

**Monografía**

**IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL FONOAUDIÓLOGO(A) EN LA  
ARTICULACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS)  
PARA LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA) Y DEMENCIA  
TIPO ALZHEIMER (DTA) EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD  
(APS) EN COLOMBIA**

**Presentado por:**

**Santiago Jiménez Arango 201941789**

**Nadia Zuluaga Torres 201841425**

**Tutora:**

**Diala María Palomino**

**Universidad del Valle**

**Cali, Agosto - Diciembre 2024**

## Resumen

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta en diferentes ámbitos de la vida no solo de quien lo padece, sino también a las familias y cuidadores(as). Uno de los aspectos que impacta profundamente es la comunicación y el lenguaje, dificultando la capacidad de interactuar con el entorno y generando aislamiento social. Esta investigación se centra en la importancia de la participación del Fonoaudiólogo (a) en la articulación de las *Rutas de atención integral en salud (RIAS) para personas con Enfermedad de Alzheimer (EA) o con Demencia Tipo Alzheimer (DTA)* en Colombia, dada a partir de la revisión bibliográfica y el análisis de las etapas de deterioro del lenguaje en personas con EA, subrayando la importancia de la fonoaudiología en el tratamiento de estos síntomas para mantener una calidad de vida.

El presente trabajo, se enmarca en un enfoque de revisión bibliográfica, con el objetivo de recopilar, analizar y sintetizar información relevante sobre la ruta de atención en salud y el impacto del lenguaje en personas con la Enfermedad de Alzheimer (EA) en Colombia, abordando el marco de salud colombiano y las rutas de atención existentes para esta condición, destacando las brechas en la inclusión de abordajes especializados que integren aspectos comunicativos.

Se propone una ruta de atención integral, donde el rol del fonoaudiólogo es clave, no solo para el acompañamiento hacia el paciente sino también para las familias y cuidadores(as). Este enfoque multidisciplinario busca fortalecer la colaboración entre distintos profesionales de la salud, garantizando un tratamiento holístico que considere tanto las necesidades físicas, emocionales y comunicativas de los(as) pacientes. Por lo que esta revisión bibliográfica permite

responder a la pregunta: ¿Cómo el rol del fonoaudiólogo(a) puede participar en la implementación y optimización de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) para la población con DTA y EA en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia?

Este estudio plantea la propuesta de una ruta de atención que integre la intervención fonoaudiológica como un componente clave en el abordaje de la EA y DTA en Colombia. Se espera que su participación contribuya a preservar significativamente la calidad de vida de los(as) pacientes y sus familias, proporcionando un sistema de soporte más consistente y efectivo.

***Palabras Claves:*** *Enfermedad de Alzheimer (EA), Demencia Tipo Alzheimer (DTA), fonoaudiología, comunicación, lenguaje, calidad de vida, Atención Primaria en Salud (APS)*

## Contenido

|                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción                                                                                                                                 | 6  |
| Justificación                                                                                                                                | 10 |
| Objetivos                                                                                                                                    | 13 |
| Objetivo General                                                                                                                             | 13 |
| Objetivos Específicos                                                                                                                        | 13 |
| Metodología                                                                                                                                  | 14 |
| Capítulo I Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)                                                                      | 19 |
| Algunas Consideraciones Sobre Las Demencias                                                                                                  | 19 |
| Enfermedad de Alzheimer                                                                                                                      | 20 |
| Concepto de Demencia Tipo Alzheimer                                                                                                          | 22 |
| Síntomatología Durante las Etapas de la Enfermedad de Alzheimer                                                                              | 24 |
| Alteraciones en los Componentes del Lenguaje                                                                                                 | 26 |
| Etapa Leve                                                                                                                                   | 26 |
| Etapa Moderada                                                                                                                               | 28 |
| Etapa Grave                                                                                                                                  | 32 |
| Tratamiento Actual                                                                                                                           | 34 |
| Capítulo II Marco De Salud Colombiano                                                                                                        | 37 |
| Epidemiología                                                                                                                                | 37 |
| Prevalencia                                                                                                                                  | 37 |
| Incidencia                                                                                                                                   | 38 |
| Estudios Regionales y Comparaciones                                                                                                          | 38 |
| Priorización de la Salud Mental en Colombia                                                                                                  | 39 |
| Abordaje del Paciente Según la Ruta de Atención                                                                                              | 43 |
| Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Neurocognoscitivo Mayor                                       | 47 |
| 1. Identificación Temprana de la Enfermedad de Alzheimer (EA)                                                                                | 47 |
| 2. Evaluación Diagnóstica Especializada                                                                                                      | 49 |
| 3. Comunicación del Diagnóstico y Apoyo a la Persona y su Familia                                                                            | 50 |
| 4. Organización de los Servicios de Salud y Estrategias de Atención Integral                                                                 | 51 |
| 5. Capacitación Continua y Desarrollo Profesional                                                                                            | 51 |
| 6. Intervenciones Terapéuticas y Promoción de la Funcionalidad                                                                               | 52 |
| 7. Apoyo y Cuidados Paliativos                                                                                                               | 53 |
| Capítulo III Propuesta para la Integración del Fonoaudiólogo en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para Pacientes con EA y DTA | 55 |
| Fundamentación Teórica                                                                                                                       | 55 |

|                                                                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Modelos Teóricos en la Comunicación de la Demencia                                                                                                   | 57 |
| La Comunicación No Verbal en la Demencia Tipo Alzheimer                                                                                              | 59 |
| Estrategias de Intervención y Perspectivas Futuras                                                                                                   | 60 |
| Participación del Fonoaudiólogo en la Atención de la EA y la DTA                                                                                     | 61 |
| Intervenciones Fonoaudiológicas en la Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)                                                   | 63 |
| Aspectos Adicionales para la Intervención Fonoaudiológica en la Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)                         | 67 |
| Evaluación de Resultados e Impacto en la Calidad de Vida de la Intervención Fonoaudiológica en la EA y la DTA                                        | 68 |
| Contexto de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en Colombia                                                                             | 69 |
| Enfoque Interdisciplinario y Coordinación con el Sistema de Salud Colombiano                                                                         | 72 |
| Propuesta de la participación del fonoaudiólogo (a) en las RIAS en y para Pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA) | 73 |
| Análisis de la Integración del Fonoaudiólogo(a) en las RIAS.                                                                                         | 73 |
| Estrategias para la Integración del Fonoaudiólogo(a) en las RIAS                                                                                     | 75 |
| Estandarización de Protocolos                                                                                                                        | 76 |
| Inclusión del Fonoaudiólogo en Redes de Atención Primaria                                                                                            | 77 |
| Uso de Tecnologías de la Información                                                                                                                 | 78 |
| Propuesta de la Integración del Fonoaudiólogo en las RIAS                                                                                            | 79 |
| Conclusiones y Recomendaciones.                                                                                                                      | 82 |
| Referencias                                                                                                                                          | 88 |

-

## - **Introducción**

La Enfermedad de Alzheimer (EA) se ha convertido en una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública a nivel mundial. Esta enfermedad neurodegenerativa, caracterizada por un deterioro cognitivo progresivo, no solo afecta a los individuos diagnosticados, sino que también tiene profundas repercusiones en sus familias y cuidadores(as). En Colombia, autores como Maldonado et al. (2023) argumentan que la prevalencia de la EA ha ido en aumento, pero la atención sigue siendo fragmentada y desarticulada, con una falta de coordinación entre los servicios de salud, sociales y comunitarios. Además, existe una brecha en la comprensión y diagnóstico de la condición, en donde se confunde el concepto de Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA), lo que da cuenta del registro en la prevalencia de la EA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Esta situación evidencia la necesidad de un enfoque integral que no solo considere el tratamiento médico, sino también la comunicación efectiva y el apoyo emocional como pilares fundamentales en el bienestar de los(as) afectados(as) como lo son los pacientes y sus familias.

Uno de los principales desafíos en la atención de la DTA es su impacto en la comunicación y las habilidades lingüísticas de los(as) pacientes, lo que dificulta su interacción social y su calidad de vida. Bayles y Tomoeda (2014) refieren que las alteraciones en el lenguaje, que incluyen dificultades en la producción y comprensión oral, afectan tanto a los(as) pacientes como a sus familias, generando sentimientos de frustración, aislamiento y depresión. En este contexto, la intervención de profesionales de la salud, como los fonoaudiólogos, resulta esencial para diseñar estrategias que faciliten la comunicación y fortalezcan la conexión emocional entre los(as) pacientes y su entorno (Escobar, 2019).

A pesar de que el sistema de salud colombiano ha avanzado en el reconocimiento de la salud mental y la atención integral de enfermedades neurodegenerativas, aún persisten desafíos en la implementación de Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) efectivas que incorporen la dimensión fonoaudiológica. Para mejorar esta situación, se requiere una mayor protección jurídica y una revisión de las políticas de seguridad social que aseguren una atención adecuada y el acceso a los cuidados necesarios (Romero, 2022). Por ello, surge la pregunta: ¿Cómo el rol del fonoaudiólogo(a) puede participar en la implementación y optimización de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) para la población con DTA y EA en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia?

Esta investigación busca analizar el abordaje actual de la EA y DTA en el sistema de salud colombiano, con especial énfasis en el papel del fonoaudiólogo(a) en la atención de los(as) pacientes.

En concordancia, la revisión de la literatura científica explora las teorías y enfoques existentes en fonoaudiología, así como la importancia de un trabajo multidisciplinario y la comunicación entre profesionales y la familia. Se plantea que, al proporcionar una comprensión profunda de estas dinámicas, se pueden desarrollar herramientas y estrategias prácticas que favorezcan la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad y fortalezcan la red de apoyo familiar y social (Hopper et al., 2013). Por lo tanto, es fundamental establecer rutas de atención que incluyan un enfoque fonoaudiológico, promoviendo un entorno comunicativo que favorezca la interacción y la empatía, y que, a su vez, eduque y apoye a los(as) cuidadores(as) y familiares en este proceso.

A través de esta investigación, se busca no solo profundizar en el conocimiento sobre la EA, la DTA y su impacto en el lenguaje, sino también generar conciencia sobre la importancia de un enfoque integral que involucre a todos los actores posibles en el proceso de atención. Resaltando el papel fundamental del fonoaudiólogo en la atención de quienes padecen esta enfermedad, se espera que este trabajo contribuya a optimizar la calidad de vida de los afectados y sus familias en Colombia, fomentando la comunicación efectiva y el bienestar emocional en el contexto de esta compleja enfermedad (Bourgeois, 1991).

El contenido del presente trabajo plantea en primera instancia su pertinencia y justificación, a partir de la revisión de fuentes bibliográficas que resalta la necesidad de incluir la fonoaudiología en la Atención Primaria en Salud (APS) para mejorar la atención de personas con Alzheimer y Demencia Tipo Alzheimer. Se evidencian brechas en las políticas de salud y se destaca el impacto positivo de la intervención fonoaudiológica en la comunicación y calidad de vida de los pacientes.

Posteriormente, se organiza el contenido en tres capítulos, en donde cada uno aborda diferentes aspectos relacionados con la DTA y EA, su impacto en el lenguaje y la comunicación. En el primer capítulo se presenta un análisis sobre la DTA y EA, comenzando con una revisión de las consideraciones generales sobre las demencias, se definirán conceptos clave, se describirán las sintomatologías asociadas a las diferentes etapas de esta enfermedad (leve, moderada y grave) y se discutirán las alteraciones en los componentes del lenguaje que suelen acompañar a cada una de estas fases. Por último, se abordará el tratamiento actual de esta enfermedad, con el fin de establecer un contexto que permita comprender la relevancia de la intervención fonoaudiológica en el manejo de la enfermedad.



El segundo capítulo explora el marco legal y político que regula la atención de la salud mental en Colombia, enfatizando en la DTA. Se realiza un análisis de las estadísticas epidemiológicas actuales que reflejan la prevalencia de esta enfermedad en la población colombiana y cómo el sistema de salud ha priorizado la atención a la salud mental. Además, se describen los procesos establecidos para el abordaje de los pacientes con DTA en el contexto colombiano, identificando las fortalezas y debilidades de la ruta de atención actual.

El capítulo final integra los conocimientos adquiridos en los apartados anteriores para plantear la necesidad de la participación del fonoaudiólogo(a) en el fortalecimiento y estructuración de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Se enfatiza en su papel dentro del enfoque interdisciplinario en el sistema de salud colombiano, asegurando una atención integral a la población con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencias Tipo Alzheimer (DTA). Además, se presentan estrategias para la implementación de intervenciones fonoaudiológicas en las RIAS, destacando la relevancia de la formación continua de los profesionales en el manejo de la comunicación en estos pacientes. Finalmente, se analiza cómo la integración del Fonoaudiólogo en las RIAS puede contribuir y optimizar la atención de los pacientes con EA y DTA en Colombia, manteniendo su calidad de vida y brindando apoyo a sus familias.

## - **Justificación**

La atención en salud de las personas con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA) requiere un enfoque integral que contemple la comunicación como un pilar fundamental para preservar la calidad de vida de los(as) pacientes, sus familias y cuidadores(as). En este sentido, la presente investigación se fundamenta en la conceptualización de la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia clave para fortalecer el acceso y la calidad de los servicios sanitarios.

La APS tiene como objetivo reducir las deficiencias en la prestación de los servicios de salud, especialmente en países en vía de desarrollo. En Colombia, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y su modelo MIAS han buscado consolidar un abordaje integral para diversas enfermedades, incluidas las neurodegenerativas como EA (Carreño, 2018). Dentro de este marco, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) han sido una herramienta fundamental. Sin embargo, persisten brechas en la inclusión de la fonoaudiología dentro de estas estrategias, a pesar de su papel crucial en la prevención de los desórdenes de la comunicación y la promoción de la salud comunicativa (Carreño, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la necesidad de contar con profesionales capacitados tanto en conocimientos biomédicos como en habilidades sociales para una implementación efectiva de la APS (OMS, 2020). En este contexto, el fonoaudiólogo se erige como un actor clave en la atención de pacientes con EA y DTA, ya que su experticia en los procesos de comunicación humana, deglución y equilibrio (función vestibular) contribuye significativamente a la funcionalidad y calidad de vida del paciente. No obstante, en Colombia, la formación académica en fonoaudiología no siempre enfatiza las competencias necesarias para

desempeñarse en salud pública y APS, lo que limita su participación en la formulación e implementación de programas comunitarios. Además, el desconocimiento sobre el alcance de la fonoaudiología dentro de las estrategias de APS ha llevado a su exclusión en la mayoría de los diseños de intervención en salud (Carreño, 2018).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha publicado diversas guías y documentos técnicos sobre APS y RIAS que requieren ser actualizados para incluir el papel del fonoaudiólogo en el abordaje de la EA y DTA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Investigaciones en bases de datos bibliográficas como PubMed, SciELO y LILACS han demostrado el impacto positivo de la intervención fonoaudiológica en la atención de personas con deterioro cognitivo, resaltando su influencia en la comunicación, la socialización y la salud mental de los(as) pacientes (Duarte, 2007).

Desde esta perspectiva, el presente trabajo busca justificar la necesidad de una ruta de atención integral en salud para personas con EA y DTA en Colombia desde un enfoque fonoaudiológico. Se pretende evidenciar el impacto positivo de la inclusión de este profesional en la APS, proponiendo estrategias que fortalezcan su participación en la prevención y tratamiento de los desórdenes de la comunicación asociados a estas enfermedades. Asimismo, se espera que los hallazgos de esta investigación contribuyan a la formulación de políticas públicas que permitan una atención más efectiva y equitativa para esta población vulnerable.

La APS representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, convirtiéndose en un punto clave para mejorar el pronóstico de los(as) pacientes. Esta estrategia, alineada con el principio de "salud para todos", resalta la importancia de la capacitación del recurso humano para afrontar los desafíos en la atención

sanitaria (Ballesteros y Alfonso, 2019). En este marco, la fonoaudiología, como disciplina científica que estudia la comunicación humana y sus desórdenes, desempeña un papel esencial en el primer nivel de atención en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Si bien su desarrollo se ha centrado históricamente en áreas como el lenguaje, el habla, la audición y la voz, principalmente en los ámbitos educativo y clínico, es fundamental fortalecer su presencia en salud pública y APS. Su inclusión contribuiría al mantenimiento de las habilidades de comunicación, lenguaje y cognición, promoviendo procesos de participación y transformación social (Ballesteros y Alfonso, 2019).

En definitiva, la inclusión del fonoaudiólogo(a) en la APS es esencial para garantizar una atención integral a los pacientes con EA y DTA. Su intervención en los procesos de comunicación humana tiene un impacto en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. No obstante, persisten brechas en su incorporación dentro de las estrategias de APS, lo que subraya la necesidad de reformular políticas que aseguren su participación activa en la prevención y tratamiento de los desórdenes de la comunicación (Duarte, 2007).

Este estudio busca demostrar la importancia de una ruta de atención integral en salud para personas con EA y DTA desde un enfoque fonoaudiológico, proponiendo estrategias que permitan una atención más efectiva y equitativa para esta población vulnerable.

## - **Objetivos**

### - **Objetivo General**

Proponer la importancia de la participación del fonoaudiólogo(a) en el fortalecimiento e integración de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) dirigidas a las personas con EA y DTA en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en Colombia.

### - **Objetivos Específicos**

- Explicar la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia Tipo Alzheimer (DTA), detallando sus manifestaciones clínicas y lingüísticas a lo largo de sus distintas etapas, con el fin de fundamentar la relevancia de la intervención fonoaudiológica en su manejo dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- Analizar el marco legal y las políticas de salud en Colombia relacionadas con la atención de personas con EA y DTA, identificando estrategias existentes en las RIAS y oportunidades de mejora para fortalecer la atención fonoaudiológica dentro del sistema de salud, con un enfoque en la Atención Primaria en Salud (APS).
- Plantear la necesidad de la participación del fonoaudiólogo(a) en el fortalecimiento y estructuración de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), asegurando su rol en la atención de la población con EA y DTA, dentro de un enfoque interdisciplinario en el sistema de salud colombiano.

## - Metodología

La presente investigación se enmarca en un enfoque de revisión bibliográfica sistemática, con el objetivo de recopilar, analizar y sintetizar información relevante sobre la ruta de atención en salud y el impacto del lenguaje en personas con la Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia tipo Alzheimer (DTA) en Colombia. Este tipo de estudio permite integrar conocimientos de diversas fuentes secundarias para ofrecer un panorama detallado de la situación actual, facilitando la identificación de vacíos en la literatura y la formulación de posibles estrategias de intervención desde el enfoque fonoaudiológico.

La metodología se desarrolló en varias etapas, incluyendo la identificación y selección de fuentes, el análisis de datos y la síntesis de hallazgos. Para garantizar la rigurosidad del proceso, se estableció un protocolo de búsqueda y gestión de la información basado en criterios específicos.

**Identificación y selección de fuentes:** se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas reconocidas, tales como PubMed, Scopus, Google Scholar y la biblioteca digital de la Universidad del Valle. Para ello, se utilizaron términos de búsqueda en español e inglés, tales como:

- "Demencia tipo Alzheimer" OR "Alzheimer's disease"
- "Ruta de atención en salud" OR "Healthcare pathway"
- "Intervención fonoaudiológica" OR "Speech therapy intervention"
- "Alteraciones del lenguaje" OR "Language disorders"
- "Comunicación en Alzheimer" OR "Communication in Alzheimer's"

Los términos fueron aplicados tanto de manera independiente como combinada mediante el uso de operadores booleanos (AND, OR), con el fin de mejorar la precisión y relevancia de los resultados obtenidos.

Para garantizar la pertinencia de los estudios analizados, se establecieron los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- Investigaciones enfocadas en la DTA y la EA y su impacto en la comunicación y el lenguaje.
- Artículos que abordarán la ruta de atención en salud en Colombia.
- Documentos que presentaran evidencia científica sólida y metodologías robustas (revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios clínicos).

**Criterios de exclusión:**

- Estudios que no abordarán específicamente la DTA-EA o no estuvieran relacionados con la intervención fonoaudiológica.
- Documentos que no presentaran rigor metodológico o evidencia científica suficiente.
- Investigaciones centradas en otros tipos de demencia sin relación directa con el Alzheimer.
- Fuentes que no se enfocarán en el contexto colombiano o que no incluyeran información relevante para la construcción de una ruta de atención.

**Gestión y análisis de la información:** la información recopilada fue organizada y gestionada a través de fichas bibliográficas, siguiendo un protocolo estructurado para la extracción de datos clave. Se registraron aspectos como:

- Autor(es), año de publicación y fuente.
- Tipo de estudio y metodología utilizada.
- Principales hallazgos sobre la DTA. la EA incluyendo sus manifestaciones clínicas y lingüísticas a lo largo de las distintas etapas.
- Propuestas de intervención fonoaudiológica y su aplicabilidad en el contexto colombiano, con énfasis en su relevancia dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
- Aspectos clave de la ruta de atención en salud y su efectividad, así como las estrategias existentes y oportunidades de mejora para fortalecer la atención fonoaudiológica.

Tras la recolección de datos, se llevó a cabo un proceso de selección basado en la pertinencia y calidad de los estudios, priorizando aquellos con mayor validez metodológica. La información fue categorizada en función de su relevancia para la construcción RIAS y el impacto de la intervención fonoaudiológica en la atención de personas con EA y DTA.

Posteriormente, se realizó un análisis de los datos mediante una síntesis cualitativa, identificando patrones, tendencias y contradicciones en la literatura revisada. Se prestó especial atención a los enfoques de intervención fonoaudiológica y su influencia en la calidad de vida de los(as) pacientes y sus cuidadores(as), así como al rol del fonoaudiólogo(a) en el contexto interdisciplinario del sistema de salud colombiano.



Además, se documentaron detalladamente las fuentes que respaldan cada intervención y evaluación descrita en el desarrollo del trabajo, asegurando su trazabilidad dentro del contenido de la investigación.

**Proceso metodológico para la propuesta de una ruta de atención:** dado que el objetivo de esta investigación es proponer la importancia de la participación del fonoaudiólogo en el fortalecimiento e integración de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) dirigidas a las personas con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA) en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) colombiano, se estableció un proceso metodológico para su desarrollo. Este proceso incluyó:

1. Revisión de guías clínicas y normativas nacionales e internacionales sobre la atención a personas con EA y DTA, con énfasis en aquellas que contemplan la participación de la fonoaudiología dentro de los enfoques de atención integral.
2. Análisis del marco legal y de las políticas de salud en Colombia, con el propósito de identificar estrategias existentes en las RIAS y oportunidades de mejora para fortalecer la atención fonoaudiológica en el contexto de la APS.
3. Comparación y análisis crítico de modelos de atención en distintos países, identificando buenas prácticas en la integración de la fonoaudiología en sistemas de atención primaria y rutas de atención en demencias.
4. Síntesis de estrategias fonoaudiológicas basadas en el marco normativo de salud colombiano, abordando la evaluación, intervención y seguimiento del lenguaje y la comunicación en personas con EA y DTA dentro de las RIAS.

5. Elaboración de una propuesta preliminar que estructure la participación del fonoaudiólogo en las RIAS, integrando los hallazgos obtenidos y adaptándolos a las condiciones del sistema de salud colombiano, promoviendo un enfoque interdisciplinario que garantice la atención efectiva y el apoyo a pacientes, cuidadores y familias.

## - **Capítulo I Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)**

La demencia tipo Alzheimer es un término clínico utilizado para describir un síndrome de demencia cuyas características sintomáticas son consistentes con la Enfermedad de Alzheimer (EA), pero sin confirmación patológica o de biomarcadores específicos. Este diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica de los síntomas cognitivos y conductuales, en ausencia de pruebas definitivas que confirmen la presencia de los cambios neuropatológicos típicos de la EA, como la acumulación de placas de beta-amiloide y ovillos neurofibrilares de tau. (McKhann et al., 2011). Es por eso que a lo largo de este capítulo abordaremos las consideraciones que se tiene al respecto de esta enfermedad y su terminología.

### - **Algunas Consideraciones Sobre Las Demencias**

A lo largo de los siglos, el término "demencia" ha experimentado un cambio significativo en su concepción, distinto al concepto actual que se le atribuye. En su origen, se utilizaba para referirse a diversas enfermedades mentales, lo que implica la necesidad de comprender la historia del concepto "demencia" (Custodio et al., 2018; López & Aguera, 2015). Aunque inicialmente este término se empleaba para describir la pérdida de memoria, también se asociaba con la pérdida de la razón, siendo utilizado en diversas situaciones como sinónimo de “delirio” o “locura” (Labos et al., 2007).

Según Labos et al. (2008), a partir del siglo XVIII, el término "demencia" comenzó a utilizarse para diagnosticar estados de disfunción o alteración cognitiva con una connotación médica con mayor validez. Este concepto fue desarrollándose y evolucionando a lo largo del tiempo. Fue en el siglo XIX, con la elaboración del concepto de demencia y las descripciones clínicas de varios autores, cuando la noción de "demencia" y el término “Alzheimer” convergen,

dando lugar al significado que se le atribuye en la literatura contemporánea. En este periodo, las demencias comenzaron a ser consideradas como un síndrome dentro de un claro paradigma cognitivo (Custodio et al., 2018).

#### - **Enfermedad de Alzheimer**

La Enfermedad de Alzheimer (EA) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se describe como una condición neurodegenerativa reconocida como un problema de salud global, pues afecta a millones de personas en todo el mundo y tiene un impacto significativo en múltiples aspectos de la vida de quienes la padecen. Se caracteriza por síntomas cognitivos y funcionales que identifican la demencia, observando un deterioro en las habilidades de comunicación y en las interacciones sociales de los individuos afectados (OMS, 2020).

Esta enfermedad neurodegenerativa progresiva y crónica afecta principalmente la memoria, el pensamiento y el comportamiento, además, es la forma más común de demencia y se distingue por la pérdida gradual y persistente de la memoria y otras habilidades cognitivas, lo que tiene un impacto significativo en la vida diaria y la calidad de vida (Alzheimer's Association, 2022).

La Enfermedad de Alzheimer (EA) debe su nombre al médico alemán Alois Alzheimer, quien en 1906 publicó por primera vez un estudio sobre una paciente llamada Auguste Deter, que mostraba síntomas de demencia. Durante la autopsia de la paciente, Alzheimer observó cambios anormales en el cerebro como placas de proteína beta amiloide y ovillos neurofibrilares, lo que está estrechamente relacionada con la pérdida neuronal y el deterioro cognitivo característicos de la enfermedad (Alzheimer, 1907).

Según Perry (2010), experto en la enfermedad de Alzheimer, "las placas de beta amiloide se forman por la agregación y la acumulación de una proteína llamada beta amiloide, que interfiere con las funciones neuronales y daña las células cerebrales" (Perry, 2010, p. 45). Del mismo modo, autores como Tortosa et al. (2016) corroboran, según sus planteamientos, que "los ovillos neurofibrilares están compuestos de una proteína llamada tau, que se hiperfosforila y se agrupa en estructuras enredadas dentro de las células nerviosas, interrumpiendo su capacidad para comunicarse entre sí" (Tortosa et al., 2016, p. 112).

Aunque la causa exacta de la Enfermedad de Alzheimer (EA) aún no se comprende por completo, se conocen varios factores de riesgo y se han identificado ciertos genes relacionados con la enfermedad, entre estos se encuentra la edad avanzada con un alto porcentaje de riesgo, ya que la incidencia de la EA aumenta significativamente a partir de los 65 años. Otros factores de riesgo incluyen antecedentes familiares, mutaciones genéticas específicas, como el gen de la apolipoproteína E (APOE), y la presencia de genes relacionados con el sistema inmunológico y la función sináptica (Gatz et al., 2006; Lambert et al., 2013).

Robles (2002) sostiene que, en la actualidad, la Enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza como una entidad clinicopatológica definida por la combinación de una demencia progresiva de evolución lenta y hallazgos histológicos consistentes en placas neuríticas y lesiones neurofibrilares corticales, en una cantidad que supera la observada en individuos de la misma edad sin demencia. No obstante, las distintas opiniones sobre la importancia patogénica de las placas seniles, las placas neuríticas y los ovillos neurofibrilares, así como la discusión sobre la necesidad de que el síndrome demencial, se desarrolla completamente para establecer el

diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, contribuyen a que los límites nosológicos de la enfermedad no sean tan definidos como sería deseable (Robles, 2002).

- **Concepto de Demencia Tipo Alzheimer**

De acuerdo con la investigación de Robles (2002, p. 2), la definición de la Demencia Tipo Alzheimer (DTA), se describe como un proceso neurodegenerativo que ocasiona una demencia progresiva en la edad adulta, resultando en un estado de incapacidad total y, en última instancia, en la mortalidad en un período típicamente inferior a dos décadas.

En su análisis sobre los criterios para el diagnóstico de demencias, particularmente en el caso de la Demencia Tipo Alzheimer, Carbonell (2021) subraya elementos cruciales que deben ser considerados tanto en la definición de esta condición como en los propios criterios de diagnóstico. A pesar de haberse examinado previamente los criterios existentes y la propuesta de Robles para la demencia, menciona que es esencial destacar ciertos aspectos adicionales que contribuyen a una comprensión más profunda de la DTA y permiten una diferenciación más precisa en comparación con otras formas de demencia (Carbonell, 2021).

En este sentido, estas condiciones ocasionan una serie de alteraciones a nivel funcional en el sujeto, influyendo en su participación en el contexto social y familiar, una de las alteraciones más marcadas y notorias es la anosognosia, clasificada en 2 componentes, como lo son la cognitiva (alteración a nivel de dominios como la memoria, cálculo, orientación espacial y temporal, razonamiento abstracto y praxis) y conductual (conductas emocionales inapropiadas e inhibición instintiva, Alteración conductual productora de irritabilidad, egoísmo) (Starkstein, 2014).

Vales (2020) por su parte, explora la hipótesis de la defensa, tradicionalmente contextualizada en la heminegligencia, fundamentada en la noción de que los pacientes enfrentan un déficit neurológico profundamente perturbador que impacta significativamente su calidad de vida. En lugar de enfrentarse al desafiante proceso de adaptación a este cambio no deseado, tienden a optar por la ruta de menor resistencia al suprimir las representaciones perceptivas y de memoria pertinentes.

Según el autor, estas representaciones se registran de manera implícita, y el paciente, mediante un mecanismo de negación, rechaza su existencia en la memoria declarativa. También es importante señalar que él aclara que la anosognosia no constituye una negación psicógena; más bien, los déficits cognitivos son esenciales para la regulación normal de las emociones, como resultado del daño cerebral observado en estos pacientes, conducen a una desintegración de la cognición de la realidad (Op cit., 2020). En este contexto, en la Enfermedad de Alzheimer, el daño neurodegenerativo asociado podría generar un impacto similar en dicha regulación, potencialmente dando lugar a la anosognosia en estos pacientes (Ansorena, 2010).

El análisis detallado de la anosognosia a su vez emerge como parte fundamental para que el paciente tome conciencia de sus limitaciones, lo cual contribuye significativamente al mantenimiento de sus capacidades cognitivas. Para ello, la calidad de la interacción con su entorno, especialmente con profesionales de la salud y cuidadores, juega un papel crucial. La comunicación efectiva se convierte en un medio esencial para abordar esta condición, ya que facilita un diálogo abierto y comprensivo que permite al paciente procesar y aceptar gradualmente su situación (Ansorena, 2010; Clare et al., 2012).

Además, es imprescindible involucrar al paciente en su propio proceso de entrenamiento y tratamiento, priorizando variables como la motivación, la funcionalidad, la autonomía y el crecimiento personal. A través de estrategias adecuadas y una comunicación efectiva, se pueden diseñar intervenciones que promuevan una mayor participación del paciente en su propio cuidado y bienestar (Ansorena, 2010; Clare et al., 2012), ya que la interacción adecuada contribuye al mantenimiento de las capacidades cognitivas al proporcionar un entorno estimulante y de apoyo. Lo cual lo pueden reforzar y/o encaminar los profesionales de la salud y cuidadores, a través de una comunicación empática, pueden fomentar la participación activa del paciente en su tratamiento, promoviendo así una mayor conciencia de su condición y mejorando la calidad de vida en general (Kitwood, 1997).

#### - **Sintomatología Durante las Etapas de la Enfermedad de Alzheimer**

La Enfermedad de Alzheimer (EA), se desarrolla a lo largo de varias etapas, cada una de las cuales tiene características distintivas en términos de síntomas y deterioro cognitivo. En las etapas tempranas, los síntomas pueden incluir olvidos sutiles, dificultades para encontrar palabras y desafíos en la planificación y organización. A medida que progresa, los síntomas se vuelven más severos y afectan la memoria a largo plazo, el lenguaje, la capacidad de razonamiento y la independencia en las actividades diarias (Albert et al., 2014; Barrera et al., 2018).

Los síntomas iniciales comprenden una serie de dificultades, que van desde problemas para recordar acontecimientos recientes, hasta la inhabilidad para adquirir nueva información, así como dificultades para encontrar palabras adecuadas y leves disfunciones en funciones ejecutivas, como la atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto. Además, se



observan trastornos en la memoria semántica, lo que afecta la capacidad de recordar el significado de las cosas y la interrelación entre conceptos. En esta fase temprana, también pueden manifestarse síntomas como apatía persistente, cambios de humor y pérdida de confianza, los cuales constituyen indicadores significativos de la enfermedad (Albert et al., 2014; Barrera et al., 2018).

Asimismo, estos síntomas abarcan desde una simple, pero a veces recurrente pérdida de memoria hasta una pérdida más constante y pronunciada. Inicialmente, se evidencian problemas en el lenguaje, caracterizados por una reducción del vocabulario y una disminución en la fluidez verbal. Además, comienzan a manifestarse dificultades en tareas motoras finas, como escribir, dibujar o vestirse, así como problemas de coordinación, planificación y desorientación. Con el tiempo, estos síntomas progresan, afectando de manera más amplia la funcionalidad del paciente y llevándolo a un deterioro global (Albert et al., 2014).

A medida que la enfermedad avanza hacia la etapa moderada de la enfermedad, las alteraciones en el lenguaje se intensifican, dificultando la recuperación del vocabulario y provocando el uso frecuente de palabras erróneas. Esta fase también se caracteriza por una disminución progresiva en las habilidades de lectura y escritura, lo que limita aún más la comunicación del paciente. Paralelamente, las dificultades en la realización de actividades cotidianas se hacen más evidentes, afectando la autonomía. El reconocimiento de familiares y personas cercanas comienza a desvanecerse, mientras que la memoria a largo plazo, que se mantenía relativamente estable, experimenta un deterioro adicional. A nivel conductual, surgen manifestaciones neuropsiquiátricas más marcadas, como distracciones, episodios de confusión,

irritabilidad y labilidad emocional, que incluyen llantos o risas inapropiadas, así como episodios de agresión no premeditada y resistencia a los cuidadores (Albert et al., 2014).

En la etapa avanzada, estos síntomas evolucionan hacia un deterioro aún más significativo, afectando no solo las funciones cognitivas, sino también las capacidades físicas. La pérdida progresiva de la masa muscular y la movilidad lleva a los pacientes a un estado de encamamiento, en el que la incapacidad para alimentarse de manera independiente se vuelve evidente. El lenguaje se vuelve severamente desorganizado, llegando a perderse por completo, aunque la capacidad de recibir y expresar señales emocionales puede persistir. La dependencia total marca esta fase de la enfermedad, haciendo que el paciente requiera supervisión y asistencia constante para todas sus necesidades básicas. Además, la apatía y el agotamiento extremo se presentan con mayor frecuencia, agravando aún más la vulnerabilidad del paciente (Albert et al., 2014).

- **Alteraciones en los Componentes del Lenguaje**

- ***Etapas Leves***

La etapa leve de la Enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por la aparición de olvidos frecuentes, dificultad para encontrar palabras y problemas para realizar tareas que antes eran sencillas (Alzheimer's Association, 2024). Según Bayles y Tomoeda (2020), entre las dificultades que se presentan en la producción del lenguaje, podemos destacar las siguientes:

**Anomia:** lo que se traduce como la incapacidad para recuperar palabras específicas del léxico, por ejemplo, "no recuerdo cómo se llama esa cosa que usas para abrir las puertas (llave)".

Lo que a su vez representa:

- Dificultad para comunicarse con precisión.

- Frustración e incapacidad para expresar ideas y necesidades.
- Dependencia de circunloquios y paráfrasis para compensar la falta de acceso léxico.
- Disminución de la fluidez verbal.

**Agramatismo:** entendida como la dificultad para producir oraciones gramaticalmente correctas, por ejemplo, "Le gusta leer a mi madre", mostrando un orden incorrecto de las palabras. Esto, a su vez, se traduce en:

- Dificultad para comprender el mensaje que se quiere transmitir.
- Juicio social negativo sobre la capacidad intelectual del individuo.
- Aislamiento social.
- Limitación en la participación en actividades comunicativas.

**Disfluencia:** es la aparición de interrupciones en el flujo del habla, como: "este... bueno... lo que quiero decir es... umm...". Lo que resulta en:

- Dificultad para mantener el hilo de la conversación.
- Impaciencia e incomodidad en el interlocutor.
- Desánimo y evitación de situaciones comunicativas.
- Fobia social.

**Alteraciones en la Prosodia:** Se entiende como la aparición de cambios en el tono, ritmo y entonación del habla, viéndose representada con un tono de voz monótono y apagado, ritmo del habla demasiado rápido o lento, entonación inadecuada para el contexto. Lo que conlleva a:

- Dificultad para captar la atención del interlocutor.
- Mensajes malinterpretados o incomprensidos.

- Pérdida de interés en la comunicación.
- Dificultad para transmitir emociones e intenciones.

**Dificultad para iniciar o mantener una conversación:** Es la incapacidad para iniciar o mantener un tópico conversacional, viéndose representada con respuestas cortas y monosilábicas, cambios de tema abruptos, dificultad para seguir el hilo de la conversación. Generando así:

- Dificultad para establecer relaciones sociales.
- Aislamiento social.
- Dependencia de otras personas para la interacción social.
- Deterioro de la calidad de vida.

Bayles & Tomoeda (2014) refieren que la EA conlleva una progresión gradual de dificultades y manifestaciones a lo largo de sus diferentes etapas, las cuales se intensifican con el tiempo y el avance de la enfermedad. Aunque inicialmente el lenguaje puede no estar significativamente comprometido, esta condición acarrea limitaciones significativas que afectan la interacción social de los individuos, entre las cuales se incluyen:

- Dificultades en la comunicación con familiares y amigos.
- Experimentación de frustración y consecuente aislamiento social.
- Disminución de la confianza en sí mismos.
- Obstáculos para llevar a cabo actividades cotidianas que requieren comunicación.
- Degradación en la calidad de vida.
- Pérdida de habilidades para participar en actividades sociales y culturales.
- Mayor susceptibilidad a padecer depresión y ansiedad.

- ***Etapas Moderada***

En la etapa moderada de la EA, las dificultades en la producción del lenguaje se intensifican y se manifiestan de manera más evidente. La comunicación se vuelve un desafío cada vez más complejo para las personas afectadas, impactando negativamente en su calidad de vida y en sus relaciones sociales (Fundación Pasqual Maragall, 2023). Desde un enfoque centrado en el lenguaje, de acuerdo con Bayles y Tomoeda (2014) podemos encontrar una serie de alteraciones como lo son:

**Deterioro acentuado de la anomia:** con el avance de la enfermedad, la dificultad para recordar palabras se intensifica, afectando la comunicación. Esto se evidencia en la:

- Incapacidad para recuperar palabras, tales como:
  - Nombres propios: "no recuerdo el nombre de mi nieta" (incluso con fotos o pistas).
  - Verbos: "quiero... quiero... ¿cómo se dice? ... quiero ir al baño".
  - Sustantivos comunes: "esa cosa que usas para cocinar" (olla), "El animal que tiene cuatro patas y ladra" (perro).
- Utilización de términos genéricos o imprecisos:
  - "Esa cosa que se pone en la cabeza" (sombrero, gorra, bufanda).
  - "El aparato que sirve para escuchar música" (radio, CD, MP3).
  - "El lugar donde se guarda la comida" (nevera, congelador, despensa).
- Circunloquios extensos para describir objetos o conceptos:
  - "Esa cosa que se usa para limpiar los dientes" (cepillo de dientes).
  - "El lugar donde se va a hacer caca" (baño, inodoro).
  - "La persona que te da clases en la escuela" (profesor, maestra).

- Aparición de neologismos: Invención de palabras nuevas.
  - "El apagaluz" (interruptor de la luz).
  - "El comecosas" (basura).

**Agramatismo:** es un trastorno del lenguaje que afecta la construcción gramatical de las oraciones, causando un habla simplificada y telegráfica, entre sus manifestaciones se encuentran:

- Errores gramaticales más severos y frecuentes:
  - Omisiones: "Yo ayer al médico" (omisión del verbo "fui").
  - Adiciones: "Yo la casa la compré hace muchos años" (duplicación del artículo "la").
  - Sustituciones: "La perro me mordió la mano" (cambió de género en "la").
- Dificultad para construir oraciones complejas:
  - Predominio de oraciones simples y cortas: "Tengo hambre", "Quiero dormir".
  - Dificultad para usar oraciones subordinadas: "Cuando fui al mercado, compré frutas" (se reduce a "Fui al mercado y compré frutas").
- Incapacidad para comprender oraciones complejas:
  - Dificultad para seguir instrucciones con varios pasos.
  - Incomprensión de frases con doble sentido o sarcasmo.

**Disfluencia:** entendida como es la alteración en la fluidez del habla, esta se manifiesta a través de:

- Interrupciones constantes en el flujo del habla:
  - Pausas: "Este... bueno... lo que quiero decir es..."

- Repeticiones: "La casa... la casa... la casa de mi abuela..."
- Tartamudeo: "No puedo... no puedo hablar bien..."
- Prolongaciones de sonidos o palabras:
  - "Estirar" las vocales: "maaañana", "cuuuuando".
  - Repetición de sílabas: "tata-ta-tarde", "pe-pe-perro".
- Incapacidad para completar oraciones:
  - Comienzan una frase y se quedan sin palabras.
  - Abandonan la conversación por frustración.

**Alteraciones en la Prosodia:** entendiendo a la prosodia, como los aspectos melódicos y rítmicos del habla, juega un papel crucial en la comunicación, ya que influye en la expresión emocional, la entonación y el ritmo del discurso. Las principales características son:

- Tono de voz monótono y carente de inflexiones:
  - Habla robótica o apagada.
  - Dificultad para expresar emociones a través del habla.
- Volumen de voz excesivamente alto o bajo:
  - Gritos o susurros involuntarios.
  - Dificultad para adaptar el volumen al contexto.
- Ritmo del habla acelerado o demasiado lento:
  - Habla atropellada e ininteligible.
  - Habla excesivamente lenta y tediosa.

En las personas con EA, las alteraciones en la prosodia pueden ser evidentes, afectando la capacidad para mantener una conversación fluida y adecuada.

**Dificultad para iniciar y mantener una conversación:** está afecta la fluidez comunicativa, interfiriendo en la interacción social y en la calidad de vida de quienes la padecen. Se caracteriza por la incapacidad para iniciar un tema de conversación, manifestando por medio de largos periodos en los que permanece en silencio o responden solo a preguntas directas.

- ***Etapas Grave***

Bayles & Tomoeda (2014) refieren que la etapa grave de la DTA se caracteriza por un deterioro severo de las capacidades cognitivas, incluyendo el lenguaje. Las dificultades en la producción del lenguaje se intensifican y se manifiestan de forma más extrema, impactando significativamente en la capacidad de comunicación del individuo. Algunas de las dificultades más graves encontradas en estos pacientes respecto al lenguaje se ven determinadas a partir de:

**Afasia:** es una alteración progresiva del lenguaje que afecta la capacidad de expresión y comprensión verbal. Los autores la caracterizan por:

- Pérdida casi total de la capacidad de producción y comprensión del lenguaje:
  - El paciente puede emitir sonidos o palabras sueltas, pero no puede formar oraciones completas.
  - La comunicación verbal se vuelve extremadamente limitada.
- Incapacidad para comprender el lenguaje:
  - El paciente no puede entender lo que se le dice, incluso si se le habla de forma simple y directa.
  - La comunicación se vuelve unidireccional y frustrante para el interlocutor.



**Ecolalia:** es la repetición involuntaria de palabras o frases pronunciadas por otra persona, es decir, el paciente repite lo que dice el interlocutor, sin comprender el significado. Además, de que esta puede ser inmediata o diferida.

**Perseverancia:** es la repetición persistente de la misma palabra o frase. El paciente puede repetir una palabra o frase una y otra vez, sin importar el contexto. Asimismo, puede dificultar el desarrollo de una conversación fluida.

**Agnosia:** es la dificultad para reconocer objetos y personas, tal como:

- El paciente no puede identificar objetos comunes, incluso aquellos que usaba con frecuencia.
- Puede no reconocer a familiares o amigos cercanos.

**Apraxia:** es la incapacidad para realizar movimientos voluntarios coordinados, por ejemplo:

- El paciente puede tener dificultad para realizar tareas básicas como vestirse o comer.
- La apraxia del habla afecta la capacidad para mover los músculos de la boca y la lengua, dificultando la articulación de palabras.

**Mutismo:** ausencia total de habla, el paciente no emite ningún sonido vocal y la comunicación se limita a gestos o expresiones faciales.

En la etapa grave de la Enfermedad de Alzheimer, las dificultades en la producción del lenguaje tienen un impacto significativo en la vida del paciente, afectando diversos aspectos de su bienestar emocional y social.

Uno de los efectos más notorios es el aislamiento social, ya que la dificultad para comunicarse limita la interacción con su entorno. La incapacidad para expresar pensamientos y necesidades genera frustración, lo que puede llevar al paciente a retraerse y reducir su participación en actividades sociales.

Asimismo, estas dificultades pueden desencadenar depresión y ansiedad. La falta de comunicación efectiva puede generar sentimientos de tristeza, desesperanza y ansiedad, afectando el estado emocional del paciente. La frustración ante la incapacidad de expresarse y comprender a los demás puede intensificar estos síntomas, impactando negativamente su bienestar psicológico.

Por último, el deterioro del lenguaje influye en la calidad de vida, ya que limita la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas y participar en actividades sociales. La pérdida de la comunicación efectiva no solo afecta al paciente, sino también a su entorno, dificultando la interacción con familiares y cuidadores(as), lo que refuerza aún más el impacto emocional y funcional de la enfermedad.

#### - **Tratamiento Actual**

Actualmente, no se ha descubierto una cura definitiva para la Enfermedad de Alzheimer, aunque existen tratamientos y enfoques de manejo que pueden ayudar a controlar los síntomas y mantener la calidad de vida de los(as) pacientes. Los medicamentos aprobados recientemente, como los inhibidores de la colinesterasa y la memantina, se utilizan para optimizar la función cognitiva y controlar algunos de los síntomas de la enfermedad en las etapas iniciales y moderadas. Sin embargo, es importante destacar que estos tratamientos solo brindan un alivio sintomático temporal y no detienen la progresión de la enfermedad. (Cummings et al, 2019).

Ante esta limitación, se ha promovido un enfoque multidisciplinario basado en intervenciones no farmacológicas y atención integral. La estimulación cognitiva, la terapia ocupacional, la actividad física regular y el apoyo emocional son parte integral del cuidado y la gestión de los pacientes con Alzheimer, el respaldo de los(as) cuidadores(as) y a los familiares resulta fundamental, ya que la enfermedad no solo impacta a quien la padece, sino también a su entorno más cercano (Livingston et al, 2020).

En este contexto, la fonoaudiología juega un papel crucial en el abordaje de la interacción y comunicación en pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA). A medida que avanza la enfermedad, las habilidades de comunicación verbal y no verbal, dificultan la participación plena del paciente en diferentes contextos sociales (Hopper et al, 2013).

La intervención fonoaudiológica tiene como objetivo evaluar, diagnosticar y tratar los trastornos del lenguaje, incluyendo aspectos como el habla, la voz y las funciones cognitivas relacionadas. En el caso de los pacientes con la EA, esta intervención se vuelve especialmente relevante debido a los cambios neurocognitivos que afectan el lenguaje y la comunicación (Bayles & Tomoeda, 2014).

En este sentido, Bourgeois (1991, p 835), resalta que la comunicación es una de las áreas más afectadas en las personas con demencia, con un deterioro que avanza rápidamente conforme avanza la enfermedad. La intervención fonoaudiológica o terapia del habla, puede desempeñar un papel clave en la preservación y mejora de la comunicación funcional en estos pacientes, proporcionando estrategias compensatorias y fortaleciendo la comprensión y el uso del lenguaje en diferentes contextos sociales.

Asimismo, Escobar (2019, p 11) enfatiza en que la intervención fonoaudiológica en personas con la Enfermedad de Alzheimer no solo beneficia al paciente, sino que también mejora la calidad de vida de sus cuidadores(as) al facilitar la interacción y reducir la carga emocional que conlleva la enfermedad. De igual manera, la terapia del habla puede ayudar a mantener la comunicación efectiva, lo que a su vez favorece la participación social y el bienestar emocional de los pacientes, promoviendo un entorno de mayor comprensión y apoyo.

Desde la perspectiva de la interacción social, la terapia fonoaudiológica puede abordar aspectos como la pragmática del lenguaje, fomentando habilidades esenciales para el intercambio comunicativo, como la toma de turnos en la conversación, la interpretación de gestos y expresiones faciales, y la coherencia discursiva. Estos aspectos resultan fundamentales tanto en el contexto social más amplio, como en la dinámica familiar, donde la interacción efectiva es crucial para preservar la conexión emocional y la autonomía del paciente (Hopper et al., 2013).

Para ello, un marco de referencia ampliamente utilizado en la intervención fonoaudiológica con pacientes con demencia es el Modelo de Apoyo a la Comunicación (SCA, por sus siglas en inglés) propuesto por Sabat (2001). Este modelo se basa en el reconocimiento de la dignidad y la competencia comunicativa de los individuos con demencia, promoviendo la adaptación de los entornos comunicativos para facilitar su participación activa y significativa. A través de este enfoque, se busca no solo favorecer la comunicación de los pacientes, sino también sensibilizar a los cuidadores y familiares sobre estrategias efectivas para mantener el vínculo y la interacción con la persona afectada.

## - **Capítulo II Marco De Salud Colombiano**

### - **Epidemiología**

En Colombia, la EA representa una preocupación creciente para la salud pública debido al aumento en la prevalencia e incidencia de esta enfermedad. Siendo la forma más común de demencia, no solo afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino que también representa un desafío para el sistema de salud, que debe adaptarse a las crecientes demandas de atención especializada en el contexto del envejecimiento poblacional (Pineda et al, 2020).

### - **Prevalencia**

Según el estudio realizado por Maldonado et al. (2023), la prevalencia de la EA en la población mayor de 65 años en Colombia se estima en aproximadamente el 10%. Este dato es consistente con la tendencia observada en otros estudios nacionales, que han mostrado un incremento progresivo en la prevalencia de esta enfermedad en los últimos años. De manera similar, en la Encuesta Nacional de Salud del 2021, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, reportó que el 9.8% de los adultos mayores en el país padecen de alguna forma de demencia, siendo la EA la más prevalente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

A nivel regional, el informe de la Organización Mundial de la Salud (2022) estima que la prevalencia de demencia en América Latina es del 8.5% en personas mayores de 65 años. Aunque los datos específicos para Colombia pueden presentar ligeras variaciones, esta cifra ofrece un contexto global que confirma una tendencia similar en el país, resaltando la urgencia de estrategias de atención integral para esta población.

- ***Incidencia***

En términos de incidencia, estudios recientes indican un aumento en la cantidad de nuevos casos de la EA. Hernández et al. (2022) reportan una incidencia anual de aproximadamente 4 a 5 nuevos casos por cada 1,000 personas mayores de 65 años en Colombia. Este incremento está estrechamente relacionado con el envejecimiento de la población y los avances en el diagnóstico de la enfermedad, lo que ha permitido una mejor identificación de los casos.

En esta misma línea, Vargas et al. (2022) destacan que la incidencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA) ha aumentado notablemente en las últimas décadas. Este fenómeno no solo se debe al crecimiento de la población envejecida, sino también a la mejora en las técnicas para identificar y diagnosticar la enfermedad, como el uso de neuroimagen y evaluaciones neuropsicológicas más precisas, que han permitido una detección más temprana y efectiva de la enfermedad.

Además del envejecimiento poblacional y los avances diagnósticos, Gómez et al. (2021) identifican diversos factores de riesgo que contribuyen a la alta incidencia de la Enfermedad de Alzheimer en Colombia. Entre ellos, destacan la predisposición genética, la presencia del alelo APOE ε4, el bajo nivel educativo y las enfermedades cardiovasculares. La interacción de estos factores puede aumentar significativamente la probabilidad de desarrollar la enfermedad, lo que enfatiza la necesidad de estrategias preventivas y de educación en salud pública.

- ***Estudios Regionales y Comparaciones***

Las diferencias en la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer dentro de Colombia reflejan variaciones regionales significativas. Un análisis realizado por Ruiz et al. (2022) indica

que las tasas de EA son más altas en áreas urbanas en comparación con zonas rurales, lo que sugiere que factores como el acceso a los servicios de salud y la educación sobre la enfermedad pueden influir en el diagnóstico y reporte de los casos.

Un ejemplo específico de esta tendencia se observa en el municipio de Santiago de Cali, Valle del Cauca, donde el último informe de la Secretaría de Salud (2022) reporta que 1,609 personas presentan EA, representando el 44% de los trastornos mentales orgánicos y sintomáticos en la región, que suman un total de 3,656 personas afectadas. De estos casos, aproximadamente el 70% (1,126 personas) son mujeres, lo que resalta una mayor prevalencia de esta enfermedad en esta población y la necesidad de implementar estrategias de prevención y atención específica para las poblaciones más vulnerables, en particular las mujeres mayores de la ciudad.

A nivel internacional, Colombia muestra una tasa de prevalencia e incidencia de la EA que se alinean con el promedio de América Latina. Sin embargo, existen variaciones significativas dentro del país que reflejan desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud. Un estudio comparativo realizado por Jaramillo et al. (2023) evidencia que, aunque Colombia sigue patrones similares a otros países latinoamericanos, es urgente mejorar la infraestructura sanitaria para responder al aumento de casos y garantizar una atención equitativa y efectiva.

#### - ***Priorización de la Salud Mental en Colombia***

En Colombia, el marco legal y normativo que regula la atención de la Enfermedad de Alzheimer (EA) está compuesto por diversas leyes, decretos y políticas públicas que garantizan los derechos de los pacientes, establecen las responsabilidades del Estado y definen los

lineamientos para la prestación de servicios en salud mental. A continuación, se presentan los principales aspectos normativos:

**Constitución Política de Colombia:** Establece el derecho fundamental a la salud para todos los ciudadanos colombianos, reconociendo la salud mental como una parte esencial de este derecho. Este reconocimiento sienta las bases para su priorización dentro de las políticas públicas.

**Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental):** Tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con trastornos mentales y su acceso a servicios de salud mental integrales y de calidad. Además, crea el Sistema Nacional de Salud Mental y define las responsabilidades de las entidades públicas y privadas en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

**Decreto 4875 de 2011:** Reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud en relación con la salud mental. Define los lineamientos para la prestación de servicios dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), asegurando la cobertura y calidad de los servicios de salud mental para toda la población.

**Política Nacional de Salud Mental:** Esta política establece los lineamientos estratégicos para la promoción, prevención, atención, y rehabilitación en salud mental. Su propósito es abordar los problemas de salud mental en el país y fomentar el bienestar psicosocial de la población.

**Programas y estrategias específicas:** Además de la legislación vigente, Colombia ha desarrollado programas y estrategias específicas para fortalecer la atención en salud mental. Entre estas iniciativas se incluyen campañas de sensibilización, capacitación de profesionales de



la salud, refuerzo de la atención primaria en salud mental y la integración de la salud mental en otras políticas sectoriales, como la educación y el trabajo.

Es importante especificar que, en Colombia, la atención a la Enfermedad de Alzheimer está respaldada por un marco legal y normativo compuesto por diversas leyes, decretos y políticas públicas. Estas normativas establecen los derechos de los pacientes, las responsabilidades del Estado y los lineamientos para la prestación de servicios en salud mental. A continuación, se presentan los principales componentes de este marco regulatorio.

**Ley 1566 de 2012 (Ley de Alzheimer):** Esta ley constituye el pilar fundamental de la atención de la demencia en el país, ya que reconoce la enfermedad como un problema de salud pública y establece medidas esenciales para su abordaje:

- **Derecho al acceso a la atención integral:** Garantiza a las personas con demencia el derecho a recibir diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo psicosocial de manera oportuna y de calidad.
- **Creación de la Ruta de Atención Integral para la Demencia:** Define los diferentes niveles de atención (primaria, especializada, de alta complejidad, habilitación y rehabilitación) y los servicios correspondientes en cada uno de ellos.
- **Encargos al Ministerio de Salud y Protección Social:** Asigna al Ministerio la responsabilidad de formular la Política Nacional para la Demencia, establecer los lineamientos técnicos y administrativos para la Ruta de Atención Integral, y promover la investigación y formación en el manejo de la enfermedad.

**Decreto 777 de 2013:** Este decreto reglamenta la Ley 1566 de 2012 y precisa aspectos clave en la atención de la demencia:

- **Definición de la demencia:** Establece una definición clara de la demencia, diferenciando sus tipos y causas.
- **Criterios de diagnóstico:** Determina los parámetros clínicos para la identificación de la EA y otras formas de demencia.
- **Requisitos para la prestación de servicios:** Regula las condiciones que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios en términos de infraestructura, recursos humanos (personal capacitado) y equipamiento.
- **Sistema de Información para la Demencia:** Implementa un sistema de recolección de datos epidemiológicos sobre la enfermedad en Colombia.

**Política Nacional para la Atención Integral de la Demencia en Colombia (2014-2021):** esta política establece los lineamientos estratégicos para mejorar la atención de la demencia en el país. Sus principales objetivos son:

- Fortalecer la detección temprana y el diagnóstico oportuno.
- Mejorar el acceso a la atención integral y de calidad para las personas con demencia.
- Fomentar la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos.
- Fortalecer el apoyo a los cuidadores de personas con demencia.
- Reducir el estigma y la discriminación hacia la población con demencia mediante campañas de sensibilización.

**Otras normas relevantes:** además de las mencionadas anteriormente, otras regulaciones complementan la atención de la Enfermedad de Alzheimer en Colombia:

- **Ley 1090 de 2009 (Ley de Atención Integral en Salud):** Define el marco general para la prestación de servicios de salud en Colombia, incluyendo la atención de la demencia.
- **Decreto 1074 de 2015:** Regula el Plan de Beneficios en Salud (PBS), que incluye algunos medicamentos para la EA.
- **Resolución 4228 de 2015:** Establece los lineamientos para la atención en salud mental y la promoción de la salud mental en el marco del PBS.

#### - **Abordaje del Paciente Según la Ruta de Atención**

En Colombia, el diagnóstico oportuno de la Enfermedad de Alzheimer (EA) enfrenta múltiples desafíos. Uno de los principales problemas radica en la falta de capacitación adecuada de los profesionales de salud, lo que limita su capacidad para identificar los síntomas tempranos de la enfermedad. Además, la escasa conciencia pública sobre los signos iniciales de la Enfermedad de Alzheimer (EA) contribuye a que muchas personas no busquen ayuda hasta que la enfermedad ya está bastante avanzada. Para mejorar esta situación, es fundamental fortalecer las competencias de los equipos de atención primaria, proporcionándoles formación específica para detectar los primeros indicios de la enfermedad y derivar a los pacientes a servicios especializados oportunamente. (Pineda et al., 2020).

Un desafío importante es la fragmentación de la atención a las personas con EA, ya que la falta de coordinación entre los distintos servicios de salud, sociales y comunitarios pueden generar experiencias de atención desarticuladas tanto para los pacientes como para sus familias. Para abordar esta problemática, es fundamental desarrollar modelos de atención integral basados en equipos multidisciplinarios conformados por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales,

trabajadores sociales y fonoaudiólogos. Estos equipos permitirían reducir la brecha en la metodología clínica utilizada para diagnosticar la enfermedad, asegurando un enfoque más preciso y estructurado.

En este sentido, implica una modificación en el proceso clínico que permita dejar de concebir el Alzheimer únicamente como un conjunto de síntomas asociados y, en su lugar, avanzar hacia un diagnóstico bien articulado. Esto implica la integración de biomarcadores y otros estudios complementarios que permitan confirmar la enfermedad con certeza para avanzar hacia un diagnóstico bien articulado.

Además, resulta esencial fortalecer los programas de rehabilitación y estimulación cognitiva, así como los servicios de apoyo para los cuidadores, quienes desempeñan un papel crucial en el bienestar del paciente.

En términos de aspectos legales y de seguridad social, existen vacíos importantes que afectan el acceso a los derechos y beneficios para las personas con demencia y sus familias. La falta de protección jurídica y social adecuada compromete la calidad de vida de los pacientes. Para mejorar esta situación, se requiere una mayor protección jurídica y una revisión de las políticas de seguridad social que aseguren una atención adecuada y el acceso a los cuidados necesarios.

Actualmente, la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 establece un marco integral para el cuidado de las personas con enfermedades mentales en Colombia. Su objetivo principal es crear el Sistema Nacional de Cuidado Integral a las Personas con Enfermedad Mental, garantizando una atención adecuada y la protección de los derechos de los pacientes. Esta legislación

promueve un enfoque sistemático y coordinado para abordar la salud mental, asegurando que las personas afectadas reciban el apoyo necesario tanto en términos médicos como sociales.

La Ley enfatiza la creación de una red nacional de salud mental que incluya prevención, tratamiento y rehabilitación, además de la conformación de equipos interdisciplinarios con profesionales de la salud mental, trabajadores sociales y otros especialistas. Su propósito es ofrecer una atención integral que no solo se enfoque en el tratamiento médico, sino también en el apoyo psicosocial y la reintegración social. Asimismo, la ley establece derechos para las personas con enfermedad mental, garantizando su dignidad, la calidad de vida y la igualdad de acceso a los servicios de salud, independientemente de su condición económica.

Para su implementación, la ley exige la coordinación entre el gobierno nacional, las entidades territoriales y las instituciones de salud, además de la asignación de recursos adecuados para su funcionamiento y la capacitación de los profesionales en salud mental. En este sentido, la Ley 1616 de 2013 representa un avance significativo en la protección de la salud mental en Colombia, pero aún se requiere mayor esfuerzo para garantizar su aplicación efectiva en la atención de la Enfermedad de Alzheimer (EA).

La investigación sobre esta condición en Colombia es limitada, lo que dificulta el desarrollo de políticas públicas efectivas. Es esencial fortalecer los estudios en áreas epidemiológicas, clínicas y sociales, para comprender mejor la enfermedad y formular estrategias que reconozcan la demencia como una prioridad de salud pública. Un enfoque multisectorial es fundamental para mantener la calidad de vida de las personas con Alzheimer en Colombia, incluyendo la participación de diversos actores del sector salud, la justicia social y la investigación.

Sin embargo, el reconocimiento de la EA por parte de los trabajadores de la salud sigue siendo insuficiente, lo que contribuye al estigma considerable y a una falta de sensibilidad hacia quienes la padecen. Muchos profesionales de la salud aún consideran erróneamente la demencia como una parte "normal" del envejecimiento, lo que dificulta su abordaje como un problema de salud pública prioritario (Romero, 2022). Este desconocimiento afecta la calidad de la atención que reciben los pacientes y retrasa el acceso a servicios adecuados.

En relación y coordinación en la atención de la demencia, se encuentra un problema significativo, ya que es limitada la formación de los trabajadores de la salud, especialmente en el nivel primario. La falta de capacitación en detección temprana, diagnóstico y el manejo integral de la enfermedad impide un abordaje efectivo (Romero, 2022). Además, existe una deficiencia en la preparación para aplicar un enfoque biopsicosocial y trabajar con las familias y cuidadores(as), lo cual es clave para proporcionar una atención integral.

Otro aspecto crítico es la fragmentación del sistema de atención, pues está marcada por una falta de coordinación entre los diferentes sectores que impide el acceso oportuno a los servicios y dificulta la continuidad en la atención de los pacientes (Romero, 2022). Como resultado, las personas con demencia y sus familias enfrentan barreras para obtener apoyo adecuado.

Además, el enfoque predominante en la atención a la EA sigue siendo principalmente biomédico, centrándose en tratamientos médico-farmacológicos, sin una consideración suficiente de las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias (Romero Vanegas, 2022). Aunado a esto, el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre los derechos y

beneficios sociales disponibles crea obstáculos adicionales en el acceso a los servicios necesarios.

Para mejorar esta situación, es fundamental adoptar un enfoque más integral y centrado en la persona, que contemple tanto los aspectos médicos como psicosociales y que garantice un acceso adecuado a los derechos y beneficios sociales.

- **Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Neuro cognoscitivo Mayor**

De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social (2010), Colombia dispone de un proceso estructurado para desarrollar Guías de Práctica Clínica (GPC), basado en una metodología sistemática definida en la Guía Metodológica para la creación de GPC con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha reconocido la necesidad de una GPC que facilite la toma de decisiones rápidas de manera ágil y fundamentada.

Para ello, se ha establecido un proceso sistemático que incluye la búsqueda, identificación y evaluación de la calidad de las GPC existentes. El objetivo es generar recomendaciones basadas en evidencia para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognitivo mayor (demencia), garantizando un enfoque integral y actualizado.

El propósito de la GPC es mejorar la atención clínica para los pacientes con EA, asegurando un acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud en todos los niveles del sistema, favoreciendo su calidad de vida y la de sus cuidadores(as). Esta guía se estructura en los siguientes elementos o pasos:

- **1. Identificación Temprana de la Enfermedad de Alzheimer (EA)**

La identificación temprana de la demencia es fundamental para iniciar un tratamiento oportuno que pueda prolongar la autonomía y funcionalidad del paciente. Sin embargo, la Guía de Práctica Clínica (GPC) recomienda evitar la ejecución de exámenes de detección en la población general debido a la falta de evidencia contundente que respalde su aplicación de manera rutinaria. A pesar de esto, los profesionales de la salud, en especial aquellos que trabajan con adultos mayores, deben estar atentos a signos y síntomas de deterioro cognitivo que puedan indicar el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer (EA) u otros trastornos neurocognitivos.

Algunos de los síntomas iniciales a considerar incluyen:

- **Pérdida de memoria episódica:** Dificultad para recordar eventos recientes.
- **Labilidad emocional:** cambios bruscos de humor que son comunes en los primeros estadios de la demencia.
- **Depresión o ansiedad:** Muchas veces coexistentes con síntomas iniciales de EA.
- **Alteraciones del sueño y desorientación:** Estos pueden ser indicativos de un inicio temprano de deterioro cognitivo.
- **Anosognosia:** Falta de conciencia de la propia pérdida cognitiva, un síntoma común en demencias avanzadas.

**Recomendaciones de la GPC:** La GPC enfatiza la importancia de que los médicos evalúen cualquier señal de alarma que sea observada o reportada por el paciente, sus cuidadores o familiares. No se deben atribuir estos síntomas simplemente al envejecimiento normal, ya que la evaluación temprana permite realizar un diagnóstico diferencial preciso. Esto resulta fundamental para descartar causas reversibles de deterioro cognitivo, como trastornos metabólicos, deficiencias nutricionales o enfermedades psiquiátricas.



- **2. Evaluación Diagnóstica Especializada**

Cuando se sospecha de un trastorno neurocognoscitivo, se recomienda la remisión del paciente a servicios especializados en neurocognición. En estos centros se realiza una evaluación integral que incluye:

- **Historia clínica completa:** Obtenida tanto del paciente como de un informante cercano.
- **Examen físico completo:** Para descartar causas no neurológicas.
- **Evaluación neuropsicológica:** Utilizando pruebas validadas como el Mini-Mental State Examination (MMSE) y otras que evalúan funciones ejecutivas, memoria y lenguaje.
- **Neuroimagen estructural (TC o RM):** Utilizada para descartar otras patologías cerebrales y diferenciar subtipos de demencia.
- **Evaluación de comorbilidades médicas y psiquiátricas:** Considerando condiciones que pueden coexistir con la demencia como depresión o psicosis, que requieren tratamiento específico.

**Neuroimagen y Evaluaciones Adicionales:** El uso de neuroimagen estructural es una herramienta clave para excluir otras condiciones cerebrales y precisar el diagnóstico de demencia. Sin embargo, no se recomienda el empleo rutinario de tecnologías avanzadas como la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) o electroencefalogramas (EEG), salvo en casos seleccionados. Además, la evaluación inicial debe incluir pruebas de laboratorio básicas, tales como:

- Hemograma y bioquímica general.

- Evaluación de función tiroidea.
- Niveles de vitamina B12 y ácido fólico.
- Pruebas para sífilis y VIH, solo en presencia de factores de riesgo.

**Diagnóstico Diferencial y Evaluación de Subtipos:** El diagnóstico de subtipos de demencia, como la Enfermedad de Alzheimer (EA), requiere de la intervención de profesionales capacitados en el diagnóstico diferencial. Es fundamental el uso de criterios estandarizados y herramientas de evaluación adecuadas. Además, los exámenes de laboratorio, como análisis de sangre, permiten identificar o descartar causas de demencia secundaria, como el déficit de vitamina B12 o hipotiroidismo. Estas condiciones, si se detectan a tiempo, pueden responder al tratamiento y mantener la calidad de vida del paciente.

- ***3. Comunicación del Diagnóstico y Apoyo a la Persona y su Familia***

Una vez realizado el diagnóstico de la EA, es fundamental que la información sea comunicada de manera clara, honesta y con sensibilidad tanto al paciente como a su familia y cuidadores(as). La guía enfatiza la importancia de:

- **Informar de forma clara y adaptada:** Utilizar un lenguaje comprensible para el paciente y sus familiares, evitando términos técnicos innecesarios.
- **Derecho a la información y privacidad:** Respetar la decisión del paciente sobre si desea conocer o no su diagnóstico.
- **Apoyo emocional:** Brindar orientación para gestionar reacciones emocionales como ansiedad o depresión tras el diagnóstico.

Una comunicación adecuada permite a los familiares y cuidadores(as) prepararse para el manejo de la enfermedad y planificar aspectos médicos, financieros y legales del paciente de manera anticipada.

- **4. Organización de los Servicios de Salud y Estrategias de Atención Integral**

La GPC establece que el sistema de salud debe garantizar una atención integrada y coordinada entre profesionales de salud y cuidadores(as). Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y otras instituciones de salud deben trabajar conjuntamente para implementar:

- **Planes de atención personalizados:** Diseñados en colaboración con el paciente, sus cuidadores(as) y familia, adaptándose a las necesidades específicas del paciente y a la evolución de la condición de salud.
- **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** Ajustadas a las condiciones locales para facilitar el acceso a tratamientos y diagnóstico oportuno, integrando herramientas digitales para el seguimiento y control de esta condición.
- **Adaptación a las necesidades culturales:** Garantizar que los servicios de salud sean accesibles culturalmente, pertinentes para poblaciones diversas, incluyendo comunidades indígenas y hablantes de diferentes idiomas.

- **5. Capacitación Continua y Desarrollo Profesional**

El desarrollo de competencias en los profesionales de la salud es esencial para mejorar la calidad de la atención. Se recomienda un enfoque formativo integral que incluya:

- **Programas de formación continua:** Para fortalecer habilidades en el manejo de personas con EA, priorizando un enfoque centrado en el paciente.

- **Desarrollo de habilidades comunicativas:** Capacitar a los profesionales para interactuar de manera efectiva con los pacientes, sus familiares y cuidadores(as), reduciendo la ansiedad y facilitando la adaptación al diagnóstico.
- **Sensibilización en ética y derechos:** Garantizar que los profesionales conocen y comprenden los principios éticos y legales en el manejo de la información y el consentimiento informado.

Estas iniciativas deben incluir tanto al personal clínico como a estudiantes de ciencias de la salud, preparando a las futuras generaciones de profesionales para afrontar el aumento en la incidencia de demencia en la población colombiana.

#### - **6. Intervenciones Terapéuticas y Promoción de la Funcionalidad**

Para mantener la calidad de vida de los pacientes, la GPC promueve un abordaje integral que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Estas últimas son esenciales para fomentar la independencia y reducir el deterioro funcional:

- **Terapia ocupacional:** Incluye adaptación del entorno para facilitar la autonomía del paciente en actividades diarias y en el uso de tecnologías de asistencia.
- **Fisioterapia:** Ejercicio físico supervisado para mejorar la movilidad y reducir el riesgo de caídas.
- **Nutrición e hidratación:** Evaluación y seguimiento nutricional de los profesionales pertinentes, evitando que el paciente padezca desnutrición o pérdida de peso.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas para el manejo de los síntomas, se recomienda el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina o

galantamina) en etapas leves a moderadas de la enfermedad. Estos medicamentos deben ser prescritos con un monitoreo estricto para evaluar su eficacia y evitar efectos adversos. Se desaconseja el uso de fármacos con efectos anticolinérgicos en casos de deterioro cognitivo leve, ya que pueden agravar los síntomas.

## - **7. Apoyo y Cuidados Paliativos**

En las etapas avanzadas de la Enfermedad de Alzheimer (EA), los cuidados paliativos se centran en mantener la calidad de vida del paciente y su entorno, controlando síntomas como el dolor y brindando apoyo emocional. Se recomienda:

- **Atención centrada en el confort:** Priorizando el bienestar físico y emocional del paciente.
- **Apoyo a los cuidadores:** Ofrecer espacios de descanso, acceso a redes de apoyo y educación hacia los familiares y cuidadores(as) sobre la enfermedad para evitar la sobrecarga emocional y física puede afectar su salud.
- **Aspectos legales y financieros:** El apoyo debe incluir asesoría en la planificación de cuidados a largo plazo y en la gestión de recursos.

Finalmente, la GPC destaca la necesidad de incluir la demencia como una prioridad de salud pública, promoviendo:

- **Diagnóstico temprano:** Incentivando a los profesionales a identificar signos iniciales de deterioro cognitivo y facilitar la derivación oportuna de los pacientes a servicios especializados.
- **Capacitación e información pública:** Fomentando la sensibilización social y reduciendo el estigma asociado a la demencia.

- **Apoyo financiero y administrativo:** Garantizar recursos para el acceso oportuno a tratamientos, ayudas tecnológicas y servicios de atención integral.

Estas estrategias buscan mantener la calidad de vida de las personas con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA), sus familias y cuidadores(as), asegurando una atención digna y accesible en el sistema de salud.

- **Capítulo III Propuesta para la Integración del Fonoaudiólogo en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para Pacientes con EA y DTA**

La atención en salud de la población con Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras Demencias Tipo Alzheimer (DTA) requiere un enfoque interdisciplinario que garantice un abordaje integral y efectivo. En este contexto, la fonoaudiología juega un papel fundamental en la detección, intervención y seguimiento de alteraciones comunicativas y cognitivas que afectan la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) han sido diseñadas como un mecanismo para mejorar la prestación de servicios de salud en Colombia, asegurando el acceso a una atención coordinada y oportuna. Sin embargo, la participación del fonoaudiólogo en estas rutas no ha sido suficientemente estructurada, lo que limita su contribución al manejo de la EA y las DTA. Este capítulo aborda la necesidad de fortalecer y formalizar el rol del fonoaudiólogo dentro de las RIAS, promoviendo su inclusión activa en los equipos interdisciplinarios de salud.

- **Fundamentación Teórica**

El lenguaje, lejos de ser una habilidad adquirida, es una capacidad intrínseca a la evolución física y fisiológica de los seres humanos. Surgió a medida que los órganos y procesos articulatorios y mentales se adaptaron a funciones que, en sus inicios, no desempeñaban, pero que con el tiempo se hicieron posibles. Ejemplo de esto son los órganos como la boca, los labios, la laringe y la faringe, que originalmente estaban destinados a funciones de deglución y tránsito de alimentos, pero que con el paso del tiempo permitieron la producción de sonidos y articulaciones más complejas. (Lieberman, 1984).

En cuanto a los procesos mentales asociados a esta función, se basan en la capacidad para crear y representar el mundo mediante formas simbólicas. Dichas formas permiten reflejar

operaciones de abstracción y reelaboración de objetos, fenómenos y situaciones, tanto en su sentido verbal, escrito, simbólico o gestual. Así, esta se constituye no sólo como un reflejo del pensamiento, sino también como un facilitador de este, transformando la mente en un compendio de imágenes, conceptos y procesos semióticos y lingüísticos. (Vygotsky, 1978; Deacon, 1997).

Por lo tanto, el lenguaje debe entenderse como una capacidad innata en el ser humano, desarrollada y perfeccionada en función del entorno, las actitudes, las aptitudes y las condiciones que moldean la existencia y potencialidades en el ámbito cognitivo y simbólico. Es una facultad natural que distingue al ser humano de otros seres vivos, permitiendo expresar, mediante palabras o símbolos, la realidad observada o imaginable. Esto pone en evidencia la complejidad de los signos utilizados, así como la capacidad de representación, interpretación y significación que puede derivarse de su uso y análisis. (Chomsky, 1965; Tomasello, 2003).

En este sentido, diversos autores coinciden en la importancia de la comunicación para el ser humano. Según Vygotsky (1987, 1988), a diferencia de los animales, los seres humanos crean instrumentos y sistemas de signos, que les permiten transformar el mundo, comunicar sus experiencias y desarrollar nuevas funciones psicológicas. Para Vygotsky, el desarrollo cognitivo humano implica la interiorización de instrumentos, signos histórica y socialmente desarrollados, siendo el sistema articulado de signos lingüísticos esencial en este proceso. Las funciones psíquicas humanas se originan en procesos sociales, y el uso del lenguaje transmite significados relativamente estables, pero mutables, que adquieren su concreción en el contexto de la interlocución.

De manera similar, Maturana (2001) destaca el papel fundamental de la expresión verbal para la existencia y el conocimiento del ser humano. Para él, la identidad del ser humano se



configura en el acto de comunicarse, el cual surge como un fenómeno particular en la convivencia social. Aquello que no puede ser nombrado dentro de un marco simbólico resulta inaccesible en términos cognitivos. Según Maturana, lo central en el lenguaje son las coordinaciones de acciones que resultan de interacciones recurrentes entre las personas. Esta dinámica se produce cuando dos o más personas interactúan en una red de coordinaciones consensuales de acciones. En este proceso, el ser humano se define como observador y constructor de realidades a través del uso de signos y símbolos.

El lenguaje, por tanto, es esencial para la existencia y el desarrollo del ser humano, ya que es a través de él operamos, nos comunicamos y construimos significados y conocimiento. Tanto Vygotsky (1978) como Maturana (1990) subrayan su papel en la interacción social y en la configuración del ser humano como observador y conocedor del mundo. Además, autores como Gowin (1981), Vergnaud (1990), Postman (1996) y Johnson-Laird (1983) también resaltan su relevancia en los procesos de aprendizaje y conceptualización. En conjunto, estas perspectivas evidencian la relevancia del lenguaje en la vida y el conocimiento del ser humano.

#### - ***Modelos Teóricos en la Comunicación de la Demencia***

El proceso comunicativo en la demencia se ha analizado desde diversas teorías. Una de las más relevantes es la Teoría de la Comunicación de Lasswell, la cual sostiene que la esta cumple tres funciones principales: vigilancia del entorno, revelando amenazas y oportunidades que afectan la posición de valor de la comunidad y sus componentes; la correlación de los elementos de la sociedad para responder al entorno; y transmisión de la herencia social (Lasswell, 1951). Además, resalta la importancia de la reciprocidad en el acto comunicativo, ya que esta puede darse en una o dos vías, dependiendo de la frecuencia con la que los

comunicadores y la audiencia intercambian los roles de envío y recepción. No obstante, también pueden ocurrir monólogos, lo que lleva a Lasswell a proponer un análisis del proceso comunicativo a partir de cinco preguntas clave: quién habla, qué se dice, en qué canal, a quién se dirige y con qué efecto (Lasswell, 1948).

Asimismo, Lasswell enfatiza la relevancia de la investigación en comunicación, destacando herramientas como el análisis de contenido, el análisis de medios y el análisis de control, que permiten comprender con mayor profundidad el funcionamiento de la comunicación en la sociedad (Lasswell, 1948).

Bayles et al. (2020) por su parte la definen como el intercambio de información mediante un sistema de símbolos, lo cual es esencial para la interacción social y el mantenimiento de las relaciones interpersonales. Sin embargo, en el contexto de las demencias, este proceso se ve afectado por el deterioro cognitivo y las dificultades en el lenguaje, lo que puede disminuir la calidad de vida tanto de la persona con demencia como de sus cuidadores(as).

A lo largo del tiempo, esta teoría ha evolucionado y se ha propuesto diversos modelos para explicar cómo ocurre el proceso comunicativo. En este sentido, Rüttinger y Sauer (2000) desarrollaron un modelo que posteriormente fue adaptado por Haberstroh et al. (2006) para abordar los problemas de comunicación en la demencia. Este modelo desglosa la transmisión e intercambio de información en cuatro pasos fundamentales: presentación de la información, atención del receptor, comprensión de la información y recuerdo de la información recibida.

En el caso de las personas con demencia, cada uno de estos pasos se ve comprometido debido a problemas expresivos, atención disminuida, dificultades en la comprensión y fallos en

la memoria. Por ello, las intervenciones basadas en estos modelos teóricos buscan mantener la comunicación mediante estrategias adaptadas a las capacidades y limitaciones de estos pacientes.

Un ejemplo de ellos es el modelo TANDEM de Haberstroh et al. (2006), el cual proporciona un marco estructurado para la intervención en comunicación. Este modelo enfatiza la importancia de adaptar la interacción a los déficits cognitivos y del lenguaje propios de las demencias, facilitando así una comunicación más efectiva.

En general, las teorías de la comunicación en el contexto de las demencias permiten comprender cómo se ve afectado el proceso comunicativo y en desarrollar estrategias que mejoren la interacción entre las personas con demencia y sus cuidadores(as). Estos modelos teóricos son fundamentales para la planificación de intervenciones efectivas que contribuyan a mantener la calidad de vida de las personas afectadas por estas condiciones neurodegenerativas.

#### - ***La Comunicación No Verbal en la Demencia Tipo Alzheimer***

Navarro (2013) destaca la importancia del lenguaje no verbal como un proceso cognitivo superior indispensable para la comunicación humana. En el contexto de la EA y la DTA, la comunicación no verbal adquiere un papel crucial, ya que a medida que la enfermedad avanza, los pacientes pueden perder la capacidad de expresarse verbalmente. Esta incluye gestos, expresiones faciales, postura, contacto visual y proximidad espacial. En muchos casos, estos elementos pueden compensar las pérdidas en la comunicación verbal. Sin embargo, el deterioro cognitivo en la DTA también puede afectar la capacidad de interpretar correctamente las señales no verbales, generando malentendidos y dificultando la interacción, por ejemplo, estos usuarios pueden tener dificultades para reconocer las emociones en las expresiones faciales de los demás

o para usar gestos de manera apropiada para transmitir sus propios sentimientos y necesidades (García, 2023, p. 15).

Es fundamental que los cuidadores y profesionales de la salud estén capacitados para utilizar estrategias de comunicación adaptadas, como el uso de gestos claros, expresiones faciales enfatizadas y entornos de comunicación más estructurados para facilitar la comprensión y reducción de la ansiedad en las personas con Alzheimer.

- ***Estrategias de Intervención y Perspectivas Futuras***

El abordaje fonoaudiológico en la demencia requiere de estrategias innovadoras. Young et al. (2010) destacan la importancia de adaptar las estrategias de comunicación a las capacidades cambiantes de la persona con Alzheimer. Entre las estrategias efectivas se encuentra:

- Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAAC), como pictogramas y las tarjetas de comunicación, que enriquecen la comunicación y reducen las conductas disruptivas.
- Uso de libros de memoria y registros visuales que ayuden a recordar información relevante.
- Programas de tele intervención, que permiten acceso remoto a terapias comunicativas.

Según May et al. (2019) la intervención temprana es fundamental para mantener la participación e interacción social de la persona con demencia a lo largo de la progresión de la enfermedad. En este sentido, la fonoaudiología se posiciona como una disciplina clave en la atención de la EA y la DTA con un enfoque que abarca tanto la rehabilitación del lenguaje como la psicoeducación de los cuidadores(as).

Es así como el enfoque fonoaudiológico es esencial en la atención de las personas con Alzheimer y otras demencias, ya que contribuye significativamente a la mejora de la comunicación, la calidad de vida y la interacción social. La integración de estrategias comunicativas adaptadas y el uso de modelos teóricos específicos permiten un abordaje más efectivo en el tratamiento de estos trastornos neurodegenerativos.

- **Participación del Fonoaudiólogo en la Atención de la EA y la DTA**

La Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) son trastornos neurodegenerativos caracterizados por un deterioro progresivo de la cognición, que afecta la memoria, el lenguaje, las habilidades comunicativas y las funciones ejecutivas. Estas alteraciones impactan significativamente la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

Uno de los primeros signos que se presentan en las etapas iniciales de la EA y la DTA es el deterioro comunicativo, lo que puede constituirse en una limitación tanto para el manejo clínico como terapéutico. Además, este deterioro actúa como un marcador del deterioro cognitivo, siendo fundamental para el diagnóstico diferencial y la predicción del grado de severidad de la demencia. Identificar tempranamente la disminución sutil de las habilidades lingüísticas es crucial, ya que permite una intervención oportuna y efectiva. En este contexto, la intervención comunicativa temprana es una herramienta fundamental, aunque se requieren de más estudios interdisciplinarios que integren la comunicación, el deterioro cognitivo y la demencia (Hernández, 2010).

| TABLA 1A. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y EA EN ESTADIO INICIAL O LEVE |                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                           |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                | Semántica                                                                                                                                                                                   | Sintáctica                                                                               | Fonológica                                                | Pragmática                                                                                                                                                                                       | Lectoescritura                                                                       |
| Comprensión                                                                                                    | <p>Dificultad para comprender oraciones de contenido complejo (Ej., analogías, doble sentido, humor)</p> <p>Comprensión de ideas simples conservada</p>                                     | <p>Dificultad leve para comprender oraciones de organización extensa y/o compleja</p>    | <p>Recuperación conservada de forma léxica fonológica</p> | <p>Olvido ocasional de su interlocutor.</p> <p>Pérdida de preguntas y referencias del narrador</p>                                                                                               | <p>Comprensión lectora conservada para contenidos simples</p>                        |
| Expresión                                                                                                      | <p>Dificultad para recuperar palabras en conversación espontánea</p> <p>Lenguaje fluido pero poco concreto</p> <p>Sustitución de palabras (parafasias semánticas, uso de circunloquios)</p> | <p>Estructura sintáctica conservada</p> <p>Repetición afectada para oraciones largas</p> | <p>Sistema fonológico conservado</p>                      | <p>Disminución en tiempo y contenido del discurso</p> <p>Divagación y tópico difuso</p> <p>Olvido, reiteración e ideas incompletas en la conversación</p> <p>Auto monitoreo y autocorrección</p> | <p>Escritura alterada en la forma (ej., pérdida de acentuaciones, disortografía)</p> |

Fuente: tomado de “Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos” (Hernandez, 2010)

La anterior tabla representa cómo se ven afectados los niveles y componentes del lenguaje en la Enfermedad de Alzheimer (EA) y en la Demencia Tipo Alzheimer (DTA).

En Colombia, el envejecimiento de la población y aumento de los casos de EA, presentan un desafío creciente para el sistema de salud (Pineda et al., 2020). Dentro de este contexto, el fonoaudiólogo desempeña un papel esencial en la detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento, educación y consejería de los adultos con desórdenes cognitivo-comunicativos asociados a demencia Hernández (2010). Su intervención en un equipo interdisciplinario permite la identificación temprana de signos de deterioro cognitivo y funcional, contribuyendo a estrategias de rehabilitación que favorecen la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores. Los principales aportes del fonoaudiólogo en la atención de la EA y DTA incluyen

- **Evaluación y tratamiento de la comunicación y el lenguaje:** Identificación de dificultades en la expresión y comprensión del lenguaje, así como la aplicación de estrategias para preservar estas capacidades el mayor tiempo posible.
- **Apoyo a la alimentación y deglución:** Manejo de trastornos de deglución o disfagia, comunes en etapas avanzadas de la enfermedad.
- **Capacitación a los cuidadores y familiares:** Enseñanza de estrategia para facilitar la comunicación con la persona afectada, reduciendo barreras y mejorando la interacción social.
- **Participación en equipos interdisciplinarios** para la toma de decisiones clínicas y terapéuticas.

Este enfoque integral no solo mantendrá la calidad de vida del paciente, sino que también apoya la salud mental y el bienestar de sus cuidadores(as).

- ***Intervenciones Fonoaudiológicas en la Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)***

La intervención fonoaudiológica en personas con EA y DTA debe estar basada en un enfoque de atención centrada en la persona y ajustarse al avance de la enfermedad. A medida que EA y DTA progresan, las dificultades en la comunicación, cognición y la deglución se vuelven más evidentes lo que requiere de estrategias adaptativas y multidisciplinarias (Bayles & Tomoeda, 2020). De acuerdo con la revisión bibliográfica, a continuación, se presentan los principales componentes de la intervención Fonoaudiológica en estos pacientes:

**Terapia de Comunicación y Lenguaje.** La demencia afecta progresivamente las habilidades de comunicación. desde dificultades leves para encontrar palabras hasta la pérdida

total del lenguaje verbal en etapas avanzadas. La intervención fonoaudiológica varía según la fase de la enfermedad:

### **1. En Etapas Iniciales:**

- Estimulación del lenguaje por medio de ejercicios que fortalezcan la evocación de palabras y la fluidez verbal, como la narración de historias y la categorización de objetos.
- Enseñanza de estrategias compensatorias con el uso de pistas contextuales, gestos y reformulación de frases para facilitar la comunicación.

### **2. En Etapas Avanzadas:**

- Apoyo a la comunicación no verbal con la implementación de tarjetas con pictogramas, comunicación mediante expresiones faciales y lenguaje corporal
- Uso de tecnologías asistivas como aplicaciones digitales y dispositivos de comunicación alternativa para mantener la interacción.

**Estimulación Cognitiva.** La estimulación cognitiva es una herramienta clave para retrasar la progresión del deterioro y mantener la funcionalidad mental del paciente. Dentro de este enfoque, se incluyen diversas actividades diseñadas para estimular la memoria, la atención y la resolución de problemas:

- **Ejercicios de memoria y atención:** Actividades como recordar listas de palabras, secuencias numéricas o imágenes ayudan a fortalecer la memoria de trabajo y la atención sostenida.



- **Tareas de orientación espacial y temporal:** Estrategias para ayudar al paciente a ubicarse en tiempo y espacio, reduciendo la ansiedad y el estrés asociados con la desorientación.
- **Tareas de resolución de problemas y toma de decisiones:** Problemas sencillos diseñados, para fomentar la autonomía y mantener la función ejecutiva.

Para garantizar la eficacia de estas intervenciones, el fonoaudiólogo debe trabajar en coordinación con un equipo interdisciplinario, que incluya terapeutas ocupacionales y psicólogos, asegurando una intervención integral y continua.

**Intervención en Deglución.** A medida que la enfermedad progresa, la disfagia se convierte en un problema frecuente que puede derivar en complicaciones graves, como la neumonía por aspiración y desnutrición. La intervención fonoaudiológica en este ámbito se enfoca en las áreas de:

- **Evaluación de la deglución:** Análisis de las fases de la deglución (oral, faríngea y esofágica) mediante pruebas específicas para detectar dificultades y prevenir riesgos.
- **Adaptación de la dieta:** Modificación de la textura y consistencias de los alimentos para garantizar la ingesta segura y efectiva.
- **Ejercicios de fortalecimiento de la musculatura:** Programas específicos para optimizar la función de los músculos involucrados en la deglución y favorecer el proceso de alimentación.

El trabajo interdisciplinario con nutricionistas y personal médico es fundamental para garantizar que las recomendaciones sean adecuadas a las necesidades individuales del paciente, evitando complicaciones y promoviendo una alimentación segura.

**Apoyo a Familiares y Cuidadores.** Los cuidadores son el pilar principal en la atención de personas con Enfermedad Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA). Sin embargo, la carga emocional y el estrés derivados de esta labor pueden afectar su bienestar, comprometiendo la calidad de cuidado brindado. En este contexto, el fonoaudiólogo desempeña un papel clave, no solo en la atención del paciente, sino también en la formación y acompañamiento de sus cuidadores, proporcionándoles herramientas para mantener la comunicación, el manejo de la disfagia y la estimulación cognitiva (Pérez, 2022, p. 8).

Para fortalecer el rol del cuidador, el fonoaudiólogo debe ofrecer:

- **Capacitación en estrategias de comunicación:** Enseñanza de técnicas para facilitar la interacción con el paciente, como el uso de preguntas cerradas, un lenguaje claro y sencillo, y mantenimiento del contacto visual para reforzar la comprensión.
- **Soporte en el manejo de la disfagia:** Orientación sobre técnicas seguras de alimentación, posturas adecuadas y modificaciones en las texturas de los alimentos para prevenir riesgo de asfixia y garantizar una nutrición segura.
- **Asesoría en técnicas de estimulación cognitiva y lenguaje:** Recomendaciones sobre ejercicios simples de memoria y lenguaje que los cuidadores pueden aplicar en casa, promoviendo la continuidad del tratamiento en un entorno familiar y cotidiano.

Además de estas estrategias, es fundamental que la capacitación a los cuidadores(as) incluya orientación sobre el autocuidado y la gestión del estrés, ya que su bienestar emocional es un factor determinante en la efectividad del modelo de atención integral. Un cuidador informado, apoyado y emocionalmente estable podrá ofrecer una mejor calidad de vida al paciente con EA y DTA, favoreciendo un entorno más armonioso y seguro para ambos.

- **Aspectos Adicionales para la Intervención Fonoaudiológica en la Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)**

La intervención fonoaudiológica en la EA y la DTA ha evolucionado significativamente, trascendiendo la mera rehabilitación del lenguaje para adoptar un enfoque integral que abarque múltiples dimensiones del ser humano. Actualmente, se reconoce la importancia de la colaboración interdisciplinaria, integrando conocimientos de diversas áreas como la neurología, la psicología y la geriatría, lo que permite abordar de manera más eficaz las necesidades complejas del paciente y sus cuidadores(as) (Warchol et al., 2019).

Más allá de las dificultades lingüísticas, la intervención fonoaudiológica se centra en mantener la calidad de vida del paciente y su entorno. Para ello, se fortalece el uso de estrategias comunicativas no verbales, como la expresión de emociones y la interpretación de señales sociales, así como la promoción de la interacción social mediante el entrenamiento en habilidades pragmáticas. Asimismo, se busca facilitar la adaptación del paciente a su nueva realidad a través de estrategias de comunicación compensatorias y el uso de tecnologías innovadoras (Bayles & Tomoeda, 2020).

Un elemento fundamental en este proceso es la personalización de las intervenciones. Dado que cada caso es único y experimenta la enfermedad de manera diferente, es crucial

adaptar las terapias a las necesidades individuales de cada paciente, considerando el estadio de la enfermedad, sus fortalezas y sus debilidades. En ese sentido, el papel del cuidador(a) es esencial en este proceso, ya que el fonoaudiólogo no solo trabaja directamente con el paciente, sino que también brinda apoyo y capacitación a los cuidadores(as) para facilitar la comunicación y mantener la calidad de vida en el hogar (Rodríguez, 2021, p. 22)..

Además, la evaluación continua de los resultados terapéuticos es indispensable para garantizar la eficacia de las intervenciones. El uso de escalas validadas, como la *Quality of Life in Alzheimer s Disease (QoL-AD)* (Logsdon et al, 2002), permite medir el impacto de las terapias en la calidad de vida del paciente y ajustar los planes de tratamiento según sea necesario.

En definitiva, la intervención fonoaudiológica en la EA y la DTA ha evolucionado hacia un modelo centrado en la persona y su entorno, en el que la colaboración interdisciplinaria, la personalización de las terapias, la atención a las necesidades emocionales y sociales, y la incorporación de tecnologías innovadoras son elementos clave para optimizar la comunicación y el bienestar tanto de los pacientes como de sus cuidadores.

#### **- Evaluación de Resultados e Impacto en la Calidad de Vida de la Intervención Fonoaudiológica en la EA y la DTA**

El éxito del modelo fonoaudiológico en pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA) se mide a través de diversos indicadores que reflejan su impacto en la calidad de vida y funcionalidad del paciente, así como en el bienestar de su entorno (Bayles & Tomoeda, 2014; García, 2023). Entre los aspectos clave a evaluar se encuentran:

- Mejoría o mantenimiento de las habilidades de comunicación, permitiendo que el paciente conserve su capacidad de interacción el mayor tiempo posible.

- Reducción de los episodios de disfagia y complicaciones asociadas, lo que contribuye a una alimentación más segura y a la prevención de problemas como la aspiración o la desnutrición.
- Impacto positivo en el bienestar de los cuidadores, evidenciado en una menor carga percibida y en una mejor relación con el paciente, facilitando la convivencia y el acompañamiento.
- Adherencia del paciente y la familia a las intervenciones sugeridas, garantizando que las estrategias implementadas sean efectivas y sostenibles en el tiempo.

Para obtener una visión integral del impacto del modelo, es fundamental realizar estudios de seguimiento a largo plazo. Estos estudios permiten evaluar la sostenibilidad y efectividad de las estrategias aplicadas, facilitando ajustes y mejoras continuas según las necesidades cambiantes de la población.

#### - **Contexto de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en Colombia**

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) constituyen una estrategia del sistema de salud colombiano para garantizar una atención integral, continua y coordinada de las enfermedades de alta carga y complejidad. Su implementación busca mejorar la calidad de los servicios de salud, optimizar los recursos disponibles y asegurar un enfoque centrado en el(la) paciente. Las RÍAS se estructuran en torno a los siguientes componentes:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo acciones para fomentar estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades.

- Detección temprana e intervenciones oportunas, identificando de manera precoz condiciones de salud que requieran atención inmediata.
- Diagnóstico y tratamiento, garantizando el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados, basados en evidencia científica.
- Rehabilitación y paliación, proporcionando servicios para la recuperación funcional y el manejo de condiciones crónicas o terminales.
- Seguimiento y continuidad en la atención, asegurando que los pacientes reciban atención continua y coordinada entre los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario).

En Colombia, las RÍAS están reguladas y promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de un conjunto de normas y políticas que buscan fortalecer el sistema de salud.

- Ley 1438 de 2011, la cual reorganiza el SGSSS y establece la necesidad de implementar modelos de atención integral, incluyendo las RÍAS, para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud.
- Decreto 1011 de 2006: Define las rutas integrales de atención en salud y establece los lineamientos para su implementación en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Resolución 429 de 2016: Adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que integra las RÍAS como una estrategia clave para garantizar la integralidad en la atención.

- Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021: Este plan incluye las RÍAS como parte de las estrategias para abordar los determinantes sociales de la salud y mejorar las condiciones de vida de la población.
- Acuerdo 029 de 2011: Establece las directrices para la implementación de las RÍAS en el marco del SGSSS.

### ***Implementación de las RIAS en el contexto Colombiano***

En Colombia, las RIAS se llevan a cabo mediante los siguientes mecanismos:

- Coordinación entre actores del sistema de salud: Las EPS, IPS y las entidades territoriales de salud trabajan de manera coordinada para garantizar la continuidad en la atención.
- Enfoque en la Atención Primaria en Salud (APS): Las RÍAS se basan en la APS como eje central, promoviendo la prevención y el manejo de enfermedades en el primer nivel de atención.
- Integración de servicios: Las RÍAS buscan integrar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, evitando la fragmentación en la atención.
- Participación comunitaria: Se fomenta la participación activa de la comunidad en la identificación de necesidades y en la promoción de hábitos saludables.

A pesar de los avances, la implementación de las RÍAS en Colombia enfrenta varios desafíos:

- Falta de articulación entre actores: En ocasiones, se presentan dificultades en la coordinación entre EPS, IPS y entidades territoriales.

- Barreras de acceso: Persisten barreras geográficas, económicas y culturales que limitan el acceso a los servicios de salud.
- Recursos limitados: La falta de recursos financieros y humanos en algunas regiones afecta la calidad y continuidad de la atención.
- Falta de capacitación: Algunos profesionales de la salud no están suficientemente capacitados para implementar las RÍAS de manera efectiva.

En este contexto, una de las áreas que ha cobrado especial relevancia dentro de las RÍAS, es la atención a enfermedades crónicas como lo son la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) debido al envejecimiento de la población y al impacto socioeconómico de estas patologías han generado la necesidad de fortalecer su abordaje dentro del Sistema de Salud. Sin embargo, a pesar de los avances en la estructuración de estas rutas, persisten vacíos en la integración de profesionales clave como los fonoaudiólogos, quienes desempeñan un rol fundamental en el abordaje de alteraciones de la comunicación, deglución y funciones cognitivas asociadas a estas patologías.

#### - **Enfoque Interdisciplinario y Coordinación con el Sistema de Salud Colombiano**

La atención fonoaudiológica en pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA) debe formar parte de un enfoque interdisciplinario, que garantice una intervención integral y coordinada. En este contexto, es fundamental la articulación entre diferentes áreas de la salud como la psicología, la terapia ocupacional, la fisioterapia y la nutrición, para ofrecer un manejo integral que responda a múltiples necesidades del paciente.

En el marco de salud colombiano, esta integración debe alinearse con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), facilitando la continuidad del tratamiento a lo largo de diferentes



niveles de atención (primario, secundario y terciario) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 45). Asimismo, el modelo de atención fonoaudiológica debe incorporarse en la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la DTA, asegurando las recomendaciones en esta área sean parte de los protocolos nacionales y promoviendo el acceso equitativo a estos servicios especialmente en zonas rurales y de difícil acceso.

La efectividad del tratamiento depende de un trabajo conjunto entre varios profesionales de la salud, donde la fonoaudiología se articule con la labor de neurólogos, psiquiatras, psicólogos, médicos geriatras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Además, la familia y los cuidadores(as) deben ser considerados miembros activos del equipo, dado que su papel es crucial para la implementación de estrategias de comunicación y en el apoyo diario del paciente (Smith et al, 2019).

Este enfoque coordinado no solo optimiza la calidad de vida del paciente, sino que también fortalece la red de apoyo, garantizando que la atención sea efectiva y accesible dentro del sistema de salud colombiano.

- **Propuesta de la participación del fonoaudiólogo (a) en las RIAS en y para Pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia Tipo Alzheimer (DTA)**

A partir del análisis de la situación actual y de los desafíos que enfrenta la atención de los pacientes con EA y DTA, se plantea una propuesta preliminar que busca estructurar la participación del fonoaudiólogo en las RIAS. Esta se basa en los hallazgos obtenidos y en la necesidad de promover un enfoque interdisciplinario que optimice la atención y el apoyo brindado a pacientes, cuidadores y familias.

- **Análisis de la Integración del Fonoaudiólogo(a) en las RIAS.**

En el contexto colombiano, el sistema de salud establece protocolos de atención mediante las Guías de Práctica Clínica (GPC) y las RIAS. Sin embargo, de acuerdo con lo expuesto en el Capítulo II, la normatividad vigente, como la Ley 1616 de 2013 y la Ley 1566 de 2012, prioriza el tratamiento médico y farmacológico sin profundizar en la inclusión explícita del fonoaudiólogo como un actor clave en la rehabilitación comunicativa y funcional de los pacientes con EA y DTA. Esto genera una brecha en la atención integral, pues no se contempla adecuadamente el impacto del deterioro del lenguaje en la calidad de vida del paciente y su entorno.

A nivel internacional, países como España y Canadá han incorporado la fonoaudiología dentro de sus rutas de atención para demencias. En estos modelos, los fonoaudiólogos participan activamente en la detección temprana de alteraciones del lenguaje, diseño de estrategias de comunicación funcional y capacitación de cuidadores para facilitar la interacción con el paciente. En contraste, en Colombia, el acceso a estos servicios sigue siendo limitado, lo que restringe la posibilidad de optimizar la comunicación y la calidad de vida de las personas afectadas.

### **Análisis de Brechas en la Estructuración de las RIAS**

A pesar de la relevancia del rol del fonoaudiólogo(a) en el abordaje de la EA y DTA, se han identificado diversas brechas en su integración dentro de las RIAS:

- Ausencia de directrices específicas: No existen lineamientos claros dentro de las RIAS que contemplen la participación obligatoria del fonoaudiólogo(a) en el tratamiento de la EA y DTA.

- Falta de reconocimiento de su rol en el equipo interdisciplinario: La atención de estas patologías se centra mayormente en el abordaje médico y neuropsicológico, dejando de lado aspectos fundamentales como la comunicación y la deglución.
- Deficiencias en la formación y capacitación del personal de salud: Muchos profesionales desconocen la importancia de la intervención fonoaudiológica en la EA y DTA, lo que limita la referencia oportuna de los pacientes a estos servicios.
- Escasez de programas de rehabilitación interdisciplinarios: Existen pocas iniciativas que incluyan al fonoaudiólogo dentro de un equipo integral de atención a pacientes con EA y DTA.

- **Estrategias para la Integración del Fonoaudiólogo(a) en las RIAS**

Para fortalecer la articulación del fonoaudiólogo en las RIAS para EA y DTA en Colombia, se proponen las siguientes estrategias:

**Inclusión explícita en la Normatividad:** Actualizar las GPC y las RIAS para que reconozcan el rol del fonoaudiólogo en la evaluación, intervención y seguimiento de los pacientes con demencia.

**Capacitación de Profesionales de la Salud:** Incluir formación sobre la importancia de la rehabilitación comunicativa en los programas de educación y capacitación del personal de salud.

**Implementación de Programas de Apoyo a Cuidadores:** Diseñar e implementar estrategias de comunicación efectiva para familiares y cuidadores, que faciliten la interacción con los pacientes con EA y DTA.

**Monitoreo y Evaluación de Resultados:** Establecer indicadores para medir el impacto de la intervención fonoaudiológica en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

La integración del fonoaudiólogo en las RIAS no solo favorecería el abordaje integral de los pacientes con EA y DTA, sino que también optimizaría el funcionamiento del sistema de salud al reducir complicaciones asociadas al deterioro comunicativo. La implementación de estas estrategias permitiría fortalecer la atención en salud y lenguaje, asegurando un enfoque multidisciplinario y centrado en el paciente.

Para garantizar la efectividad de estas estrategias, es fundamental estandarizar protocolos que organicen y guíen la intervención fonoaudiológica en cada nivel de atención de las RIAS.

- ***Estandarización de Protocolos***

La estandarización de protocolos busca garantizar que las intervenciones fonoaudiológicas sean homogéneas, basadas en evidencia y adaptadas a las necesidades de cada nivel de atención

**En el nivel primario:**

- **Detección temprana:** Implementación de guías claras para identificar signos iniciales de deterioro comunicativo mediante cuestionarios breves, entrevistas estructuradas con familiares y observaciones de comportamiento.
- **Educación en promoción de la salud:** Desarrollo de talleres comunitarios enfocados en prevenir la progresión de la EA y DTA mediante estrategias como estimulación cognitiva y rutinas de comunicación saludable.

**En el nivel secundario:**

- **Diagnóstico especializado:** Uso estandarizado de herramientas como el Mini-Mental State Examination (MMSE), el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y pruebas específicas de lenguaje adaptadas al contexto colombiano.
- **Derivación eficiente:** Creación de protocolos para definir criterios claros para la remisión a especialistas como neurología y psiquiatría, asegurando un abordaje multidisciplinario.

#### **En el nivel terciario:**

- **Intervención avanzada:** Protocolos específicos para el manejo de pacientes en etapas avanzadas, abordando la intervención en disfagia, comunicación efectiva y atención paliativa.
- **Capacitación a cuidadores:** Implementación de estándares de formación para garantizar el manejo adecuado de las necesidades complejas de los pacientes.

Para fortalecer esta estructura, es clave la capacitación del personal de salud en estos protocolos, asegurando la colaboración efectiva de los equipos multidisciplinarios y optimizando la atención integral de los pacientes con EA y DTA. Además, se deben realizar talleres regulares para que los equipos de trabajo comprendan la importancia del rol fonoaudiológico en cada etapa de la atención y puedan colaborar de manera efectiva.

#### **- *Inclusión del Fonoaudiólogo en Redes de Atención Primaria***

La participación del fonoaudiólogo en las redes de atención primaria es crucial para la detección temprana de casos, la creación de vínculos con las familias y la prevención de complicaciones derivadas de la EA y la DTA. Sin embargo, actualmente, esta figura es subutilizada en la atención primaria, lo que limita su impacto potencial.

### **Propuestas para la inclusión del fonoaudiólogo:**

- **Integración en Equipos Básicos de Salud:** Los fonoaudiólogos deben formar parte de los Equipos Básicos de Salud (EBS), participando en rondas comunitarias, visitas domiciliarias y jornadas de atención integral. Su rol en la identificación temprana de alteraciones comunicativas o cognitivas es fundamental.
- **Implementación de programas preventivos:** Diseño de programas para personas mayores de 60 años con alto riesgo de EA y DTA, en los que se realicen evaluaciones periódicas y actividades de estimulación cognitiva en centros comunitarios. Además, se deben fomentar estrategias comunicativas efectivas en el hogar a través de campañas en escuelas de cuidadores.
- **Monitoreo y seguimiento:** Asegurar el seguimiento de los pacientes diagnosticados con EA y DTA, para evaluar su progreso y ajustar los planes de intervención según su evolución.

### **- *Uso de Tecnologías de la Información***

Las tecnologías de la información son herramientas clave para integrar, documentar y monitorear las intervenciones fonoaudiológicas dentro de las RIAS. Su implementación permite mejorar la continuidad del cuidado, facilitar el acceso a servicios especializados y proporcionar datos para la evaluación de la calidad de la atención.

### **Propuestas de implementación tecnológica:**

- **Sistemas de registro unificado:** Creación de un sistema digital accesible a todos los niveles de atención para registrar evaluaciones, planes de intervención y

avances terapéuticos. Este sistema debería incluir alertas automatizadas para la programación de re-evaluaciones y ajustes en el tratamiento.

- **Telemedicina:** Desarrollo de plataformas de teleconsulta para garantizar la atención de pacientes en zonas rurales o de difícil acceso. Estas plataformas pueden incluir herramientas interactivas para evaluar habilidades comunicativas y brindar orientación a cuidadores. Asimismo, crear aplicaciones móviles que ofrezcan ejercicios de estimulación cognitiva y guías prácticas para los cuidadores.
- **Bases de datos nacionales:** Creación de una base de datos nacional sobre pacientes con EA y DTA, para permitir el análisis de estadísticas sobre prevalencia, progresión y efectividad de las intervenciones fonoaudiológicas.

Dentro de este enfoque integral, el fonoaudiólogo cumple un papel fundamental en la evaluación y tratamiento de las funciones lingüísticas y deglutorias, además de ofrecer orientación y formación a los cuidadores. Su labor, alineada con las directrices establecidas por las RIAS, permite asegurar una atención de calidad desde el diagnóstico hasta las etapas avanzadas de la enfermedad.

La implementación de estas estrategias permitirá garantizar una atención integral y de calidad para las personas con EA y DTA, asegurando la inclusión del fonoaudiólogo en las RIAS y fortaleciendo su rol en el sistema de salud colombiano.

#### - **Propuesta de la Integración del Fonoaudiólogo en las RIAS**

Para fortalecer la atención integral de los pacientes con EA y DTA, se propone la siguiente estructuración del rol del fonoaudiólogo dentro de las RIAS:

- **Evaluación y diagnóstico.** El fonoaudiólogo debe participar desde el primer nivel de atención en la evaluación temprana de alteraciones en la comunicación y el lenguaje, colaborando con el equipo interdisciplinario en la elaboración del plan de atención individualizado.
- **Intervención fonoaudiológica en la EA y DTA**
  - Terapia de estimulación del lenguaje para retrasar el deterioro comunicativo.
  - Implementación de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC).
  - Estrategias de intervención para la compensación de déficits comunicativos.
- **Acompañamiento a cuidadores y familias**
  - Capacitación en el uso de estrategias de comunicación efectiva.
  - Orientación sobre el manejo de alteraciones del lenguaje en la EA y DTA.
  - Asesoramiento para la creación de entornos comunicativos adecuados.
- **Seguimiento y evaluación de la intervención**
  - Desarrollo de indicadores de efectividad de la intervención fonoaudiológica.
  - Monitoreo continuo de la evolución del paciente.
  - Ajustes en la terapia según las necesidades individuales.

La inclusión del fonoaudiólogo en las RIAS es fundamental para optimizar la atención de los pacientes con EA y DTA en Colombia. La presente propuesta preliminar establece



lineamientos para su integración en la evaluación, intervención y acompañamiento de pacientes y cuidadores, promoviendo un enfoque interdisciplinario que fortalezca la calidad de vida de esta población y la eficiencia del sistema de salud.

Es necesario continuar con investigaciones y ajustes a esta propuesta, asegurando su viabilidad dentro del contexto de las políticas de salud colombianas y facilitando su implementación en los distintos niveles de atención.

#### - **Conclusiones y Recomendaciones.**

La presente investigación permitió una comprensión profunda sobre el impacto de la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la Demencia Tipo Alzheimer (DTA) en la comunicación y la calidad de vida de los pacientes como de sus familias en Colombia e identificó la necesidad de fortalecer la participación del fonoaudiólogo en la integración de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), especialmente en poblaciones con riesgo o diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas.

Uno de los hallazgos clave de este estudio es que, si bien la EA y la DTA afectan progresivamente las habilidades del lenguaje y la comunicación, en el país no existe un modelo estructurado de atención fonoaudiológica dentro del sistema de salud. Aunque las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) contemplan la atención en salud mental, no incluyen un abordaje detallado de la intervención fonoaudiológica, lo que limita la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). La inclusión del

fonoaudiólogo en las RIAS permitiría una detección temprana, intervención personalizada y acompañamiento continuo al paciente y su entorno familiar, lo que contribuiría a mejorar la calidad de vida de los afectados, elementos que han sido destacados en la literatura especializada (Pineda et al., 2020).

El análisis sobre el concepto de Alzheimer permitió evidenciar cómo la enfermedad afecta progresivamente las habilidades del lenguaje y comunicación en las personas que la padecen. En las etapas iniciales, los síntomas pueden ser sutiles, como la dificultad para encontrar palabras específicas, pero el avance de la enfermedad, el deterioro del lenguaje y la comunicación se intensifica, impactando gravemente la interacción social y generando sentimientos de aislamiento en los pacientes (Alzheimer's Association, 2022; Bayles & Tomoeda, 2014).

De la misma manera, el análisis del sistema de salud colombiano reveló que, aunque existen lineamientos y rutas de atención en salud mental, la implementación de enfoques especializados en EA y DTA es limitada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Esto se debe a factores como deficiencias en la infraestructura sanitaria y falta de acceso a servicios especializados, especialmente en zonas rurales (Ruiz et al., 2022). La inclusión del enfoque fonoaudiológico en la ruta de atención nacional podría contribuir significativamente a mantener la calidad de vida de los pacientes, facilitando una comunicación más efectiva que preserve su dignidad y bienestar emocional.

Desde una perspectiva interdisciplinaria, este estudio resalta la importancia de adaptar las RIAS para atender cada fase de la EA y la DTA. En las etapas iniciales, se recomienda priorizar estrategias para mantener la comunicación verbal, mientras que en fases avanzadas es

fundamental el uso de herramientas no verbales. Asimismo, se debe abordar el riesgo de disfagia, una complicación común en esta población, para reducir la malnutrición y el riesgo de aspiración (Hopper et al., 2013).

Además, se identificaron desafíos metodológicos en la investigación de la EA y la DTA, como la distinción terminológica y la falta de criterios diagnósticos precisos. Si bien el término Enfermedad de Alzheimer (EA) se emplea con frecuencia en la literatura, lo cual podría sugerir una aparente claridad en la identificación de la patología, en muchos casos los pacientes estudiados no cuentan con exámenes clínicos especializados que confirmen el diagnóstico. En su lugar la identificación de la enfermedad se basa en la presencia de síntomas de demencia, lo que introduce un margen de incertidumbre en la investigación (Robles, 2002). Para mejorar la precisión diagnóstica, es fundamental establecer criterios rigurosos y promover el acceso a herramientas diagnósticas avanzadas, como biomarcadores específicos y estudios de neuroimagen.

Otro desafío identificado es la falta de una ruta de atención en salud claramente definida y estandarizada para el abordaje integral de la Enfermedad de Alzheimer. Esta carencia no solo afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sino que también dificulta la recolección de datos consistentes para la investigación. La falta de protocolos claros para el diagnóstico temprano, el seguimiento y el tratamiento de la EA, limita la capacidad de respuesta del sistema de salud y de los actores clave involucrados en el manejo de la enfermedad. Por ello, es fundamental que las instituciones de salud, en conjunto con la comunidad científica, trabajen en la elaboración y difusión de guías clínicas actualizadas basadas en evidencia, que faciliten la

labor de los profesionales de la salud y empoderen a los cuidadores(as) y familiares con herramientas prácticas para el manejo de la enfermedad.

En cuanto al marco legal, la Ley 1566 de 2012 reconoce la demencia como un problema de salud pública y establece medidas para su atención, como la creación de una Ruta de Atención Integral para la Demencia. Sin embargo, persisten desafíos, como la falta de capacitación de los profesionales de salud y la escasa conciencia pública sobre los signos iniciales de la EA. La Ley 1616 de 2013 también representa un marco clave para la protección de las personas con enfermedades mentales, incluyendo la EA, al garantizar una atención integral y la protección de sus derechos.

Por otro lado, se hace evidente la necesidad de fortalecer la formación de futuros fonoaudiólogos(as) en la implementación y fortalecimiento de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), especialmente para la población con trastornos neurodegenerativos, como lo es la enfermedad del Alzheimer. La creciente proporción de adultos mayores en Colombia exige que el sistema de salud implemente estrategias más claras y precisas para garantizar una atención efectiva y oportuna.

La participación del fonoaudiólogo en la regulación de Rutas Integrales de Atención Primaria en Salud (RIAS) resulta esencial para garantizar una atención integral en comunicación y sus alteraciones. Su contribución se puede dar en diversos niveles, comenzando con el diseño y elaboración de estas rutas. En este sentido, el fonoaudiólogo puede aportar su conocimiento especializado en evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos del lenguaje, habla, audición, voz y deglución. Además, su rol en la identificación de necesidades es clave para determinar puntos de control e intervenciones prioritarias dentro del sistema de salud.

En la fase de implementación y seguimiento de las RIAS, el fonoaudiólogo debe integrarse a equipos interdisciplinarios dentro de la Atención Primaria en Salud (APS), asegurando que las estrategias diseñadas se apliquen de manera efectiva y se ajusten según la evolución del paciente. También juega un papel fundamental en la monitorización y evaluación de estas rutas, mediante la aplicación de indicadores de calidad que permitan medir el impacto de la atención fonoaudiológica y detectar barreras en su implementación.

Por último, su rol en la investigación y actualización de las RIAS es crucial. La generación de evidencia científica sobre la prevalencia de trastornos de la comunicación y la efectividad de las intervenciones contribuirá a la actualización de estos protocolos. Además, el fonoaudiólogo puede participar en la adaptación de las RIAS a los cambios demográficos y tecnológicos, incorporando nuevas herramientas y enfoques terapéuticos que optimicen la atención a los pacientes con EA.

En conclusión, la integración del enfoque fonoaudiológico en la atención de la EA y la DTA en Colombia es un paso necesario para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La implementación de estas recomendaciones permitirá optimizar el sistema de salud y garantizar una atención más inclusiva y eficaz ante los desafíos que representa la demencia en el país.

### **Recomendaciones**

- Fortalecimiento del Enfoque Fonoaudiológico en las RIAS: incorporar la atención fonoaudiológica en la ruta de atención de la EA y la DTA para garantizar intervenciones especializadas en comunicación y deglución.

- Capacitación de Profesionales de la Salud: implementar programas de formación continua para el personal médico y fonoaudiólogos sobre la detección temprana y el abordaje interdisciplinario de la EA.
- Sensibilización Comunitaria: desarrollar campañas educativas para aumentar el conocimiento sobre los síntomas iniciales de la EA y la importancia de la atención temprana.
- Acompañamiento a Cuidadores: diseñar estrategias de apoyo emocional y educativo para los cuidadores (as), asegurando su bienestar y facilitando el manejo de la enfermedad.
- Desarrollo de Guías Clínicas Actualizadas: elaborar protocolos basados en evidencia para estandarizar la atención y mejorar la respuesta del sistema de salud ante la EA.
- Inclusión de Tecnologías de Monitoreo Remoto: implementar herramientas digitales que permitan el seguimiento continuo de los pacientes y ajusten las estrategias de intervención según la progresión de la enfermedad.

#### -       **Referencias**

Albert, M., Martínez, R., Gutiérrez, A., Rodríguez, D., & Pérez, G. (2014). Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Farmacia*, 48(2), 508-518.

- Alzheimer, A. (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin, 64(1-2), 146-148.
- Alzheimer's Association. (2022). What is Alzheimer's? Recuperado de <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>
- Alzheimer's Association. (2024). Stages of Alzheimer's. Recuperado de <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/stages?lang=en-US>
- Ansorena, X. (2010). Anosognosia, memoria y self en la enfermedad de Alzheimer (Tesis de maestría). Universidad de Salamanca, Salamanca, España.
- Ardila-Rodríguez, D., Lopera, F., Agudelo, A., & Moreno-García, J. (2017). Situación actual de la enfermedad de Alzheimer en Colombia: una revisión sistemática. Revista de Neurología, 65(10), 633-642.
- Ballesteros, D, & Alfonso, L. (2019). El fonoaudiólogo en el ámbito de la comunidad y el bienestar social. Revista Colombiana de Rehabilitación, 18 (1), 75-86.  
<https://doi.org/10.30788/RevColReh.v18.n1.2019.327>
- Bayles, K. A., & Tomoeda, C. K. (2014). Cognitive-communication disorders of dementia: Definition, diagnosis, and treatment. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Bayles, K. A., & Tomoeda, C. K. (2020). Alzheimer's disease and communication. En K. A. Bayles & C. K. Tomoeda (Eds.), Cognitive-communication disorders in dementia (pp. 1-20). Plural Publishing.
- Bourgeois, M. S. (1991). Communication treatment for adults with dementia. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 34(4), 831-844.

Carbonell, M. M., Daza, M. F., Jaimes, E. L., Marchán, E. J. H., & Moreno, L. J. P. (2021). El anciano en situación de dependencia y su familia: Aportes desde una mirada interdisciplinaria.

Carreño, L. (2018). ACCIONES DEL FONOAUDIÓLOGO(A) EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS); LA TEORÍA FRENTE a LA PRÁCTICA. [Tesis, Universidad Nacional de Colombia].

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76183/ACCIONES%20DEL%20FONOAUDIÓLOGO%28A%29%20EN%20EL%20MARCO%20DE%20LA%20ATENCIÓN%20PRIMARIA%20DE%20SALUD%20%28APS%29%3B%20LA%20TEORÍA%20FRENTE%20A%20LA%20PRÁCTICA%20%28Trabajo%20Final%20-%20Especialización%20en%20Administración%20en%20salud%20pública%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Centro de Atención Neurológica Integral. (2023). Intervención fonoaudiológica en enfermedad del Alzheimer.

Chomsky, N. (1965). Aspects of the theory of syntax. Cambridge, MA: MIT Press

Clare, L., et al. (2012). Awareness in early-stage Alzheimer's disease: A review of methods and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 177-196.

Cummings, J., et al. (2019). Alzheimer's disease drug development pipeline: 2019. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 5, 272-293.

Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), 235-249.



- Daza, S. L. P. (2005). *Lenguaje, lengua, habla, idioma y dialecto*. Bogotá, Colombia: Universidad Distrital de Colombia.
- Deacon, T. W. (1997). *The symbolic species: The co-evolution of language and the brain*. New York: W.W. Norton & Company.
- Decreto 1074 de 2015. *Diario Oficial de la República de Colombia* (No. 47.508, de 28 de julio de 2015).
- Decreto 777 de 2013. *Diario Oficial de la República de Colombia* (No. 45.552, de 12 de septiembre de 2013).
- Delgado, C., Munoz-Neira, C., Soto, A., Martínez, M., Henríquez, F., Flores, P., & Slachevsky, A. (2016). Comparison of the psychometric properties of the “word” and “picture” versions of the free and cued selective reminding test in a Spanish-speaking cohort of patients with mild Alzheimer's disease and cognitively healthy controls. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(2), 165-175.
- Duarte Viví, L. (2007). Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. *Areté*, 7(1), 173–178. Recuperado a partir de <https://arete.iberro.edu.co/article/view/525>
- Escobar Burgos, D. K. (2019). Intervención fonoaudiológica tradicional en personas con afasia progresiva primaria: una revisión sistemática.
- García, A. (2023). Comunicación no verbal en pacientes con demencia de Alzheimer. *Revista de Neurología y Comunicación*, 10(2), 12-20.
- García-Algar, A., Garrido, M. M., & García-García, M. J. (2016). Atención a la demencia en Colombia: retos y desafíos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(6), 342-

349. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-86972023000200173](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-86972023000200173)

Gatz, M., et al. (2006). Role of genes and environments for explaining Alzheimer disease.

Archives of General Psychiatry, 63(2), 168-174.

Gómez, J. P., Vargas, M. A., & López, L. F. (2021). Epidemiología de la demencia en Colombia:

Un análisis de los factores socioeconómicos. Revista Colombiana de Neurología, 29(2), 105-113.

Gowin, D. B. (1981). Educating. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Haberstroh, J., Mueller, C., & Pantel, J. (2006). TANDEM: A model for structuring

communication problems in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21(10), 1028-1036.

Hernández, A., Pérez, M., & Ruiz, A. (2022). Factores de riesgo para la enfermedad de

Alzheimer en población colombiana. Journal of Alzheimer's Disease, 90(4), 1525-1533.

Hernández, J. J., & Buitrago, T. (2018). Diferencia del rendimiento cognitivo entre el

envejecimiento normal y patológico en el adulto mayor. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12442/6301>

Hernández, J. (2010). Los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. Acta Neurológica

Colombiana, 26(Supl. 3), 101-111.

[https://www.acnweb.org/acta/acta\\_2010\\_26\\_Supl3\\_1\\_101-111.pdf](https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_101-111.pdf)

Hopper, T., et al. (2013). The role of speech-language pathology in Alzheimer's disease.

American Journal of Speech-Language Pathology, 22(2), S306-S317.

- Jaramillo, J., Mendoza, L., & Rodríguez, P. (2023). Comparación regional de la prevalencia de la demencia tipo Alzheimer en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 37(1), 45-55.
- Johnson-Laird, P. N. (1983). *Mental models: Towards a cognitive science of language, inference, and consciousness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Labos, E., Slachevsky, A., P., & Fuentes, P., Manes, F. (Compiladores). (2008). *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Akadia Editorial.
- Lambert, J. C., et al. (2013). Meta-analysis of 74,046 individuals identifies 11 new susceptibility loci for Alzheimer's disease. *Nature Genetics*, 45(12), 1452-1458.
- Lasswell, H. (1948). *The structure and function of communication in society*. Recuperado de <http://www.irfanerdogan.com/dergiweb2008/24/12.pdf>
- Lasswell, H. D. (1951). The policy orientation. *The policy sciences*, 3-15.
- Ley 1090 de 2009 (Ley de Atención Integral en Salud). *Diario Oficial de la República de Colombia* (No. 44.037, de 11 de diciembre de 2009).
- Ley 1566 de 2012 (Ley de Alzheimer). *Diario Oficial de la República de Colombia* (No. 45.425, de 24 de julio de 2012).
- Ley 1616, 21 de enero de 2013, por la cual se crea el Sistema Nacional de Cuidado Integral a las Personas con Enfermedad Mental y se dictan otras disposiciones. (2013). *República de Colombia*.

- Lieberman, P. (1984). The biology and evolution of language. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Livingston, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet, 396(10248), 413-446.
- Maldonado, J., Martínez, S., & Ramírez, C. (2023). Prevalencia y características clínicas de la enfermedad de Alzheimer en adultos mayores en Colombia. Boletín de Salud Pública, 36(1), 78-84.
- Maturana, H. (2001). Cognição, ciência e vida cotidiana (Organización y traducción de Cristina Magno e Victor Paredes). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Maturana, H. R. (1990). El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano. Santiago: Editorial Universitaria.
- May, A., Gustafsson, J., & Tiberghien, T. (2019). Early intervention in dementia: A review of the evidence. International Journal of Geriatric Psychiatry, 34(1), 11-20.
- McKhann et al. (2011). Criterios diagnósticos clínicos para la EA.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2021). Encuesta Nacional de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional para la Atención Integral de la Demencia en Colombia (2014-2021). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-demencia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ruta de Atención Integral para la Demencia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-demencia.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Rutas integrales de atención en salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Demencia: una prioridad de salud pública mundial. Ginebra: OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/98377>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Informe Global sobre el Alzheimer y otras Demencias.
- Pasqual Maragall. (2023). 10 mitos sobre la enfermedad de Alzheimer. Recuperado de <https://blog.fpmaragall.org/10-mitos-sobre-la-enfermedad-de-alzheimer>
- Peña-Casanova, J. (2007). Neurología de la conducta y neuropsicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pérez, M. (2022). El rol del fonoaudiólogo en el apoyo a cuidadores de personas con demencia. Revista Latinoamericana de Fonoaudiología, 12(3), 5-15.
- Perry, G. (2010). Alzheimer's disease: A comprehensive review. New York: Academic Press.
- Pineda, D. A., et al. (2020). Epidemiología de la demencia en Colombia: Una revisión sistemática. Revista Colombiana de Psiquiatría, 49(3), 145-156.
- Postman, N. (1996). The end of education: Redefining the value of school. New York: Vintage Books.
- Ramirez, S., & Colina Matiz, S. (2010). Papel del fonoaudiólogo en el área de la salud mental: Una experiencia profesional en el hospital militar central. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Resolución 4228 de 2015. Ministerio de las Tecnologías de la Información y las

Comunicaciones. Recuperado de <https://www.mincit.gov.co/ministerio/normograma-sig/procesos-de-apoyo/gestion-de-recursos-fisicos/resoluciones/resolucion-4228-de-2012-8.aspx>

Robles, A., Alom, J., & Peña-Casanova, J. (2022). Neuropsicología y Neuropsiquiatría en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología Clínica*, 31(3), 142-153.

Rodríguez, L. (2021). Personalización de intervenciones fonoaudiológicas en pacientes con demencia: El rol del cuidador. *Revista Iberoamericana de Fonoaudiología*, 14(1), 18-30.

Romero, A. (2022). El abordaje de la demencia en el envejecimiento: Desafíos y perspectivas. Editorial Médica.

Smith, J., & Brown, K. (2019). Multidisciplinary care in Alzheimer's disease: A systematic review. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(4), 456-467.

Starkstein, S. E. (2014). Anosognosia in Alzheimer's disease: Diagnosis, frequency, mechanism and clinical correlates. *Cortex*, 61, 64-73.

Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006-1012.

Tomasello, M. (2003). *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Tortosa, E., et al. (2016). Neurofibrillary tangles and tau pathology in Alzheimer's disease. *Journal of Neuroscience Research*, 94(12), 110-120.

- Valls, V., Andriolo, R. B., & Fonseca, E. L. (2014). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y su eficacia en la prevención de la demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 46(3), 391-398.
- Vargas, M., Gómez, A., & Morales, T. (2022). Desafíos en el diagnóstico y tratamiento de la demencia en Colombia. *Revista Latinoamericana de Neurociencias*, 34(3), 200-210.
- Vergnaud, G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en Didactique des Mathématiques*, 10(2-3), 133-170.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamento e linguagem* (1ª ed. bras.). São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. S. (1988). *A formação social da mente* (2ª ed. bras.). São Paulo: Martins Fontes.
- Young, T. (2010). *Comunicación y demencia: Nuevas Perspectivas, nuevos enfoques*. Barcelona: Editorial UOC.
- Zambrano, É. (2011). El diseño curricular de la educación básica. *La Técnica*, (4), 50-53.