas de evaluación específicas para determinar la sintomatología en la enfermedad de Parkinson, y más concretamente sobre su estado cognitivo son: la escala de síntomas no motores (NMSS), la evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) y la escala unificada de la enfermedad de Parkinson modificada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (MDS-UPDRS).^{4, 31} El NMSS posee entre sus 30 ítems algunos dominios dedicados a evaluar la sintomatología de la cognición, la atención y la memoria. Por otro lado, el MoCA evalúa en sus 8 dominios específicamente el funcionamiento cognitivo de los pacientes que sufren Parkinson.³¹ En último lugar, pero no menos importante dentro de estas pruebas, el MDS-UPDRS se ha propuesto como prueba de referencia para la evaluación de pacientes con párkinson. Esta tiene en cuenta entre todos sus ítems diversos síntomas no motores de la enfermedad por lo que ayudará a perfilar la intervención necesaria en función de los resultados que se obtengan.⁴ Por tanto, ayudará a conocer si existe algún nivel de deterioro cognitivo o incluso si padece demencia asociada a esta enfermedad.

Siguiendo con la creencia de que evaluando otros síntomas frecuentes en dicha enfermedad podemos llegar a conclusiones sobre su estado cognitivo, algunas pruebas para estas evaluaciones pueden ser el Test de las Fotos o el Test de Fluencia Verbal Semántica (TFVs). Estas pruebas no son específicas para evaluar el estado cognitivo de la enfermedad de Parkinson, pero sus resultados pueden ser útiles para delimitar si existe algún grado de deterioro cognitivo o incluso, si ha evolucionado a demencia.

El test de fluencia verbal semántica mide el número de elementos que el paciente es capaz de expresar oralmente en un periodo de tiempo limitado y sobre una categoría determinada. Esta prueba nos permite conocer con seguridad si el paciente tiene o no demencia, ya que la fluidez verbal semántica es notablemente menor en pacientes que sufren demencia.³²

Por otro lado, el Test de las fotos se abre un hueco entre los test breves, que destaca por aplicarse alrededor de 3 minutos y sin que se vea influenciado por la educación del paciente.³³ Además de estos pros, es una prueba muy útil para detectar tanto el deterioro cognitivo como la demencia (sensibilidad del 88% y especificidad del 90%).²⁹

6. DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se han analizado diferentes artículos científicos para conocer cómo afecta la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson en la comunicación de los pacientes, ya no solo basándonos en el lenguaje en sí, sino atendiendo a la globalidad de las alteraciones de las diferentes funciones que influyen en el complejo e importante acto de comunicarse. Dicho análisis se ha llevado a cabo a través de cinco objetivos que abarcan la evaluación, la intervención, la participación de diversos profesionales en los tratamientos y la diferenciación entre el párkinson con y sin demencia asociada. De esta forma se han llegado a conocer, comparar y valorar diferentes datos de interés que a continuación se indican.

Como se ha ido mencionando a lo largo de todo el trabajo, la enfermedad de Parkinson acarrea una serie de síntomas muy heterogéneos entre sí, tanto motores como no motores, que afectan según su gravedad a la calidad de vida del paciente. Además, los datos de diversos estudios revisados indican que el proceso de evolución varía notablemente si el paciente sufre demencia asociada. Este dato es muy importante a la hora de establecer el programa de intervención para que se ajuste lo máximo posible a las características y necesidades del sujeto. En ocasiones, a la hora de valorar a estos pacientes no se tiene en cuenta que, aunque no lleguen a padecer demencia, es muy habitual encontrar deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson incluso en estadios iniciales. Esto también deberá tenerse en cuenta a la hora de la valoración y construcción del programa de intervención.

Uno de los objetivos a través de los que se buscaba dar respuesta al objetivo principal del proyecto está muy ligado a la intervención de esta sintomatología. En este trabajo se han querido conocer los beneficios de la terapia por reminiscencia. Este tipo de terapia se ha utilizado con enfermos de Alzheimer o con algún nivel de deterioro cognitivo propio de la edad e incluso con población depresiva, obteniendo unos resultados muy positivos, pero nunca se ha estudiado en una población con párkinson. Sería interesante abrir una nueva línea de estudio para conocer los efectos de tratar a pacientes con enfermedad de Parkinson al ser una enfermedad que cursa con alteraciones cognitivas y puede evolucionar a demencia, siendo también frecuente la presencia de trastornos depresivos.

En cuanto a las pruebas de evaluación que se utilizan para perfilar la sintomatología cognitiva asociada a esta enfermedad entorno a la que se ha realizado el proyecto, se ha demostrado que no hay una prueba ideal enfocada especialmente al párkinson que concrete con exactitud si el profesional está ante un deterioro cognitivo, si este ha evolucionado a demencia parkinsoniana o si padece otro tipo de demencia. Aun así, si podemos acercarnos a conocer la situación real a través de otras pruebas que, aunque no hayan sido probadas con esta enfermedad, sus resultados pueden ser

orientativos. Esta podría ser otra línea de estudio, comprobar la validez de pruebas como el Fototest o el TFVs en pacientes con párkinson.

Por último, hay que tener presente que esta enfermedad no tiene cura, por lo que es importante intervenir desde una perspectiva multidisciplinar para conseguir el objetivo primordial de lograr la independencia en las actividades de la vida diaria y así favorecer a una mejora de la calidad de vida en la medida de lo posible.¹ Pese a hacerse hincapié en este hecho en algunos artículos, la presencia del logopeda en la mayoría de los tratamientos propuestos en diferentes estudios es muy escasa o incluso nula, repartiéndose los aspectos en los que podría intervenir entre el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el psicólogo o incluso el médico.

7. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo consiste en realizar una revisión sistemática y exhaustiva para conocer la evolución de la enfermedad de Parkinson que cursa con demencia y las alteraciones que se producen en la comunicación, teniendo en cuenta la evaluación y su posterior intervención.

Las conclusiones extraídas de los resultados obtenidos siguiendo los diferentes objetivos planteados son:

1. Está muy extendido el desconocimiento de la existencia de una demencia propia del párkinson; esta demencia se confunde frecuentemente con la provocada por cuerpos de Lewys. Además, también se tiende a etiquetar de Alzheimer cualquier demencia que curse con otra patología, existiendo multitud de demencias caracterizadas por una sintomatología diferenciadora y que es necesario conocer para realizar la intervención lo más adecuada posible.
2. Aunque se menciona que la intervención necesaria en la enfermedad de Parkinson debe ser multidisciplinar, es muy escaso el reconocimiento del trabajo logopédico pese a tener una gran cabida en las alteraciones motoras (disartria y disfagia), en los síntomas no motores (alteraciones cognitivas y en las funciones ejecutivas), por no olvidarnos de las alteraciones del lenguaje características de esta patología.
3. Todos los profesionales que intervengan a pacientes con párkinson trabajarán conjuntamente para mejorar su calidad de vida y sin olvidarse de apoyar, en la medida de lo posible, al cuidador y/o familiares.
4. Se han demostrado múltiples beneficios de la intervención con la terapia de reminiscencia en estudios de pacientes con demencia, en trastornos depresivos en la vejez y en la tercera edad en general. Siguiendo estas líneas de estudio, sería interesante comprobar si resulta beneficioso también para pacientes con Parkinson.
5. Existen multitud de pruebas que evalúan el estado cognitivo, algunas específicas para conocer la sintomatología lo más exacta posible en determinadas patologías. Otra línea de estudio podría ser conocer hasta qué punto algunas de estas pruebas pueden ayudar a reconocer determinadas sintomatologías precozmente como, por ejemplo, la fina línea que diferencia el deterioro cognitivo de la demencia incipiente asociada a la enfermedad de Parkinson.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Tápanes S, Ventura Velázquez RE, Bravo acosta T, Martín cordero J, Cabrera M. Rehabilitación en la enfermedad de Parkinson. Arch Med. 2006;2(1).
2. Zurita Moreno A. Guía técnica de intervención logopédica en la enfermedad de Parkinson. Madrid: Síntesis; 2010.
3. Castro A, Sesar A, Ares-Pensado B, Relova-Quinteiro JL, Gelabert-González M, Rumbo RM, Noya-García M. Complicaciones psiquiátricas y cognitivas de la estimulación subtalámica en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol. 2006; 43 (04):218-222.
4. Rodríguez Violante M, Cervantes Arriaga A. La escala unificada de la enfermedad de Parkinson modificada por la Sociedad de Trastornos del Movimiento (MDS-UPDRS): aplicación clínica e investigación. Arch Neurocién (Mex. DF). 2014; 19(3):157-163.
5. Afonso R, Bueno B. Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. Psicothema. 2010; 22(2):213-220.
6. Afonso R, Duarte E, Pereira E, da Graça Espalhado M. Construcción de un programa individual de reminiscencia para mayores con demencia residentes en una institución. INFAD. 2010; 2(1):643-650.
7. Ostrosky Solis F. Características neuropsicológicas de la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol. 2000;30(8): 788-796.
8. Pérez Nellar J, Arias Sifontes W. Demencia en la enfermedad de Parkinson. Rev Cubana Med. 1999;38(4): 247-251.
9. Grupo ELEP. Estudio longitudinal de pacientes con enfermedad de Parkinson (ELEP): objetivos y metodología. Rev Neurol. 2006;42(6): 360-365.
10. Custodio N et al. Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. Rev Neuro-Psiquiatría. 2013;76(4):246-254 .
11. Kulisevsky J et al. Enfermedad de Parkinson avanzada Características clínicas y tratamiento (parte I). ELSELVIER. 2013;28(8): 503-521.
12. Martínez-Sánchez F. Trastornos del habla y la voz en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol 2010;51 (09):542-550
13. Torres carro O, León M, Álvarez E, Maragoto C, Álvarez L, Rivera O. Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. Rev Mex neurocienc. 2001;2(4): 241-244.
14. Santos-García D, Aneiros-Díaz A, Macías-Arribi M, Llana-González MA, Abella-Corral J, Santos-Canelles H. Síntomas sensoriales en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol 2010;50 (Supl. 2):S65-S74

15. Luciano Pérez M, Beguería Santos R, Luciano Pérez MM, Fontes Mestre M. Demencia en la enfermedad de Parkinson. Rev AMC. 2003;7(2): 131-139.
16. Bocanegra Y, Trujillo-Orrego N, Pineda D. Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión. Rev Neurol 2014;59 (12):555-569
17. Demey I, Allegri RF. Demencia en la enfermedad de Parkinson y demencia por Cuerpos de Lewy. Rev neurol Argentina. 2008;33(0): 3-21.
18. Gómez Viera N, Matos Oliva JL, Arias Sifontes W, González Zaldívar A. Utilidad del Minimental Stade de Folstein en el diagnóstico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. Rev Cubana Med. 2004;43(1): .
19. Sánchez-Valle Díaz R. Otras demencias neurodegenerativas. Demencia: una epidemia en el siglo xxi. 2004;67(1537): 1335-1336.
20. Rodríguez-Constenla I, Cabo-López I, Bellas-Lamas P, Cebrián-Pérez E. Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol 2010;50 (Supl. 2):S33-S39
21. Toribio-Díaz ME, Carod-Artal FJ. Subtipos de deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson y factores predictores de conversión a demencia. Rev Neurol 2015;61 (01):14-24
22. Marañón D, Amayra I, Uterga JM, Gómez-Esteban JC. Deterioro Neuropsicológico en la enfermedad de Parkinson sin demencia. Psicothema. 2011; 23(4):732-737.
23. Mestas Hernández L, Salvador Cruz J. Análisis del desempeño cognitivo de los enfermos con Parkinson: importancia del nivel educativo. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2013;33(118): 245-255.
24. González Arévalo KA. Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. Psicogeriatría. 2015; 5(3): 101-111.
25. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2003 [citado 13 de May 2018]; 26(3): 383-403. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007&lng=es.
26. Díaz Barrientos E, Sosa Coronado AM. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 13 May 2018]; 14(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000600015&lng=es.
27. Salazar Villanea M. Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. Rev Costarric psicol. 2012; 31(1-2): 123-146.
28. Irazoki E, García-Casal JA, Sánchez-Meca J, Franco-Martín M. Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. Rev Neurol 2017; 65 (10):447-456.

29. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*. 2011;26(7):425-433.
30. Parrao-Díaz T, Chaná-Cuevas P, Juri-Claverías C, Kunstmann C, Tapia-Núñez J. Evaluación del deterioro cognitivo en una población de pacientes con enfermedad de Parkinson mediante el test minimental Parkinson. *Rev Neurol*. 2005;40(6):339-344.
31. Cervantes-Arriaga A et al. Protocolo de estudio para una cohorte multicéntrica de pacientes mexicanos con enfermedad de Parkinson para evaluar los determinantes motores, no motores y genéticos sobre la progresión. *Arch Neurocién (Mex)*. 2012;17(3):159-164.
32. Carnero-Pardo C, Lendínez-González A. Utilidad del test de fluencia verbal semántica en el diagnóstico de demencia. *Rev Neurol*. 1999;29(8):709-714.
33. Carnero-Pardo C et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*. 2007;22(10):860-869.