



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA  
ROSARIO, ARGENTINA  
SEPTIEMBRE, 2025**

**“La intervención del Profesional Fonoaudiólogo en el abordaje interdisciplinario de la Demencia Frontotemporal y sus variantes: un enfoque de calidad de vida.”**

**ALUMNAS:** Berditchevsky, Solana y González Sorribas, Guillermina.  
**CON LA SUPERVISIÓN DE:** Alberto, Aldana y Dal Molin, Julieta.

**Tesina presentada por:**

Berditchevsky Solana.....

González Sorribas Guillermina.....

**Con la supervisión de:**

Alberto Aldana.....

Dal Molin Julieta .....

Aprobada por:

.....

.....

.....

En Rosario, a los ..... días del mes de ..... del año .....

**Legajos:** B-2140/7

G-2052/4

## **Agradecimientos y dedicatorias**

En primer lugar, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a nuestras tutoras, Aldana Alberto y Julieta Dal Molin, por guiarnos, aconsejarnos y acompañarnos durante este proceso, mostrándonos un gran compromiso y responsabilidad hacia la temática.

Asimismo, valoramos y reconocemos el apoyo de nuestras familias y amigas quienes fueron un sostén y un pilar fundamental durante nuestro recorrido por la Universidad, así como en la realización de este ensayo.

Por último y no menos importante, este trabajo está dedicado a nuestros abuelos, Chichin y Rafa, quienes formaron parte de nuestras vidas y a pesar de que ya no están, siempre nos incentivaron a estudiar y no rendirnos para lograr ser profesionales de la salud formadas y capacitadas.

Como futuras Licenciadas en Fonoaudiología, consideramos importante visibilizar nuestra intervención en el abordaje de esta temática, promoviendo la calidad de vida y la comunicación.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Resumen  | 5  |
| Referente teórico  | 6  |
| Problematización   | 9  |
| Justificación  | 11 |
| Objetivos  | 12 |
| Desarrollo   | 13 |
| Capítulo I: Demencia Frontotemporal y sus variantes: conceptualizaciones iniciales                                 | 13 |
| Capítulo II: Demencia Frontotemporal: efectos en el paciente y en su entorno                                       | 21 |
| Capítulo III: El rol del profesional fonoaudiólogo en el abordaje interdisciplinario de la Demencia Frontotemporal | 28 |
| Capítulo IV: Acciones de promoción y prevención: un enfoque en pro de la calidad de vida                           | 35 |
| Conclusiones   | 43 |
| Bibliografía   | 46 |

## Resumen

El presente ensayo plantea y reflexiona sobre el rol del profesional fonoaudiólogo en pacientes con diagnóstico de Demencia Frontotemporal y sus variantes en el marco de un abordaje interdisciplinario. Se analiza a partir de un enfoque centrado en la calidad de vida, considerándose el eje fundamental para implementar estrategias que prioricen la promoción y prevención como pilares cruciales del cuidado integral para generar condiciones que favorezcan el bienestar y la autonomía del sujeto y su entorno.

Esta enfermedad surge como consecuencia de la neurodegeneración de las regiones prefrontales y de la región anterior del lóbulo temporal, lo que produce el deterioro gradual de la cognición, la personalidad y las conductas sociales.

Se conceptualiza sobre el surgimiento de esta enfermedad neurodegenerativa y sus manifestaciones clínicas analizando el impacto que éstas tienen en el lenguaje, la comunicación, la memoria y la conducta, desde una perspectiva que aborda al sujeto de manera integral, teniendo en cuenta la esfera personal y social del mismo (Archibaldo Donoso et al., 2009). Mediante el desarrollo del presente tema, se argumenta además la importancia de una detección temprana y un diagnóstico diferencial que permitan la intervención fonoaudiológica no sólo limitada al tratamiento de los síntomas, sino fundamentalmente promoviendo acciones de promoción y prevención vinculadas a un enfoque en pro de la calidad de vida.

A partir del recorrido realizado surge como tema de interés plantear la necesidad de trabajar con el entorno del paciente brindándoles el acompañamiento terapéutico adecuado para favorecer la creación de un ambiente que posibilite la maximización de las habilidades comunicativas del sujeto. Se expone sobre la importancia de que el paciente y su familia puedan tener acceso a políticas de salud pública y privada para asegurar una atención accesible y equitativa. En síntesis, este trabajo tiene como propósito destacar la intervención fonoaudiológica en la atención de personas con Demencia Frontotemporal, considerando la subjetividad y singularidad del sujeto en el marco del trabajo interdisciplinario.

**Palabras claves:** Demencia Frontotemporal, fonoaudiología, interdisciplina, calidad de vida.

## Referente teórico

Este ensayo busca reconocer el valor de la intervención del profesional fonoaudiólogo frente al diagnóstico médico de la Demencia Frontotemporal, en el marco de un abordaje interdisciplinario.

En primer lugar, se desarrolla la historia del surgimiento de dicho diagnóstico junto con las investigaciones y avances en genética llevadas a cabo por Howard Rosen que han permitido establecer criterios precisos para la identificación de esta enfermedad. Del mismo modo, se abordan los diferentes estudios que los profesionales de la salud pueden solicitar para establecer el diagnóstico diferencial (Mayo Clinic, 2024) y se definen las diferentes variantes que puede presentar esta enfermedad neurodegenerativa. Dado el impacto que éstas generan en la comunicación y en el lenguaje, se destaca el rol del profesional fonoaudiólogo en la identificación de los síntomas lingüísticos y conductuales y en la planificación terapéutica.

En este marco, se expone la alteración de las funciones cognitivas superiores, como lo son el lenguaje y la memoria, y se narra la repercusión de las mismas en la comunicación cotidiana del paciente y en su interacción social. Para poder identificar estos signos y síntomas se utilizaron los criterios diagnósticos para la Demencia Frontotemporal planteados por Archibaldo Donoso et al., (2009) y se expone un estudio publicado en el *European Radiology* (2025) que identificó una herramienta útil para la detección de esta enfermedad mediante un Índice de Asimetría Cortical (CAI) que examina los resultados de resonancia magnética de estos pacientes. De esta manera, resulta pertinente integrar los aportes del National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2025) que enuncian el fuerte impacto emocional, social, laboral y económico del paciente y su entorno, como así también de la dinámica familiar. Se relata el desgaste que se genera en la salud física y mental del cuidador principal ante el cuidado de una persona con Demencia Frontotemporal. En relación a ello, se destacan las pautas personalizadas que se deben brindar en la devolución diagnóstica al paciente y a la familia para crear conciencia sobre la importancia y el compromiso con el tratamiento fonoaudiológico.

Por otra parte, a partir de lo planteado por la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología N° 27.568 (2020), se definen las acciones de promoción y prevención que el profesional fonoaudiólogo puede desempeñar para prevenir la aparición de mayor o nueva sintomatología de la enfermedad y preservar o mejorar los aspectos positivos de la salud del paciente (Colimon, K., 2010). Asimismo, se resalta la importancia de la

articulación entre el motivo de consulta y la primera entrevista desde la perspectiva de Levin (1992) que permitirá arribar a un diagnóstico presuntivo. También se distingue la mirada clínica que se deberá tener, para arribar al diagnóstico, desde la propuesta de Souza Campos (1997) y en cuanto al abordaje y al tratamiento se contempla la Teoría Fisiopatológica planteada por Azcoaga (1997). En consonancia, se define la interdisciplina desde los aportes de Rodulfo (2024) y Stolkiner (2005) y se enfatiza en la intervención fonoaudiológica y su papel insustituible en el abordaje interdisciplinario.

Finalmente, se propone el concepto de salud plasmado por la Carta de Ottawa (1986) y se identifica la relación entre la salud y las condiciones sociales, económicas, ambientales y los estilos de vida de cada sujeto. Se describe la calidad de vida según la Federación Autismo Madrid (2021) y se formulan acciones de promoción (Colimon, K., 2010) y prevención (Vignolo et al., 2011) en la Demencia Frontotemporal que son fundamentales para mejorar el bienestar del paciente y su entorno. A partir de lo mencionado, se articula lo desarrollado sobre la calidad de vida con el término cuidados paliativos, el cual tiene por objetivo potenciar el bienestar de los pacientes que padecen esta enfermedad. Dicho esto, se desarrolla la importancia de la identificación, evaluación, intervención temprana y tratamiento oportuno formulado por Aguirre-Bravo et al. (2015).

Siguiendo con esta idea, se distinguen las áreas fonoaudiológicas a evaluar en pro de la calidad de vida del paciente que incluyen los subtests de baterías de funcionamiento cognitivo descritos, así como las investigaciones al respecto realizadas por Garriga y Ormaechea (2020). Entre las áreas a evaluar, se mencionan: comunicación, lenguaje, habla, voz, deglución, memoria, atención, razonamiento y cálculo, orientación, esquema corporal y estado emocional. Para la evaluación clínica de la deglución se desarrollan los objetivos a tener en cuenta ideados por Dal Molin et al. (2025) y se exponen las vías óptimas para que el paciente se pueda alimentar.

En este sentido, se explicita la importancia de la evaluación completa, compleja y jerarquizada para arribar a un diagnóstico certero y así, organizar una terapéutica que considere la subjetividad de cada sujeto. En consecuencia, se desarrolla la intervención propiamente dicha y se orienta a los familiares y cuidadores del paciente para que puedan identificar la sintomatología y así interactuar con ellos. Por lo tanto, es esencial comprender que la intervención temprana permitirá beneficios concretos para el paciente y su familia (Mayo Clinic, 2024). Los mismos se lograrán a través de un abordaje integral, siempre y cuando se reconozca que la complejidad de este cuadro clínico requiere de un enfoque

interdisciplinario y colaborativo del equipo en el cual el profesional fonoaudiólogo desempeña un rol insustituible.

## **Problematización**

La Demencia Frontotemporal (DFT) es el resultado de un proceso neurodegenerativo de las regiones prefrontales y la región anterior del lóbulo temporal. En esta enfermedad, predominan múltiples manifestaciones clínicas del lenguaje y de la conducta, que se despliegan de manera progresiva provocando el deterioro de la cognición, personalidad y conducta social (Cruzado et al.,2021).

Para arribar al diagnóstico diferencial de esta enfermedad neurodegenerativa, se requiere de una evaluación exhaustiva que delimite el área cerebral que se encuentra afectada, ya que la misma podría incidir tanto en la región frontal como en la temporal, razón por la cual se encontrarían comprometidos ambos aspectos del lenguaje (expresivo y comprensivo). Como consecuencia de esta lesión, se conocerá el tipo de manifestación clínica que presentará el paciente, expresada a partir de dos variantes diferentes que no sólo repercuten en las funciones cognitivas, sino que también interfieren en la manera en que el paciente se relaciona con su entorno debido a las dificultades comprensivas y expresivas propias de este diagnóstico. A partir de lo dicho, buscamos visibilizar ¿Cómo repercute la Demencia Frontotemporal y sus variantes en la comunicación del paciente con el entorno que lo rodea?

Debido a múltiples cambios de conducta y personalidad, la Demencia Frontotemporal genera a su vez discapacidad en personas que aún se encuentran en un período laboral activo, razón por la cual, el diagnóstico certero suele retrasarse debido a que las manifestaciones clínicas son principalmente conductuales, más que cognitivas, así también como emocionales y físicas. Es por esto, que la familia también deberá contar con una atención adecuada e integral, lo que nos lleva a cuestionarnos sobre ¿Cómo influye la Demencia Frontotemporal y sus variantes en la memoria y la conducta en el abordaje interdisciplinario del paciente con diagnóstico de Demencia Frontotemporal? A partir de lo expuesto puede decirse que la intervención fonoaudiológica se verá complementada por otros profesionales y disciplinas, lo cual enfatiza en la importancia de un adecuado abordaje interdisciplinario, mediante acciones de prevención con el objetivo de lograr un enfoque en pro de la calidad de vida del paciente y su familia. Para llevar a cabo estas acciones, se requiere de un equipo especializado en cuidados paliativos que priorice una asistencia de calidad, con equidad y accesibilidad.

En este contexto se destaca la relevancia de la intervención del profesional fonoaudiólogo dentro del equipo de cuidados paliativos, ya que la comunicación y el

intercambio dialógico entre dos o más personas se encuentra afectada en pacientes con este diagnóstico, así también como el lenguaje, la movilidad de los músculos del habla y la deglución, el control respiratorio y las funciones ejecutivas y mentales superiores. Esta situación, dificulta que el paciente comprenda su estado de salud y se exprese adecuadamente, lo que en consecuencia genera que la capacidad de toma de decisiones se vea limitada.

En síntesis, para realizar rehabilitación o tratamiento del lenguaje y la comunicación en el diagnóstico médico de Demencia Frontotemporal y sus variantes, es imprescindible la participación del fonoaudiólogo, lo que permite interrogarnos y reflexionar acerca de ¿Cómo beneficia la intervención del profesional fonoaudiólogo en el abordaje interdisciplinario de la Demencia Frontotemporal?

## **Justificación**

Según Manes et al., (2007) la Demencia Frontotemporal es una enfermedad neurodegenerativa de avance progresivo que compromete funciones del lenguaje, comunicación, cognitivas y conductuales, lo que genera un fuerte impacto tanto en el propio paciente como en su entorno familiar y social.

En este contexto, la intervención del profesional fonoaudiólogo cobra relevancia en el abordaje interdisciplinario de esta problemática, ya que su campo de acción abarca no sólo la evaluación, el diagnóstico y la rehabilitación de los trastornos del lenguaje y la comunicación, la deglución y los aspectos cognitivos, sino también y fundamentalmente, la planificación de estrategias de promoción y prevención, en pro de favorecer la seguridad y eficacia deglutoria y potenciar estrategias comunicativas para el paciente y su familia, puesto que la interacción dialógica podría encontrarse comprometida.

En este sentido, la intención del presente ensayo radica en reflexionar respecto de la importancia del rol del profesional fonoaudiólogo en el trabajo interdisciplinario para abordar esta problemática, visibilizar su función activa y específica dentro del equipo de salud y destacar su rol tanto en el tratamiento clínico, como en el enfoque integral en pro de la calidad de vida del paciente y el acompañamiento que su entorno, especialmente familiar, requiere.

Además, este trabajo busca aportar al desarrollo de la investigación clínica y el diagnóstico complejo de la Demencia Frontotemporal, y proyectar así sugerencias que contribuyan a dicho abordaje.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

- Visibilizar la importancia de las intervenciones fonoaudiológicas en la Demencia Frontotemporal.

### **Objetivos específicos:**

- Conceptualizar la Demencia Frontotemporal e identificar las diferentes variantes que se presentan dentro de la misma, abordando el impacto que estas tienen en el lenguaje y en la comunicación.
- Discutir cómo la Demencia Frontotemporal y sus variantes repercuten en la memoria y la conducta, en la esfera personal y social del paciente y en su calidad de vida.
- Debatir sobre la importancia del rol que ejerce el profesional fonoaudiólogo en el abordaje interdisciplinario del paciente con diagnóstico de Demencia Frontotemporal.
- Proponer acciones de promoción y prevención vinculadas a un enfoque en pro de la calidad de vida del paciente.

## Desarrollo

### Capítulo I: *Demencia Frontotemporal y sus variantes: Conceptualizaciones iniciales*

El primer registro histórico de Demencia Frontotemporal data del año 1892 cuando el Dr. Pick analiza el caso de un hombre de 71 años que presentaba un deterioro progresivo en el lenguaje y su conducta. A lo largo de los años, Pick documentó otros 6 casos de pacientes con manifestaciones clínicas que iban desde conductas desinhibidas hasta afasias con atrofas del lóbulo frontal y/o temporal. A partir del 1911 el Dr. Alzheimer identifica las inclusiones argirofílicas globulares, conocidas como cuerpos de Pick, junto con las neuronas acromáticas, descritas como células de Pick, que en conjunto se definen como la histopatología característica de esta enfermedad.

Posteriormente, en la década de 1920, los discípulos de Pick proponen el nombre de Enfermedad de Pick para agrupar los casos que presentaban atrofia en el lóbulo frontal y/o temporal, sin las alteraciones propias de la enfermedad de Alzheimer. En el año 1980, equipos de investigación en Suecia e Inglaterra, comenzaron a publicar estudios de pacientes con atrofas frontotemporales progresivas.

En 1994, estos equipos establecen los primeros criterios diagnósticos para este cuadro clínico, al que denominaron Demencia Frontotemporal (DFT). Más adelante, también se identificaron otras manifestaciones clínicas conocidas como: Demencia Frontotemporal variante conductual (DFTvc) y Demencia Frontotemporal o Afasia Progresiva Primaria (APP), la cual presenta dos subtipos clínicos denominados Demencia Frontotemporal Semántica Fluente y Demencia Frontotemporal No fluente o Agramática.

Dado que estos criterios fueron ideados principalmente para la investigación, McKhann y su equipo (1998) propusieron un tercer conjunto de criterios, orientado a facilitar la identificación clínica de los pacientes con esta patología. Sin embargo, estos últimos no presentan suficiente especificidad, lo que dificulta su uso en contextos investigativos. Un ejemplo de esto es la categorización general de la afasia progresiva, en la que se unifican dos síndromes distintos en una sola categoría.

En este contexto, los avances en genética entre los años 2000 y 2010 han permitido profundizar descubrimientos en la comprensión de la complejidad clínica de la Demencia Frontotemporal. El de mutaciones en genes, llevado a cabo por Howard Rosen en el Instituto Weill de Neurociencias de la Universidad de California en San Francisco, como GRN, C9orf72 y MAPT, no sólo ha contribuido al entendimiento de los mecanismos moleculares

subyacentes, sino que también ha evidenciado la necesidad de criterios diagnósticos más precisos y específicos.

El gen GRN, se encarga de la producción de progranulina, la cual ayuda a controlar el crecimiento, la división y supervivencia celular. Un defecto en dicho gen, conlleva a una alteración en su función. La mutación del mismo puede desencadenar DFTvc, así también como un trastorno progresivo del lenguaje y/o del habla, conocido como Afasia Progresiva Primaria (APP). Asimismo, puede producir trastornos del movimiento, como Parkinsonismo o Síndrome Corticobasal. Las familias que son portadoras de una mutación en este gen, habitualmente presentan antecedentes familiares de DFTvc. A su vez, la mutación de dicho gen puede ocasionar síntomas similares al Alzheimer, y en raras ocasiones, causar Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

El gen C9orf72, que se localiza en el brazo corto del cromosoma 9, presenta una función que aún no se encuentra definida, pero se presupone que juega un rol en el transporte de proteínas a los endosomas, la autofagia y el metabolismo de los lípidos. Un defecto en el mismo, podría producir DFT genética o ELA o una combinación de ambas afecciones en una persona.

Por último, el gen MAPT, que codifica la proteína tau, juega un papel relevante en la estructuración y función de las neuronas, por lo tanto, la acumulación de la misma se asocia con diferentes enfermedades neurodegenerativas, incluyendo a la DFTvc y a la enfermedad de Alzheimer. En ocasiones, puede producir afecciones asociadas con Parálisis Supranuclear Progresiva o degeneración corticobasal. Estas patologías se ven acompañadas por un tipo de trastorno del movimiento. Los síntomas pueden incluir: dificultad para tragar, risa y llanto inadecuado, debilidad muscular, mala coordinación, espasmos o contracciones musculares, temblores, rigidez y caídas o dificultad para caminar.

A diferencia de los genes anteriormente mencionados, la mutación de MAPT no causa ELA.

Estas alteraciones genéticas se correlacionan con manifestaciones clínicas distintas, lo que pone de relieve las limitaciones de clasificaciones clínicas generales y refuerza la importancia de integrar herramientas genéticas y biomarcadores en el diagnóstico y la investigación de la DFT.

Gracias a estos biomarcadores y a los avances en neuroimágenes, a partir del 2016, se generan nuevos conocimientos en cuanto a correlatos neuronales de las funciones cerebrales superiores, mecanismos de neurodegeneración y categorización clínica.

Lo mencionado anteriormente lo podemos ver reflejado en la investigación de biomarcadores llevada a cabo por la Asociación Ayuda Afasia (2006), quienes delimitaron que mediante una punción lumbar se puede detectar si los niveles de ciertas proteínas son anómalos, lo que permite indicar si hay o no neurodegeneración.

Estos avances, dieron a conocer numerosos marcadores moleculares que se diferenciaban de los cambios histopatológicos de la enfermedad de Alzheimer y provocan atrofia en la parte anterior de los lóbulos frontal y temporal. A este grupo de alteraciones se les asignó el nombre de degeneración lobar frontotemporal, a las cuales se asociaron diversos síndromes neurocognitivos.

En líneas generales, la Demencia Frontotemporal (DFT) (Cruzado et al., 2021) es el resultado de un proceso neurodegenerativo de las regiones prefrontales y la región anterior del lóbulo temporal. Hay partes de estos lóbulos que se encogen, en un proceso que se denomina atrofia, lo que puede provocar la acumulación de ciertas sustancias en el cerebro. Sin embargo, la causa de esta acumulación es desconocida. En esta enfermedad neurodegenerativa predominan múltiples manifestaciones clínicas del lenguaje y de la conducta, que se manifiestan de manera paulatina, lo que provoca el deterioro de la cognición, personalidad y conducta social. Se entiende por enfermedad neurodegenerativa (Femat, 2023) a la muerte progresiva de neuronas en distintas áreas del sistema nervioso, lo que ocasiona la aparición de sintomatología neurológica y neuropsicológica específicas de cada patología.

Dicha demencia se puede diagnosticar erróneamente como una enfermedad de salud mental o como enfermedad de Alzheimer, debido a que comparte sintomatología similar a estos cuadros clínicos. No obstante, la DFT puede darse a edades adultas más tempranas y afecta principalmente a personas entre los 40 y 65 años, aunque también suele aparecer en edades más avanzadas como sucede en la enfermedad de Alzheimer. La principal diferencia radica en que, mientras la DFT compromete, esencialmente la conducta y la personalidad, la enfermedad de Alzheimer repercute en la memoria.

A partir de lo expresado, estimamos que es significativo dar a conocer la historia del surgimiento de la DFT ya que es una enfermedad neurodegenerativa que se encuentra en constante investigación por ser un cuadro clínico que se asemeja y comparte sintomatología con otras enfermedades. Esto refleja la importancia del diagnóstico diferencial para así poder intervenir desde la fonoaudiología en las áreas que se encuentran comprometidas, a partir del trabajo en un equipo interdisciplinario que aborde al sujeto de manera integral teniendo en cuenta su subjetividad y singularidad.

Según Mayo Clinic, fundada en Minnesota Estados Unidos (2024), para establecer el diagnóstico diferencial, los profesionales de la salud pueden solicitar diferentes estudios: análisis de sangre, estudio del sueño, pruebas neuropsicológicas, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones de fluorodeoxiglucosa.

El análisis de sangre permite descartar la presencia de enfermedades hepáticas o renales, así también como otras afecciones.

El estudio del sueño o polisomnografía se realiza debido a que algunos síntomas de la DFT son similares a los de la apnea obstructiva del sueño, ya que ambos pueden incluir alteraciones en la memoria, el razonamiento y el comportamiento.

En cuanto a las pruebas neuropsicológicas, se utilizan para medir la capacidad de raciocinio y memoria; estas pruebas son particularmente útiles para identificar el tipo de demencia en su estadio inicial y para diferenciar la DFT de otras formas de deterioro cognitivo.

La resonancia magnética permite revelar alteraciones en la estructura o tamaño de los lóbulos frontal y temporal.

Por último, la tomografía por emisión de positrones de fluorodeoxiglucosa se realiza mediante una inyección en el torrente sanguíneo de un marcador radiactivo de baja intensidad. Esta sustancia permite identificar regiones del cerebro con alteraciones en el metabolismo de nutrientes, lo que puede señalar las áreas donde han ocurrido cambios cerebrales y así facilitar el diagnóstico en este tipo de demencia.

Por lo antes descrito resulta fundamental contar con un equipo de profesionales capacitados para realizar este tipo de evaluaciones. Dicho equipo podría conformarse por neurólogos, neuropsicólogos, psicólogos, neurorradiólogos, fonoaudiólogos, fisiatras y especialistas en medicina física y del sueño. Los mismos deberán ajustarse a las necesidades y a la singularidad de cada paciente, ya que una mayor precisión en los resultados permitirá una planificación terapéutica más efectiva.

Este abordaje especializado cobra mayor relevancia cuando se considera la creciente disponibilidad de evidencia científica que describe las alteraciones en la comunicación y en el lenguaje. En este sentido, en el año 2000 se creó la Biblioteca Nacional de Medicina del gobierno de Estados Unidos con el objetivo de brindar información de salud para los ciudadanos. En marzo del 2024, publicaron el artículo “Demencia frontotemporal” en el cual se especifican, en líneas generales, las modificaciones que se producen en la comunicación y el lenguaje ante esta patología. Entre las alteraciones más notorias se puede mencionar la afasia, que compromete el aspecto comprensivo y expresivo del lenguaje. También, se puede

observar la dificultad para nominar, que se traduce en la incapacidad para encontrar una palabra; asimismo, algunas personas manifiestan un habla lenta y vacilante, o tienden a repetir lo que se les dice, fenómeno conocido como ecolalia. En cuadros más severos, estas alteraciones pueden verse acompañadas por una reducción del vocabulario y/o una articulación débil con falta de coordinación (disartria), lo que repercutirá en la claridad del habla. Cuando el paciente presenta incapacidad para hablar, se desencadena lo que se conoce como mutismo. En algunos casos, puede observarse una disminución en la capacidad para leer o escribir.

No obstante las mencionadas generalidades, dentro de la DFT se reconocen dos variantes según la sintomatología y la localización a nivel cerebral donde se produce el proceso neurodegenerativo. Se entiende por variante a la variación o diferencia existente entre diversas clases, versiones o formas de algo, según la Real Academia Española (RAE).

Por un lado, se encuentra la *Demencia Frontotemporal variante conductual* (DFTvc) cuya afección se produce en las redes neuronales frontotemporales del hemisferio derecho, lo que genera un deterioro del funcionamiento interpersonal y en la interacción social, así como cambios en la personalidad del paciente.

Según Fernández-Matarrubia et al. (2014) "En función de las áreas prefrontales afectadas, se distinguen 3 subtipos clínicos: dorsolateral (disejecutivo, seudodepresivo o de la convexidad), orbitomedial (desinhibido, seudomaniaco o seudopsicopático) y mesiofrontal (apático, hipocinético o de la circunvolución cingulada)" (p.464-472).

En esta variante, el paciente que se encuentra en un estadio inicial de la enfermedad, tiene relativamente preservado su dominio cognitivo, no obstante, se caracteriza por una aparición progresiva de alteraciones en la personalidad, las relaciones interpersonales y la regulación emocional. Estos cambios son consecuencia del deterioro progresivo de los circuitos neuronales que intervienen en la cognición social, el control emocional, la toma de decisiones y la motivación. En cuanto a esta última, un síntoma frecuente es la apatía, que se manifiesta como una pérdida notable de dicha motivación, acompañada por el desinterés de las actividades personales, así como el aislamiento social progresivo.

En estadios más avanzados, el rasgo predominante es la desinhibición, que puede derivar en conductas impulsivas, como el gasto de dinero en exceso o el comportamiento de forma indiscreta o sexualmente inadecuada, incluso se han observado conductas sociopáticas y delictivas, como infracciones de las normas de tránsito y asaltos físicos. A su vez, se incluyen comportamientos ludópatas e infrecuentemente conductas de hiperreligiosidad (Fernández-Matarrubia, et al., 2014).

Un hallazgo característico es la perseveración, con conductas estereotipadas y repetitivas, como la tendencia a reiterar actos motores, frases, historias o bromas. Estos pacientes tienden a manifestar una marcada rigidez cognitiva y escasa flexibilidad mental, lo que dificulta su adaptación a nuevas situaciones o rutinas.

En cuanto al estado afectivo, pueden observarse variaciones que van desde el aplanamiento emocional y la indiferencia hasta un afecto desinhibido, con rasgos compatibles a un estado hipomaniaco. También son comunes los trastornos de la conducta alimentaria, que pueden manifestarse como hiperfagia, deseo exagerado de consumir alimentos dulces y la falta de saciedad. Aunque actualmente no se conocen los mecanismos que producen estas manifestaciones, se supone que podría deberse a una disfunción hipotalámica.

Otra manifestación característica es la pérdida de la preocupación por la apariencia personal y por la falta de aseo.

Según Fernández-Matarrubia et al., (2014) de toda la sintomatología mencionada, la desinhibición social, la euforia, las conductas motoras estereotipadas y los trastornos de la conducta alimentaria son las más características para discriminar la DFTvc de otras enfermedades degenerativas.

Por otro lado, se halla la *Demencia Frontotemporal o Afasia Progresiva Primaria* (APP), la cual surge debido a la degeneración frontotemporal del hemisferio izquierdo y contiene dos subtipos clínicos: *Demencia Frontotemporal Semántica Fluente* y *Demencia Frontotemporal No fluente o Agramática*.

La primera se caracteriza por presentar un lenguaje fluido, con una estructura sintáctica y gramatical de las oraciones relativamente conservada, con una articulación del lenguaje oral adecuada. Sin embargo, los pacientes presentan anomias ocupadas por circunloquios y parafasias verbales semánticas, a las cuales desde la Teoría Fisiopatológica propuesta por Azcoaga se las denomina parafasia verbal paradigmática (PVP), para subrayar la condición del eje paradigmático sobre el cual se efectúa el proceso de selección semántica. Por ejemplo: el paciente quiere decir “tenedor” y dice “cuchillo”, estos son objetos relacionados por una misma categoría semántica. En esta primera variante se produce un lenguaje vacío y carente de contenido.

En la anomia ocupada por circunloquio, según Azcoaga (1997), se realiza un giro sobre el discurso. Por ejemplo: al paciente se le muestra una fruta (banana) la cual debe nombrar y responde “eso... e e no e”.

En el segundo subtipo clínico mencionado, Demencia Frontotemporal No fluente o Agramática, los pacientes presentan dificultades en la expresión, acompañadas por agramatismos, parafasias fonémicas y anomias. En algunos casos, se puede manifestar apraxia del habla. Sin embargo, el aspecto comprensivo suele encontrarse conservado. Por ejemplo, el paciente quiere decir "yo voy a ir al supermercado mañana" y dice "yo ir al supermercado". Siguiendo la misma corriente teórica, este sería el caso de un agramatismo semántico, el cual afecta a las palabras lexicales, es decir, se alteran tramos decisivos para el significado (verbos, adjetivos, sustantivos).

Cuando se habla de parafasia fonémica, se hace referencia a la sustitución de un fonema por otro. Por ejemplo, el paciente quiere decir /caja/ y dice /taja/. Es decir, a nivel del analizador cinestésico motor verbal, se produce un síntoma excitatorio por irradiación desordenada, que afecta al código fonológico-sintáctico.

En líneas generales, en la APP la persona que la padece presenta dificultades tanto para expresar sus ideas como para comprender el lenguaje y la habilidad para escribir también puede verse comprometida. Según Huang (2023) a diferencia de la DFTvc, el paciente que presenta APP puede conservar durante varios años cierto nivel de autonomía, no obstante, esto dependerá del compromiso y extensión de la lesión.

El primer signo de aparición es la anomia, que se manifiesta como la dificultad que presenta el paciente para nominar (Azcoaga, 1997). Puede expresarse de tres formas: primero como una anomia léxica, cuando el paciente sabe la palabra que quiere decir, pero no puede nombrarla. Por ejemplo, se le entrega al paciente una imagen en blanco y negro de una manzana y se le pide que nombre qué es lo que ve. El paciente responde "es una fruta... no me acuerdo como se llama".

La segunda es la anomia fonológica, cuando no encuentra los sonidos adecuados para reproducirla. Por ejemplo, se le muestra al paciente una serie de imágenes con animales en blanco y negro y se le pide que nombre a cada uno. El paciente responde "parisoma" en lugar de mariposa.

Por último, la anomia semántica, cuando no puede acceder al significado de la palabra, lo cual genera que experimente dificultades a la hora de reconocerla. Por ejemplo, al paciente se le pide que tome el botón y el paciente toma la moneda, debido a su semejanza perceptual. En un principio, estos errores se producen de manera aislada y en palabras que no son utilizadas con tanta frecuencia, no obstante, con el progreso de la enfermedad las estructuras lingüísticas de uso más frecuente se ven afectadas.

Por lo expuesto, resulta significativo destacar que el profesional fonoaudiólogo se encuentra capacitado para diferenciar la sintomatología perteneciente a cada variante, ya que esto le va a permitir llevar a cabo una evaluación completa, compleja y jerarquizada para arribar al diagnóstico diferencial. De esta manera, podrá proponer y sostener una planificación de trabajo y rehabilitación oportuna, centrado en las necesidades del paciente y así seleccionar los recursos y estrategias que requiera el sujeto para afrontar los desafíos propios de la clínica.

## **Capítulo II: *Demencia frontotemporal: Efectos en el paciente y su entorno***

La Demencia Frontotemporal presenta una sintomatología que difiere en cada persona y cuyo orden de aparición también puede ser diverso. Las afecciones a nivel del lóbulo frontal del cerebro se correlacionan con sintomatología conductual, que afecta la personalidad y el comportamiento, así como el movimiento, mientras que las afecciones a nivel del lóbulo temporal se asocian a trastornos del lenguaje, que interfieren en la sintaxis y la fluencia, así como en las emociones.

La orientación suele permanecer intacta en las primeras etapas junto con las habilidades motoras, no obstante, estos pacientes pueden presentar dificultades para la secuenciación de tareas y recuperación de la información. Se registra un deterioro en el pensamiento abstracto y la atención, con respuestas que tienden a ser desorganizadas, lo que resalta el impedimento para la secuenciación de tareas.

Al respecto, existen ciertos criterios diagnósticos para la DFT (Archibaldo Donoso et al., 2009) que incluyen: cambios conductuales o cognitivos que se manifiestan por un lado, como el cambio precoz y progresivo de la personalidad, con dificultad en controlar la conducta y respuestas o acciones inadecuadas. Por otro lado, el cambio precoz y progresivo del lenguaje, con dificultad para expresarse, nominar o acceder al significado de las palabras. Estos cambios afectan significativamente la actividad social y/o laboral, y representan una caída notable con respecto al funcionamiento previo. Los mismos se manifiestan por un comienzo gradual con una pérdida progresiva de las capacidades y sus defectos no pertenecen exclusivamente a un delirio. Es por esto que, mediante estos criterios el diagnóstico de DFT no puede ser atribuido a otras afecciones psiquiátricas (p. ej., depresión).

Algunos pacientes pueden presentar una afección de la motoneurona con atrofia muscular generalizada, debilidad, fasciculaciones, síntomas bulbares como dificultad para masticar, disfagia, distonía, y temblor en las manos. Esto podría aumentar el riesgo de neumonía aspirativa y con ellos la potencial muerte temprana del paciente.

Lo expuesto permite plantear que es necesario identificar el momento oportuno para realizar una consulta con el profesional.

Agnès Pérez-Millan et al., (2023) en una investigación realizada buscaron clasificar la Enfermedad de Alzheimer y la DFT mediante un aprendizaje automático con datos de resonancia magnética transversales y longitudinales. En el estudio fueron seleccionados 339 sujetos de la Unidad de Enfermedad de Alzheimer y Otros Trastornos Cognitivos del Hospital Clínic de Barcelona (HCB). Los pacientes previamente poseían una evaluación

clínica completa y una resonancia magnética estructural de alta resolución 3 T (escáner de 3 teslas, que ofrece imágenes más detalladas y precisas).

Del total de sujetos se clasificaron 3 grupos de los cuales 153 pacientes presentaban Enfermedad de Alzheimer, 87 pacientes tenían DFT, y 99 sujetos eran adultos sanos con un rendimiento cognitivo dentro del rango normativo. Dentro del grupo con DFT, se incluyeron 49 pacientes con DFTvc, 20 pacientes con APP Semántica Fluente, 17 pacientes con APP variante No Fluente o Agramática y un sólo paciente fue clasificado como APP no especificada.

En febrero del 2025, en una investigación reciente, liderada por el mismo equipo que forma parte del grupo de Enfermedad de Alzheimer y otros Trastornos Cognitivos, perteneciente al Clínic-IDIBAPS se logró desarrollar una herramienta que permite detectar la DFT creando un Índice de Asimetría Cortical (CAI) que analiza las imágenes de resonancia magnética de los pacientes. Este estudio permite examinar las asimetrías cerebrales en pacientes con DFT y Enfermedad de Alzheimer (EA) y fue publicado en el *European Radiology*.

Para ello, se analizaron datos clínicos de 101 pacientes con diagnóstico de DFT, 230 pacientes con EA y 173 sujetos sin deterioro cognitivo. El uso del CAI permitió diferenciar de manera efectiva los pacientes con EA, DFT y personas sanas. Asimismo, hizo posible distinguir entre las variantes de la DFT, especialmente la APP, caracterizada por alteraciones del lenguaje, y la DFTvc, asociada a modificaciones en la conducta social y la personalidad. Además, se observó una correlación entre una mayor asimetría cerebral y fases más avanzadas de la DFT, así como, niveles elevados de neurofilamentos lo que indicaría una mayor degeneración cerebral. Estos resultados han sido confirmados a partir del seguimiento de los pacientes en los dos años posteriores al estudio, lo cual refleja el potencial del CAI no sólo para cuantificar la enfermedad, sino también para hacer un seguimiento de su progresión.

En palabras de Agnès Pérez-Millan:

Este avance es especialmente relevante, ya que, a diferencia del alzhéimer, **la demencia frontotemporal carece de biomarcadores diagnósticos fiables**. Actualmente, su diagnóstico se basa en la evaluación de síntomas y el análisis cualitativo de imágenes por parte de especialistas, lo que hace que esta nueva herramienta represente un paso adelante en la precisión diagnóstica. (Pérez-Millan, 2025, s/d).

Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2025) la existencia de la DFTvc y la APP permite diferenciar la sintomatología que se puede presentar en estos dos cuadros clínicos.

En la primera, los cambios en la conducta social y la personalidad son consecuencia del daño en el lóbulo frontal orbitobasal. Esta alteración provoca la pérdida de inhibiciones sociales, impulsividad, exceso o falta de reacción emocional, falta de interés y consideración en los demás, comportamientos socialmente inapropiados (p. ej., pueden robar en tiendas) y el descuido de la higiene personal. Además, pueden presentar concentración deteriorada (impersistencia), inercia y pensamiento rígido. La conducta se vuelve repetitiva y estereotipada (p. ej., caminar constantemente hacia un mismo lugar) o pueden manipular objetos sin un propósito claro, lo que se conoce como conducta de utilización. En relación al lenguaje y la comunicación, la producción verbal se encuentra reducida; puede aparecer ecolalia, que es una repetición involuntaria de una palabra o frase escuchada anteriormente, puede haber perseveración, conocida como la repetición inadecuada de una respuesta y en estadios más avanzados de la enfermedad, en el paciente se puede desencadenar un mutismo.

En cuanto a los criterios diagnósticos para esta variante, el comienzo suele ser gradual con un deterioro precoz de la conducta social y de la regulación de la conducta personal. También se produce un embotamiento emocional precoz con una pérdida de la introspección.

Por otra parte, en la APP el deterioro del lenguaje se debe a la atrofia asimétrica del lóbulo temporal anterolateral. Aunque el hipocampo y la memoria suelen mantenerse relativamente indemnes, la mayoría de los pacientes presentan dificultades para encontrar la palabra que quieren decir (anomia). Las alteraciones del lenguaje incluyen afasia, con disminución en la fluidez verbal y con frecuencia, disartria y vacilación al hablar. En algunos casos, la afasia puede ser el único síntoma; aunque en otros casos se desarrollan déficits cognitivos más amplios en un periodo de tiempo más corto.

Desde la Teoría Fisiopatológica (Azcoaga, 1997) la afasia es la consecuencia de una alteración de la comprensión del lenguaje interior y de la organización semántica, que se debe a un déficit de la actividad combinatoria del analizador verbal, por lo general como consecuencia de una lesión que lo compromete directamente, la cual se manifiesta por síntomas correspondientes a la descodificación semántica, a la codificación semántica y a la capacidad de síntesis de proposiciones simples. Desde lo lingüístico, se produce la desintegración de la codificación y descodificación semántica y de la transcodificación semántico-fonológica.

En cuanto a la atención, la bibliografía consultada sugiere que la prueba de amplitud de dígitos es eficiente para realizar la evaluación de la atención. La misma se encuentra en el Manual de aplicación y corrección de David Wechsler, publicada en el año 2012, y es utilizada como escala de inteligencia para adultos. Esta prueba puede estar gravemente comprometida, no obstante se aplica ya que permite evaluar la memoria de trabajo; es un registro de la memoria verbal a corto plazo, que evalúa la capacidad de recordar una secuencia numérica, ya sea en orden directo, inverso o creciente.

La Demencia Frontotemporal Semántica Fluente, es uno de los subtipos de la APP. Entre sus criterios diagnósticos se encuentran: un comienzo insidioso de progresión gradual, alteraciones del lenguaje con un discurso fluente vacío, pérdida del significado de las palabras o parafasias semánticas. También se presentan dificultades en el reconocimiento de rostros familiares y objetos, no obstante, el paciente evidencia conservación del pareo visual y copia de dibujos, la repetición de palabras, la lectura en voz alta y la escritura ante el dictado de palabras.

Dicho subtipo, según Lillo Z MD (2016) surge como consecuencia de la afectación de un daño mayor en el hemisferio izquierdo del encéfalo, lo que conlleva a la pérdida gradual de la capacidad para comprender palabras. Esto trae aparejado un lenguaje carente de significado. Es común que los pacientes utilicen términos genéricos o palabras relacionadas, en lugar de nombres específicos. Si el daño es más prominente en el hemisferio derecho, pueden desarrollar anomia progresiva, prosopagnosia (incapacidad para reconocer rostros familiares) y problemas para recordar relaciones espaciales. En algunos casos, los pacientes con DFT Semántica Fluente también desarrollan características de la enfermedad de Alzheimer.

Esta sintomatología evidencia la profunda alteración de las funciones cognitivas superiores, particularmente del lenguaje y la memoria semántica, lo que repercute de manera significativa en la comunicación cotidiana del paciente y en su interacción social. Por lo tanto, es fundamental un diagnóstico temprano y un enfoque terapéutico integral que contemple tanto la estimulación cognitiva como el acompañamiento emocional del paciente y su familia.

El otro subtipo que presenta la APP es la Demencia Frontotemporal No Fluente o Agramática. Según Lillo Z MD (2016), su criterio diagnóstico incluye un comienzo insidioso y de progresión gradual, con un habla espontánea agramática y/o parafasias fonémicas y/o anomias.

En esta variante, los pacientes manifiestan gradualmente dificultades para expresarse, no obstante, algunos comprenden el significado de las palabras. Puede que se comuniquen con frases más cortas o hagan pausas a mitad de cada frase o palabra. A veces, presentan mayores dificultades para pronunciar sonidos en palabras conocidas. También, pueden expresar dificultades para comprender oraciones gramaticalmente complejas y largas, lo que resulta dificultoso para el uso correcto de la gramática. Si el paciente tiene que mantener una conversación por teléfono o en grupo, puede resultar difícil, por lo tanto, con el tiempo comenzará a utilizar frases cortas, hace omisión de palabras más cortas, como artículos y adjetivos. En lo que concierne a la lecto-escritura, la misma suele mantenerse indemne, por lo que se podría considerar que el uso de pizarras o imágenes puede ayudar a la persona a expresar lo que quiere decir.

Las habilidades numéricas, los colores y las formas suelen encontrarse intactas, al igual que el reconocimiento de los rostros y las emociones.

En los casos avanzados de esta variante, el paciente puede presentar tanta dificultad para pronunciar las palabras a viva voz que hasta puede dejar de hablar por completo, lo que genera el riesgo de que se presente un cuadro de depresión, ansiedad, indiferencia y hasta incluso aislamiento social. La toma de decisiones y la planificación también puede verse comprometida en los estadios avanzados de la enfermedad. Además, el paciente puede presentar dificultades de movimiento y en la función deglutoria, lo cual puede llegar a ser tan grave que, al interferir con la seguridad alimentaria expone al paciente a infecciones como la neumonía por aspiración.

Según la Universidad de California en San Francisco (2025), las dificultades en el movimiento se asocian con síntomas parkinsonianos, que se superponen con la parálisis supranuclear progresiva y el síndrome corticobasal, como la debilidad en los músculos que rodean la faringe, la rigidez muscular en brazos y piernas y la incapacidad para mover los ojos de un lado a otro.

En esta variante, los pacientes suelen no mostrar las características conductuales de la DFT hasta una etapa bastante avanzada de la enfermedad.

Aunque la demencia y el delirio implican alteraciones cognitivas, no deben confundirse, ya que presentan características clínicas diferentes (Huang, J., 2025). Por un lado, el delirio afecta principalmente la atención y suele ser el resultado de una enfermedad aguda o la toxicidad de ciertos medicamentos, lo que a veces puede poner en peligro la vida del paciente. A diferencia de la demencia, el delirio es a menudo reversible si se identifica y si se trata a tiempo. Por otro lado, la demencia se asocia principalmente a problemas de

memoria y suele originarse por cambios estructurales de los lóbulos del cerebro. Su evolución es generalmente lenta y en la mayoría de los casos irreversible. Es por esto, que la enfermedad neurodegenerativa desarrollada en el presente ensayo es considerada una demencia y no un delirio.

Por lo expuesto, puede decirse que la DFT y sus variantes generan un fuerte impacto emocional, social y económico tanto en el paciente como en su entorno más cercano. A medida que progresa la enfermedad, la dinámica familiar también se encuentra afectada, debido a que dichos familiares suelen asumir nuevas y múltiples responsabilidades, tanto en el cuidado diario como en las tareas domésticas en las que el paciente se encuentra limitado. En el caso de los hijos, la experiencia puede ser particularmente dolorosa, ya que enfrentan la pérdida gradual de la figura parental. Además, los amigos pueden experimentar distanciamiento o vergüenza por la conducta de la persona, lo cual genera un clima de tensión constante en el hogar. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2025).

En el ámbito laboral, las personas con DFT presentan dificultades para organizar, planificar o completar tareas, lo que afecta de forma directa su desempeño. Las actividades cotidianas que solían realizar con facilidad pueden volverse complejas o incluso inviables. Ante esta situación, resulta óptimo contar con apoyo laboral y social que ofrezca información y asesoramiento sobre licencias familiares, beneficios laborales o seguros y certificados por discapacidad.

Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2025), el cuidado de una persona con DFT conlleva también un desgaste en la salud física y mental del cuidador principal. Para mantenerse saludables, se recomienda que quienes asumen este rol busquen atención médica periódica, que soliciten colaboración a su entorno en tareas específicas, que se reserven tiempo personal para actividades recreativas o de descanso. Los servicios de cuidado por relevos (como los centros de día para adultos) resultan una herramienta útil para brindar cierto alivio al cuidador principal. Asimismo, participar de grupos de apoyo para cuidadores puede ser valioso para intercambiar consejos y experiencias con familiares que se encuentran en una situación similar.

A partir de lo desarrollado, consideramos de suma importancia conocer la sintomatología de cada variante de DFT en el campo de la fonoaudiología, ya que cada una compromete de manera distinta al lenguaje, la comunicación, la conducta, la esfera personal y social del paciente y, en algunos casos, la deglución. Es por esto que, la investigación debe realizarse en base a la evolución previa de los síntomas y sobre la existencia misma de éstos en el instante en que el paciente es evaluado. Lo primero se logra mediante una entrevista

que requiere ser completa y regida por ciertas premisas, mientras que lo segundo, se obtiene con una investigación clínica y búsqueda orientada a lo que se desea.

Al momento de realizar la devolución diagnóstica al paciente y la familia, se deben también brindar ciertas pautas personalizadas para crear conciencia acerca de la necesidad y compromiso del tratamiento fonoaudiológico. Entre dichas pautas se podría mencionar : mantener al paciente comunicado (no sólo desde lo lingüístico), evitar el aislamiento del mismo, que la familia reconozca las limitaciones a nivel del lenguaje para que no le exijan más de lo que el paciente puede hacer y/o decir y ajustar los roles a las posibilidades actuales del mismo. Podría decirse entonces que si el paciente y la familia comprenden la importancia de adoptar estas pautas y de sostener el abordaje fonoaudiológico, las posibilidades para la rehabilitación, la adaptación y la recuperación serán mayores.

### **Capítulo III: *El rol del profesional fonoaudiólogo en el abordaje interdisciplinario de la Demencia Frontotemporal***

Según la Ley Nacional de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología N° 27.568 (2020) Capítulo II - Artículo 2°:

Se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje. (Boletín Oficial, 2020, p.1)

A partir del año 2020, se reconoce y jerarquiza la profesión fonoaudiológica, mediante la resolución del Ministerio de Educación N°161/202, que permite el ingreso de la carrera de fonoaudiología al artículo 43 de la Ley de Educación Superior. Esto significa que todas aquellas carreras incluidas en dicho artículo, como lo es la Fonoaudiología, presentan una regulación especial por ser de interés público. Por lo tanto, la práctica del profesional fonoaudiólogo conlleva un riesgo directo para la salud, ya que interviene en la prescripción, organización y gestión de la comunicación humana dentro de las que abarcan la evaluación, diagnóstico funcional, pronóstico y tratamiento en las áreas del lenguaje, audición y sistema vestibular, voz, habla y fonoestomatología (Olloquiegui de Machao, 2020).

Estas prácticas fonoaudiológicas mencionadas anteriormente se pueden llevar a cabo de manera autónoma e interdisciplinaria. Cuando se habla de interdisciplina, se hace referencia al conjunto de profesionales que se encuentran en contacto con el paciente, quienes tienen la intención de arribar a un único diagnóstico. En este sentido, el análisis de las problemáticas desde diferentes perspectivas resulta indispensable para que cada disciplina aporte su saber en busca de planificar estrategias que sean las más amplias e integrales. (Bonaparte et al., s/d).

Considerando esto, se prioriza la prestación de un servicio de salud, desde una posición ética, en la que se certifique el acceso a los derechos de los usuarios. La interacción entre distintas disciplinas fomenta la construcción de valores como la cooperación, la

empatía y el respeto por las diversas perspectivas. Este intercambio de saberes no sólo enriquece el abordaje, sino que también favorece la generación de nuevos conocimientos.

Respecto de las acciones, la promoción forma parte del ejercicio profesional de la fonoaudiología, constituyéndose en una estrategia de acción que busca preservar o mejorar los aspectos positivos de la salud (Colimon, K., 2010). Posibilita a la población tener mayor autonomía sobre su salud y al mismo tiempo mejorarla.

Por otra parte, cuando se habla de prevención, se hace referencia a las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998, p.20).

En cuanto al diagnóstico, el mismo remite a un proceso de conocimiento que debe seguir los pasos que llevan al esclarecimiento del problema. Se inicia con quien demanda y con la primera entrevista. Según Levin (1992), en la misma tiene lugar una situación asimétrica que lleva implícito el reconocimiento de un saber, del capital simbólico del terapeuta por parte del paciente. Una entrevista puede durar más de un encuentro, la cual comienza cuando se la solicita y termina cuando la capacidad de escucha del profesional se ve limitada.

De la articulación entre el motivo de consulta y de la entrevista, se arriba a un diagnóstico presuntivo, que guía a la investigación clínica de cada paciente para luego, arribar a un diagnóstico complejo y jerarquizado el cual deberá estar incluido dentro de un diagnóstico clínico-situacional, que tendrá que contemplar todas las variables implicadas.

Para arribar a ese diagnóstico, se deberá tener una mirada clínica que no excluya al sujeto y su complejidad. Desde la propuesta de Souza Campos (1997), esta mirada se centra en el sujeto y no en la enfermedad, dándole importancia al proceso de intervención de la salud y de la reproducción social del paciente y no sólo al proceso de cura. De esta manera, la mirada deja de ser exclusivamente técnica y clínica, ya que se desplaza el foco de la enfermedad hacia el sujeto concreto. Esta corriente busca reconstruir el vínculo entre el equipo interdisciplinario y el paciente, lo cual manifiesta una mirada crítica a la medicina tradicional.

El autor la denomina Clínica del Sujeto, en la cual el mismo es considerado social, concreto y subjetivamente constituido. Uno de sus principios básicos es la adaptabilidad, la cual reconoce que una misma condición puede tener distintas manifestaciones según el sujeto y su entorno. Por lo expuesto puede decirse que este enfoque resulta fundamental en el abordaje interdisciplinario de pacientes con DFT, ya que permite comprender que además

del deterioro neurocognitivo, este paciente implica la consideración de un sujeto situado, con su historia, vínculos emocionales y derechos. Los mismos fueron sancionados en Argentina, en el año 2009, a partir de la aprobación de la Ley 26.529 que proclama el derecho del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. El ámbito de aplicación de dicha ley se proclama el ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la documentación clínica y la información. Se incluyen la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, la información sanitaria y la interconsulta médica.

En cuanto al abordaje específico, según la Teoría Fisiopatológica planteada por Azcoaga (1997), el tratamiento de esta problemática se encargará de crear sistemas funcionales nuevos que permitan que el paciente trabaje con lo que tiene y puede. Es decir, se pretende poner en marcha los mecanismos compensatorios, reorganizar las capacidades restantes y activar las capacidades inhibidas.

Lo mencionado anteriormente se podría relacionar también con las premisas de la Teoría Socio Histórico Cultural de Vigotsky (1920-1930), específicamente con el concepto de la Zona de Desarrollo Próximo en la cual el aprendizaje pone en marcha una serie de procesos evolutivos internos que operan sólo cuando el sujeto se encuentra en interacción con las personas de su entorno y en cooperación con algún semejante. Dicha zona refleja la distancia entre lo que un sujeto puede hacer por sí sólo y lo que puede lograr con la ayuda de otro más capaz. Una vez que estos aprendizajes se interiorizan, pasan a formar parte de los logros evolutivos independientes del sujeto.

Por lo expuesto, puede decirse que el profesional fonoaudiólogo está formado y capacitado para desempeñarse en situaciones asistenciales de diferentes niveles de complejidad que implican tanto una mirada integral como un abordaje interdisciplinario de cada paciente en particular, su problemática y su entorno.

Desde nuestro punto de vista, el profesional fonoaudiólogo cumple un papel insustituible dentro del equipo interdisciplinario, ya que aporta una mirada integral del paciente y permite delimitar las áreas de incumbencia en las que va a poder intervenir y acompañar en esta enfermedad.

Según Rodulfo (2024), en la interdisciplina se produce un intercambio de conceptos y de encuentros, así como también de desencuentros y controversias; para el autor es un ir y venir entre diferentes opciones hipotéticas, sin caer en la tentación de analizar solamente desde un único marco teórico y siempre partiendo desde el sujeto y no del signo.

Para la autora Stolkiner (2005), la interdisciplinariedad es una postura, no una única teoría. Esta postura permite reconocer la parcialidad de las herramientas de cada disciplina, es decir, certifica las importaciones de un campo a otro, la presencia de múltiples marcos teóricos para abordar los problemas, junto con la influencia de corrientes de pensamiento propias de cada época, que se manifiestan en distintos campos del saber disciplinario. En el abordaje interdisciplinario se requiere de la cooperación entre los sujetos, de un trabajo sostenido y constante, y de un contexto en el que la tendencia sea a la integración.

Al respecto, Mardones, académico del departamento de Fonoaudiología de la Universidad Católica de Chile plantea que:

Los dispositivos creados para abordar a las personas con demencia en el contexto del Plan Nacional de Demencias y el GES.85, tienen un valor agregado significativo y una experiencia inmensa para los profesionales; la interdisciplina. Existe evidencia científica de alta calidad, que demuestra que un enfoque interdisciplinario que incluya a médicos y no médicos como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, psicólogos y asistentes sociales, constituye la mejor alternativa de tratamiento. Este enfoque integral responde de manera efectiva a las necesidades sociosanitarias de las personas con demencia y sus cuidadores. (Mardones, 2024 p.1).

El tratamiento de la Demencia Frontotemporal y sus variantes demanda un acompañamiento continuo por parte de un equipo interdisciplinario, en el cual el profesional fonoaudiólogo deberá realizar una detección y seguimiento de los síntomas iniciales y de la progresión de los mismos, para luego llevar adelante una rehabilitación del lenguaje, debido a que esta enfermedad neurodegenerativa produce un deterioro no sólo en el mismo, sino también en la comunicación, la memoria, la conducta, la personalidad y las habilidades motrices del sujeto.

Esto permite que el fonoaudiólogo sea el profesional idóneo para intervenir en todas aquellas áreas que se encuentran afectadas, debido que el deterioro cognitivo que se produce en estos pacientes genera un impacto significativo en la comunicación y el lenguaje. De este modo, es relevante considerar la disciplina fonoaudiológica en el abordaje interdisciplinario de los mismos. (Mayo Clinic, 2024).

Puede decirse entonces que la inclusión de la fonoaudiología en los equipos interdisciplinarios, no sólo enriquece la práctica profesional sino que, fundamentalmente,

aporta a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, fortaleciendo el abordaje clínico de la DFT.

A medida que la patología avanza, el lenguaje, que es lo que nos constituye como sujetos, es decir, es inherente al ser humano y que es fundamental para la interacción social, experimenta diversas alteraciones en función de la variante que se manifiesta. Estas modificaciones en la comunicación y el lenguaje pueden diferir en cada persona y abarcan desde anomias hasta mutismos. Los cambios lingüísticos suelen afectar principalmente los aspectos semánticos y pragmáticos, que requieren procesos cognitivos más complejos, como la memoria y las funciones ejecutivas, las cuales se deterioran precozmente. Por otro lado, los niveles fonético-fonológico y morfosintáctico tienden a mantenerse relativamente preservados hasta las etapas finales de la enfermedad, esto va a depender de la manifestación de cada variante de DFT.

Aunque los medicamentos actualmente enlentecen algunos aspectos del deterioro, su impacto es limitado. Por esta razón, las intervenciones no farmacológicas, como las ofrecidas por los fonoaudiólogos en colaboración con otros profesionales, son fundamentales para este abordaje. Según Soris, M.C., (2018) dentro de los objetivos principales de estas intervenciones se incluyen: mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, preservar y optimizar las habilidades comunicativas para promover interacciones más efectivas, mantener las actividades de la vida diaria para prolongar la independencia funcional y estimular las funciones cognitivas que incluyen el lenguaje y la comunicación, la memoria, la atención y las funciones ejecutivas así como también la función deglutoria.

Por ende, el rol que ejerce el profesional fonoaudiólogo con este grupo de pacientes es muy trascendental ya que despliega acciones tendientes a la disminución de factores que interfieren en el proceso de comunicación y/o deglución. A su vez, busca la optimización de funciones afectadas y/o preservadas y se encarga de brindar estrategias que favorezcan la compensación de las funciones alteradas con el objetivo de lograr una comunicación efectiva y una deglución segura y eficaz. Por todo lo expuesto, resulta fundamental plantear además la necesidad de trabajar con el entorno del paciente (social, familiar y laboral), ya que la adecuada adaptación al mismo es imprescindible y el propósito principal será crear un ambiente que facilite la maximización de las habilidades comunicativas de este sujeto y garantizar una alimentación satisfactoria.

A pesar de que en un futuro, según el sitio web oficial [Alzheimers.gov](https://www.alzheimers.gov) del Gobierno de los Estados Unidos (2025), gracias a los avances tecnológicos y a las investigaciones científicas, se estima que los biomarcadores pueden ofrecer una mayor precisión para un

diagnóstico molecular, en la actualidad los diagnósticos clínicos se consideran las herramientas óptimas para clasificar a estos pacientes. En este contexto, el rol del profesional fonoaudiólogo es crucial ya que, a través de una evaluación clínica detallada de las habilidades lingüísticas, comunicativas y discursivas del paciente, contribuye significativamente al diagnóstico diferencial de esta enfermedad.

El manejo de los síntomas y signos lingüísticos y comunicativos representa un desafío importante para este ya que, estas problemáticas pueden generar altos niveles de estrés tanto en el sujeto, los familiares y/o cuidadores como en el personal de salud. Para abordar este desafío, se requiere entonces un enfoque interdisciplinario que permita una intervención integral y adaptada a las necesidades de cada paciente y familiares.

Las intervenciones dirigidas a mejorar el lenguaje y la comunicación deben formar parte de planificaciones integrales que aborden tanto la estimulación cognitiva como el mantenimiento físico y el desarrollo personal y social del paciente. Esto permitirá el fortalecimiento de las habilidades en el contexto de diversas actividades, ya sean cognitivas, personales o sociales.

En este sentido, tal como plantea Soris, M.C. (2018), la estimulación cognitiva se considera una forma de intervención no farmacológica, que incluye actividades diseñadas para activar y mantener funciones mentales como el lenguaje, la percepción, la atención y la memoria, con el objetivo de retrasar el deterioro cognitivo. Por lo tanto, el objetivo principal de estas estrategias consiste en favorecer la calidad de vida de los pacientes, para promover un mejor funcionamiento cognitivo, emocional y funcional, al mismo tiempo que se intenta preservar la independencia y retrasar el deterioro progresivo de las capacidades ya afectadas.

A diferencia de los diagnósticos de afasias causados por lesiones cerebrales focales, la rehabilitación del lenguaje en personas con DFT, requiere de una perspectiva diferente, que tome en cuenta la naturaleza progresiva y compleja de esta enfermedad. Esto implica que el profesional fonoaudiólogo deberá ampliar el conocimiento clínico y terapéutico, enfocándose tanto en la detección temprana como en el seguimiento continuo de los síntomas a lo largo de la progresión de la enfermedad, y adaptar medidas para la prevención de riesgos mediante un enfoque interdisciplinario para aumentar así las probabilidades de éxito terapéutico.

Puede considerarse entonces que la intervención fonoaudiológica es mucho más que una acción terapéutica, implica un acompañamiento clínico y humano que permite sostener la identidad e independencia del sujeto que padece esta enfermedad. El fonoaudiólogo ofrece herramientas y pautas tanto para él como para su familia, con el objetivo de restablecer y

sostener vínculos y fortalecer el trabajo en conjunto con los demás profesionales que participen del abordaje, propiciando así una modalidad de trabajo que habilite a la comunicación y el intercambio entre pares.

#### **Capítulo IV: *Acciones de promoción y prevención: un enfoque en pro de la calidad de vida***

De la Guardia Gutiérrez et al. (2020) plantean que la salud se concibe como un estado integral que incluye dimensiones subjetivas, objetivas y sociales, por lo que, no debe considerarse como una meta en sí misma, sino como un medio esencial para la vida diaria. Se trata de una visión positiva que destaca tanto los recursos personales y sociales como las capacidades físicas del sujeto.

Asimismo, la salud constituye un derecho humano fundamental. La carta de Ottawa (1986) que estuvo dirigida a la consecución del objetivo "salud para todos en el año 2000", señala varios elementos imprescindibles para su promoción, entre ellos: la paz, el acceso a recursos económicos y alimentarios adecuados, una vivienda digna, un entorno ecológicamente estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos factores evidencia la relación existente entre la salud y las condiciones sociales, económicas, ambientales y los estilos de vida individuales.

En este sentido, las acciones de promoción y prevención en la DFT son fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, de la misma manera que para optimizar el abordaje clínico en estadios tempranos de la enfermedad.

Según Colimon (2010), la promoción de la salud implica estrategias orientadas a mantener o potenciar los aspectos positivos del bienestar, lo cual permite a las personas ejercer mayor control sobre su propia salud y contribuir de manera activa a su mejora. Desde la fonoaudiología, un ejemplo de promoción podría ser la realización de una campaña de concientización y detección temprana de DFT y sus variantes, su sintomatología clínica y sobre la importancia de consultar con un profesional ante la aparición de los primeros síntomas.

Por otro lado, la prevención puede clasificarse en tres niveles. La prevención primaria, según Vignolo et al. (2011), se enfoca en evitar la aparición de enfermedades mediante la disminución de la exposición del sujeto a factores de riesgo o nocivos, hasta niveles no dañinos para la salud. En pacientes con estadios iniciales de demencia, algunos ejemplos de este tipo de prevención en el marco del abordaje fonoaudiológico podrían ser trabajar con ejercicios de estimulación cognitiva y lingüística como juegos de palabras, adivinanzas o de asociación para fomentar el vocabulario y la fluidez verbal. También se podría abordar la lectura en voz alta de cuentos o artículos, para practicar la articulación y la entonación.

En un segundo nivel, la prevención secundaria está orientada a la detección precoz y al tratamiento oportuno; en esta instancia, el profesional puede, por ejemplo, llevar a cabo medidas tendientes a evitar la instalación de estereotipias del lenguaje en el paciente adulto, posterior a un diagnóstico de DFT.

Por último, la prevención terciaria busca la reinserción y adaptación del paciente a su nueva vida, es decir, tiene que ver con re-ubicar al sujeto, que ya no es el mismo, socialmente para poder restituir su autonomía y su bienestar. En esta etapa, por ejemplo, el fonoaudiólogo podría implementar, entre otras estrategias, sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (como pictogramas, tablas de comunicación, tablets o computadoras portátiles) para personas con trastornos severos del lenguaje.

Según la Federación Autismo Madrid (2021), la calidad de vida de una persona se relaciona con el conjunto de factores que favorecen su bienestar tanto a nivel personal como social. Por esta razón, sostener una buena calidad de vida será fundamental para lograr un desarrollo pleno y satisfactorio.

En vinculación con el término *cuidados paliativos* el mismo tiene por propósito potenciar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades o problemáticas asociadas a ellas y sus familias. El plan de trabajo, debe adaptarse al estado del paciente y a los cambios con la progresión de la enfermedad. Para Aguirre-Bravo et al. (2015) estos cuidados incluyen las acciones de promoción y prevención mediante la identificación y evaluación, la intervención temprana y el tratamiento oportuno.

La evaluación fonoaudiológica en pro de la calidad de vida del paciente comprende diferentes áreas como lenguaje y comunicación (incluye, por ejemplo, denominación, repetición, comprensión de órdenes y estructuras gramaticales, discurso descriptivo, interpretación de textos y subtextos y lectoescritura) habla, voz, deglución, memoria, atención, razonamiento y cálculo, orientación, esquema corporal y estado emocional.

A partir del estadio de la enfermedad, el nivel funcional, el estado de conciencia, el control de síntomas asociados a la progresión de la misma y del dolor, la información sobre las necesidades y los deseos comunicados tanto por el paciente como por la familia, se podrá llevar a cabo una evaluación completa, compleja y jerarquizada, para arribar a un diagnóstico certero y así, estructurar un plan de trabajo que aborde la subjetividad de cada paciente, sus potencialidades, sus desafíos y su bienestar.

En cuanto a la intervención propiamente dicha, el profesional fonoaudiólogo debe adaptarse al estadio de progresión de la enfermedad y a las capacidades residuales del paciente, ofrecer indicaciones a los familiares y al equipo de salud para mejorar la

interacción con el mismo, y así potenciar su comunicación. Por otra parte, puede intervenir mediante facilitaciones de tipo fonológica, silábica y semántica, así también como las facilitaciones práxicas. Otro recurso con el cual se puede trabajar es mediante la escritura, siempre y cuando no haya ninguna limitación por parte del sujeto.

Para trabajar facilitaciones fonológicas se puede mostrar al paciente una imagen de una pelota y se le pide que la denomine, si él no puede nombrar el objeto, el profesional fonoaudiólogo realiza el sonido del fonema /p/. Si la facilitación fuese silábica, con este mismo ejemplo, el profesional pronunciaría la sílaba inicial de la palabra "pe". En el caso de que la facilitación sea semántica, el terapeuta daría una definición sobre el objeto para que el paciente pueda acceder al significado de la palabra y así denominarla. Por ejemplo, "es lo que se usa para jugar al fútbol". Para una facilitación práxica, y siguiendo con el mismo ejemplo, el fonoaudiólogo debería realizar el gesto de patear una pelota, para que así el paciente pueda nombrar el objeto.

Estos recursos se podrían utilizar en diagnósticos de demencias leves y/o moderadas, mientras que en casos severos se optaría por la implementación de sistemas de comunicación aumentativo-alternativo que optimicen tanto el lenguaje oral como la comunicación no verbal. Estas estrategias deberán estar adaptadas a la situación cognitiva, comportamental y física del sujeto.

Cabe destacar además la necesidad de orientar a los familiares o cuidadores del paciente con DFT para que puedan abordar la sintomatología conductual, mediante las pautas que se les brindan, y así poder interactuar con ellos. En caso de haber recibido un diagnóstico de DFT, contar con el respaldo, la atención, el afecto y el cuidado de personas de confianza resulta invaluable.

Desde esta perspectiva, el rol del profesional fonoaudiólogo adquiere una dimensión ética y humanizadora, ya que no se limita a intervenir sobre síntomas y signos clínicos, sino que busca sostener la dignidad e integridad del paciente en cada etapa del proceso. La calidad de vida no puede comprenderse únicamente desde parámetros objetivos, sino que debe contemplar la subjetividad de cada sujeto y sus vínculos.

Por esto, y como se planteó anteriormente, el trabajo interdisciplinario es indispensable para garantizar una atención integral que respete su historia y sus decisiones. En esta misma línea, Mardones (2024) afirma que el rol del profesional fonoaudiólogo ha evolucionado y no sólo se involucra en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la comunicación y la deglución, sino que participa en acciones de promoción y prevención, mediante la investigación.

Para evaluar el lenguaje en estos pacientes, se utilizan subtests de baterías de funcionamiento cognitivo, así como pruebas que valoran la comunicación funcional (Garriga y Ormaechea, 2020). Además, al momento de evaluar el aspecto elocutivo del lenguaje, se tendrán en cuenta sus 3 aspectos que son el contenido, la forma y el uso. El primero, refiere a las ideas; la forma se asocia con la selección y combinación de fonemas, léxico y elementos gramaticales. El uso o la pragmática, se relaciona con la adecuación al contexto, a las circunstancias y los interlocutores. En la DFT se pueden evidenciar trastornos o dificultades en dichos aspectos.

Una de las estrategias más utilizadas en la intervención del lenguaje en personas con diagnóstico de DFT es la tarea de denominación, que consiste en nombrar correctamente un objeto o acción visualizados. Este proceso requiere que el paciente conserve el significado semántico del elemento, así como también la palabra (léxico y fonológicamente), y el acceso a ambos niveles.

Existen numerosas investigaciones que han demostrado la eficacia de la denominación como herramienta terapéutica, especialmente en pacientes con APP Semántica Fluente (Garriga y Ormaechea, 2020). Desde esta perspectiva, se considera que el re-aprendizaje del vocabulario mediante ejercicios de denominación puede fortalecer el vínculo entre el contenido semántico y su correspondiente forma fonológica. Esto se evidencia en una muestra de 5 pacientes con APP Semántica Fluente investigada por Savage et al., (2014). En la misma, al concluir con el tratamiento, todos los pacientes evidenciaron mejoras significativas, sobre todo aquellos con cuadros leves quienes fueron capaces de recuperar y denominar hasta el 90% de los conceptos que no podían nombrar previo a la intervención. Además, se observó la generalización del vocabulario aprendido en distintos contextos (p. ej., mediante la introducción de las palabras en el discurso para describir un video), no obstante esta capacidad difería en base a la severidad del cuadro clínico, siendo los casos más leves los que consiguieron mayor transferencia.

Snowden y Neary (2002) hallaron que el re-aprendizaje de palabras era más efectivo cuando persistía cierto grado de conocimiento semántico. En su estudio, aunque una paciente mejoró su desempeño en tareas de denominación, se hallaron dificultades para describir las imágenes. Por su parte, Graham et al. (2001) documentaron mejoras en la fluidez categorial en un caso de APP Semántica Fluente luego de intervenciones repetidas de denominación, aunque con numerosos errores fonológicos. Los mismos llevaron a los investigadores a creer que el paciente producía las palabras mediante la memoria episódica y no mediante la memoria semántica, es decir, a través de una memoria sin significado.

A partir de los estudios anteriores, se identifica, como una de las principales limitaciones de las intervenciones basadas en las tareas de denominación, la escasa evidencia respecto a la generalización del vocabulario re-aprendido. Si bien muchos pacientes con APP Semántica Fluente demostraron avances para la denominación de objetos tras el tratamiento, algunos no lograron aplicar esos aprendizajes en contextos de la vida diaria.

Por otra parte, la evaluación clínica de la deglución tiene como objetivo principal valorar la seguridad, la eficacia y el confort de la deglución de la saliva y las diferentes consistencias de los alimentos (líquida, semisólida y sólida), en relación a las capacidades de cada sujeto al momento de llevarse a cabo la investigación clínica. Este proceso de evaluación, según Dal Molin et al. (2025) incluye el análisis del sistema estomatognático, la revisión de los reflejos orales y faríngeos, la observación de la deglución en seco, así como la capacidad para tragar las diferentes consistencias a volumen creciente. Así mismo se aplica la auscultación cervical (AC) para detectar alteraciones en la fase faríngea.

Como parte de esta evaluación es fundamental identificar el tipo y la severidad de la disfagia, ya que esto permite tomar decisiones clínicas como por ejemplo determinar el momento adecuado para continuar la alimentación vía oral, establecer cambios en la dieta alimentaria y de ser necesario, recurrir a alternativas de alimentación como la vía enteral y/o vía mixta.

Se considera que el grado de severidad de la disfagia depende del estado de alerta del paciente, del estado cognitivo y emocional, y del resultado de la evaluación clínica con las diferentes consistencias y el manejo que tiene de las mismas en función de los síntomas y signos clínicos observados durante la ingesta de líquidos, semisólidos y sólidos. Para la clasificación de la misma se puede tomar como referencia y aplicar la Escala de Gravedad y Resultados de la Disfagia (DOSS), que data del año 1999, y consiste en una evaluación objetiva, a partir de la cual se realizan recomendaciones para la dieta del paciente, su nivel de independencia y su tipo de nutrición. Se encuentra constituida por siete niveles, los primeros dos corresponden a una disfagia grave y la disfagia moderada/grave, en los cuales la vía oral se encuentra suspendida, es decir, hay una necesidad de nutrición no oral. En la disfagia moderada, leve/moderada y leve, la dieta es por vía oral modificada y/o independiente. Por último, cuando la escala refiere a una dieta normal por vía oral, el paciente se encontraría dentro de los límites funcionales/compensaciones espontáneas y normal en todos los casos.

La intervención fonoaudiológica de la disfagia, en las etapas iniciales de esta enfermedad neurodegenerativa, se enfoca en la rehabilitación de la función deglutoria. A

medida que progresa la patología, el abordaje se orienta hacia la reevaluación continua de los síntomas y de los signos que desarrolle el paciente, lo cual permitirá determinar la vía adecuada para la alimentación.

Según Dal Molin (2025) cuando se habla de vía oral, la alimentación es exclusiva por boca y el paciente puede tener o no modificaciones en la dieta como por ejemplo, los líquidos espesados, los sólidos procesados o bien, una dieta blanda y de fácil masticación. Las modificaciones en una dieta se realizan en torno a la escala IDDSI, International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, (2019) la cual describe los alimentos con texturas modificadas y bebidas espesadas en distintos niveles para ser utilizadas en sujetos que presentan disfagia.

Por su parte, la vía de alimentación mixta se caracteriza porque parte del alimento que ingiere el paciente es por boca y el resto, de forma enteral, es decir, por medio de una sonda nasogástrica o botón gástrico. Esta elección en la forma de alimentación de un paciente, se vincula a la necesidad de garantizar una adecuada nutrición e hidratación siendo la vía oral exclusiva no eficiente.

En la vía enteral la alimentación es por medio de una sonda nasogástrica o botón gástrico de forma exclusiva. El tipo de alimento que se suministre debe ser supervisado por un médico gastroenterólogo especialista en nutrición.

Por último, en los casos de vía parenteral el paciente generalmente se encuentra hospitalizado y por motivos clínicos, la mejor vía de acceso para garantizar los nutrientes e hidratación es intravenosa, lo que conlleva máximos cuidados por parte de enfermería.

Se considera pertinente destacar que la toma de decisión frente a la elección de qué tipo de vía alimentaria tendrá un paciente con disfagia se realiza en forma interdisciplinaria teniendo en cuenta no sólo la sintomatología sino el contexto familiar, el pronóstico y la singularidad de cada sujeto.

En fases más avanzadas de la enfermedad, cuando el paciente transita por cuidados paliativos, se consideran las decisiones previamente tomadas por el mismo y su familia para ofrecer una posible alimentación por vía oral a pesar de que la seguridad y eficacia deglutoria no se encuentren conservadas. En estos casos, el objetivo es priorizar el confort alimentario y el placer y el disfrute con las comidas así como brindar estrategias específicas para reducir el riesgo de penetración y/o aspiración de partículas alimentarias a vías aéreas inferiores.

El propósito es mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento tanto del paciente como de la familia. Para lograr esto, se brindan pautas de higiene oral y se les explica cuáles son los riesgos de la disfagia y que puede ocurrir si se produce un episodio de

aspiración. Se enfatiza en sostener una rutina de higiene oral con el objetivo de prevenir infecciones respiratorias y cuidar la salud. También se implementan medidas y acciones como mantener la boca húmeda para asegurar una correcta hidratación, enseñar a los cuidadores sobre cambios posturales para facilitar la deglución, asistir durante las comidas, modificar las características de los alimentos (consistencia, textura y volumen) y permitir que el paciente disfrute de los alimentos que solicita. En esta instancia, el contacto humano, la atención personalizada y el placer de saborear el alimento son altamente gratificantes.

En un estudio llevado a cabo en el año 2007, se evaluó la función deglutoria de pacientes con DFT mediante un examen endoscópico con fibra óptica, con el objetivo de analizar la capacidad para ingerir alimentos y líquidos. La investigación fue realizada por Langmore et al. (2007) quienes invitaron a participar a 21 pacientes, de los cuales 9 presentaban DFTvc, 5 tenían APP Semántica Fluente y 7 poseían APP variante No Fluente o Agramática. Los resultados arrojaron alteraciones en la deglución de dichos pacientes, de los cuales 12 presentaron anomalías moderadas, debido a déficit en las vías corticales y subcorticales y 4 reportaron dificultades para tragar. En conclusión, el uso de métodos instrumentales permitió detectar disfunciones deglutorias que no siempre se evidencian clínicamente, lo cual sugiere que la presencia de disfagia indicaría una progresión de la DFT hacia estructuras del tronco encefálico.

Es por esto que la evaluación clínica e instrumental de la deglución determina el diagnóstico de disfagia, su grado de severidad, los riesgos y el abordaje terapéutico. Aquellos pacientes con DFT requieren de dicha evaluación ya que, resulta fundamental para caracterizar y clasificar los trastornos deglutorios, para mejorar así la calidad de vida de los sujetos y prevenir complicaciones graves a futuro como, por ejemplo, cuando partículas de alimentos se acumulan o permanecen en la cavidad oral podrían generar aspiraciones, incomodidad y crecimiento de bacterias que favorecen a la colonización de secreciones, gérmenes patógenos dentro de la misma.

Según Dal Molin et al. (2025) la intervención fonoaudiológica en disfagia se lleva a cabo de forma directa, la cual incluye estrategias compensatorias, de modificación de las consistencias de los alimentos, cambios posturales e hidratación de la cavidad oral.

A partir de lo desarrollado resulta relevante destacar que el personal médico de MayoClinic (Estados Unidos), en el año 2024 publicó una serie de medidas a tener en cuenta para ayudar a pacientes con estos diagnósticos y a sus familias. Entre las mismas se encuentran: la creación de un ambiente tranquilo y libre de estímulos negativos, evitar situaciones o actividades que provoquen respuestas conductuales indeseadas, simplificar las

tareas cotidianas y realizar ajustes para que las mismas sean más fáciles y reducir la posibilidad de lesiones (p. ej., retirar las alfombras para evitar caídas o elevar los inodoros para facilitar el uso del baño), utilizar técnicas de distracción o redireccionar la atención para manejar comportamientos inapropiados, establecer rutinas estructuradas, aconsejar la asistencia a grupos de apoyo para personas con diagnóstico de DFT y para sus familiares y/o cuidadores, ya que esta participación les permite compartir sus sentimientos, experiencias y les brinda información acorde a sus necesidades. Además, realizar ejercicio cardiovascular de forma regular es fundamental, ya que el mismo puede contribuir a mejorar tanto el estado de ánimo como las funciones cognitivas.

En las consultas con los diferentes profesionales, se recomienda (Mayo Clinic, 2024) que el familiar y/o cuidador acompañante, lleve consigo una lista escrita que incluya una descripción detallada de la sintomatología, antecedentes de afecciones médicas familiares, todos los medicamentos y suplementos de alimentación que el paciente consume actualmente y las consultas que deseen realizar al profesional.

Estas listas sirven para la supervisión de la progresión de los síntomas de la enfermedad y favorecen un diagnóstico temprano y preciso. A su vez, los cambios producidos en la comunicación, el lenguaje, el habla y las funciones cognitivas permiten diferenciar la DFT de otras formas de demencias y/o afecciones para así, desarrollar un plan de atención adecuado.

Para finalizar, puede decirse que cuando se habla de calidad de vida el profesional no sólo se va a enfocar en la rehabilitación de las áreas comprometidas, sino que va a priorizar y sostener la dignidad y singularidad del paciente frente a esta enfermedad que lo compromete en su identidad, en su autonomía, en sus vínculos y relaciones sociales. Esto nos permite realzar la importancia del trabajo interdisciplinario, de la comunicación con los familiares y el entorno cercano y las pautas que se les debe brindar a los mismos, para que el abordaje de esta problemática se encuentre adaptado a las particularidades y necesidades de cada sujeto.

En este sentido, las estrategias de promoción y prevención adquieren un papel fundamental, debido a que estas acciones no sólo buscan la detección temprana y el fortalecimiento de las redes de apoyo, sino también la intervención ante los primeros síntomas de la enfermedad y la concientización sobre hábitos de vida saludables. Las mismas permiten reducir los riesgos, empoderar al paciente y mejorar su calidad de vida y la de sus familiares a largo plazo, con el objetivo de que puedan enfrentar los desafíos que esta enfermedad produce con mayor bienestar y autonomía.

## Conclusiones

A lo largo de este ensayo se ha abordado el rol fundamental del profesional fonoaudiólogo en pacientes con DFT en un marco interdisciplinario. Consideramos que esta intervención busca trabajar con el sujeto que recibe este diagnóstico, así como con su entorno, para favorecer la comunicación, la interacción y la calidad de vida, mediante rehabilitación lingüística y cognitiva, el uso de sistema de comunicación aumentativo y estrategias de orientación para familiares y/o cuidadores. Por esto mismo, el mantenimiento de la interacción comunicativa es vital, ya que quien padece esta enfermedad neurodegenerativa necesita continuar comunicándose socialmente, manifestar sus deseos y preferencias, que suelen encontrarse afectadas por la sintomatología característica de este cuadro clínico.

En la actualidad, arribar al diagnóstico diferencial resulta particularmente complejo por la similitud de síntomas que la DFT comparte con otras patologías neurológicas, cognitivas y psiquiátricas, lo que puede atrasar el diagnóstico adecuado. En este contexto, sostenemos que la consulta con un profesional ante la aparición de síntomas conductuales y/o lingüísticos es imprescindible para así, poder realizar todos los estudios pertinentes como las neuroimágenes, los biomarcadores y los avances en genética, que posibilitan arribar a un diagnóstico preciso. En este escenario, como futuras licenciadas en Fonoaudiología consideramos que la intervención directa con el paciente y su familia es necesaria para potenciar al máximo su rendimiento y efectuar una terapéutica más adecuada y eficaz, desde una mirada integral adaptada a las necesidades del sujeto, para poder cumplir con el objetivo final que es promover la calidad de vida del paciente con DFT.

Asimismo, el estudio de la DFT desde la perspectiva de la calidad de vida y los cuidados paliativos, tendrá en cuenta un enfoque que integre acciones de promoción y prevención cuyo objetivo no será únicamente prolongar funciones, sino sostener el bienestar, la dignidad y la identidad de la persona en cada etapa de la enfermedad. Personalmente, sostenemos que es sustancial que el paciente y la familia comprendan la relevancia de la intervención fonoaudiológica durante el desarrollo de la enfermedad y a su vez, como terapeutas debemos tener los conocimientos y formación pertinente para mantener un nivel de motivación y un rol activo en el sujeto que se encuentra atravesando esta situación tan ardua y compleja.

En este sentido, es de suma importancia establecer una intervención coordinada entre las diferentes disciplinas participantes con el propósito de mejorar la comunicación y

aumentar la capacidad expresiva y comprensiva para lograr un uso del lenguaje de manera efectiva en diferentes situaciones. Para ello, se deberá tener en cuenta un enfoque centrado en la persona que contemple la singularidad y diversidad de cada sujeto. Cabe destacar que el acceso a apoyos como el lenguaje escrito, la comunicación no verbal y el sistema de comunicación aumentativo alternativo brindará al paciente recursos efectivos para interactuar en distintos contextos.

La reflexión que ha permitido el presente ensayo ha puesto de manifiesto cómo la intervención fonoaudiológica deberá contemplar tanto los aspectos clínicos como sociales, afectivo-emocionales y psicológicos del paciente. Su formación profesional le permite evaluar, identificar y diagnosticar las alteraciones lingüísticas y cognitivas propias de cada variante de la DFT y planificar intervenciones adaptadas a las necesidades y capacidades de cada paciente. Las mismas estarán centradas en lograr la comunicación efectiva, las habilidades sociales y la autonomía personal del sujeto.

Sostenemos que el lenguaje constituye un recurso esencial para la interacción del ser humano con su entorno, razón por la cual es imprescindible que ante un diagnóstico de DFT el profesional fonoaudiólogo forme parte de manera inmediata del equipo interdisciplinario, para así poder prevenir y abordar la sintomatología lingüística y conductual.

A modo de cierre, la inclusión activa y reconocida del profesional fonoaudiólogo en equipos interdisciplinarios para el abordaje de la DFT no sólo enriquece la práctica clínica, sino que también representa una responsabilidad ética y social. Es importante destacar que la atención de personas con DFT no depende únicamente del compromiso individual de los profesionales y sus familiares, sino también de la existencia de políticas de salud pública y privada que garanticen una atención accesible y equitativa e incluso estas medidas favorecerían disminuir el porcentaje de discapacidad que esta enfermedad genera.

Resulta prioritario fortalecer programas de concientización mediante campañas de información enfocadas en síntomas tempranos de la enfermedad, trabajar en la creación de protocolos de identificación precoz en Atención Primaria de la Salud, capacitar a los profesionales del equipo interdisciplinario sobre el diagnóstico temprano de DFT y crear guías para el manejo y derivación oportuna. Dicho esto, la intervención fonoaudiológica es imprescindible ya que evalúa la sintomatología lingüística y conductual, mientras que planifica un abordaje integral del sujeto. Asimismo, ofrece asesoramiento a familiares y sugiere la inclusión a grupos de apoyo para pacientes en fases iniciales de la enfermedad.

Es decir, esta inclusión del profesional fonoaudiólogo en el equipo interdisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de DFT se considera indiscutible debido a que brinda las

herramientas necesarias para un abordaje exitoso, efectivo y humano en pacientes con este tipo de diagnóstico.

## Bibliografía

- Aguirre-Bravo, A.N y Sampallo-Pedroza, R. (2015). Fonoaudiología en los cuidados paliativos. *Departamento de la comunicación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*. s/d. Volumen 63 número 2: 289-300.
- Afasia progresiva primaria: cuando el lenguaje se desvanece*. (2022). Neuroclass. [https://neuroclass.com/afasia-progresiva-primaria-cuando-el-lenguaje-se-desvanece/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjw5PK\\_BhBBEiwAL7GTPcxN2MnBayFZQv\\_goncKfEoEqrm5yzdmcr9u-u\\_ugFT3\\_tdKO3hqnlRoCeQMQA\\_vD\\_BwE](https://neuroclass.com/afasia-progresiva-primaria-cuando-el-lenguaje-se-desvanece/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw5PK_BhBBEiwAL7GTPcxN2MnBayFZQv_goncKfEoEqrm5yzdmcr9u-u_ugFT3_tdKO3hqnlRoCeQMQA_vD_BwE)
- Afasia progresiva primaria variante no fluente*. (2025). University of California San Francisco. <https://memory.ucsf.edu/dementia/primary-progressive-aphasia/nonfluent-variant-primary-progressive-aphasia>
- Álvarez, C; Sosa, A; Vacarezza, M y Vignolo, J. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Scielo. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003#7](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003#7)
- ASALFA. (2021). *Reseña Histórica de la Fonoaudiología en la Argentina*. <https://www.asalfa.org.ar/web/resena-historica-de-la-fonoaudiologia-en-la-argentina/>
- Alzheimers.gov. (2025). *¿Qué es la Demencia Frontotemporal?*. <https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/demencia-frontotemporal>
- Archibaldo Donoso, S., Arecheta, P., González, R. (2009). Lenguaje oral en demencias frontotemporales. Experiencia personal y revisión del tema. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47 (2), 114-123. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272009000200003](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200003)
- Argentina.gob.ar (s/f). *Hacia un abordaje interdisciplinar de la salud*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/formacion/cursos-de-capacitacion/hacia-un-abordaje-interdisciplinar-de-la>
- Argentina.gob.ar (2009). *Salud Pública. Derechos del Paciente*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>

- Asociación Ayuda Afasia. (2006). *La afasia progresiva y sus 3 tipos*. <https://afasia.org/blog-afasia-progresiva-primaria-tipos-preguntas/#:~:text=Afasia%20progresiva%20primaria%20no%20fluyente&text=Los%20pacientes%20se%20caracterizan%20por,subtipo%20se%20divide%20en%20dos>
- Azcoaga, J.E. (1997). “Fisiopatología general de la actividad nerviosa superior atingente a la patología del lenguaje”. *Neurolingüística y Fisiopatología*, s/d. pp. 39-49. El Ateneo.
- Azcoaga, J.E. (1997). La atención de la persona afásica adulta en Revista *Ecos Fonoaudiológicos*. Año 1997 N° 2.
- Baraldo, C; Borrachetti, M.L y Dal Molin, J. Red de Salud. (2024). *Higiene Oral en la prevención de complicaciones en pacientes con Disfagia*. Grupo Gamma.
- <https://grupogamma.com/higiene-oral-en-la-prevencion-de-complicaciones-en-pacientes-con-disfagia/>
- Carrera de Fonoaudiología, Información*. (s/f). Facultad de Ciencias Médicas-UNR. <https://fcm.unr.edu.ar/fonoaudiologia-informacion/>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. (2011). Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- Centro Europeo de Posgrado. (s/f). *¿Conoces de qué se trata la interdisciplina?*. <https://ceupe.com.ar/blog/conoces-de-que-se-trata-la-interdisciplina/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20interdisciplina?,para%20lograr%20un%20mismo%20objetivo>
- Colimon K. (2010). *Niveles de Prevención*. <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>
- Cruzado, L; Custodio, N; Montesinos y R; Lanata, S. (2021). *Demencia frontotemporal-variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios*. Scielo. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972021000300183](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000300183)
- Cuneo, F. (2020). *Hacia una reflexión sobre la investigación clínica en el campo del lenguaje*. Apunte de circulación interna de cátedra. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

- De la Guardia Gutierrez, M.A., Ruvalcaba Ledezma, J.C (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. Scielo. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)
- Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. Ley 27.568. (2020). Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027>
- Enfermedades Neurodegenerativas*. (2023). Neurocenter. <https://giovanafemat.com/enfermedades-neurodegenerativas/#:~:text=Enfermedad%20de%20Parkinson,esta%20progresar%20con%20el%20tiempo>
- Familial FTD*. (2025). University of California San Francisco. <https://memory.ucsf.edu/genetics/familial-ftd#:~:text=The%20majority%20of%20generic%20FTD,%2C%20SQSTM1%2C%20UBQLN2%20or%20TBK1>
- Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos. (2020). *Trascendencia del ingreso de la Fonoaudiología al artículo 43 de la LES*. <https://fonoaudiologiafacaf.blogspot.com/2020/06/transcendencia-del-ingreso-de-la.html#:~:text=TRANSCENDENCIA%20DEL%20INGRESO%20DE%20LA%20FONOAUDIOLOG%C3%8DA%20AL,en%20acuerdo%20con%20el%20CONSEJO%20DE%20UNIVERSIDADES.%E2%80%9D>
- Federación Autismo Madrid. (2021). *¿A qué nos referimos cuando hablamos de calidad de vida?*. <https://autismomadrid.es/noticias/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/#:~:text=La%20Calidad%20de%20Vida%20de,y%20satisfactorio%20de%20cualquiera%20persona>
- Fernández-Matarrubia, M; Matías-Guiu, J.A; Moreno-Ramos, T y Matías-Guiu, J. (2014). Demencia Frontotemporal variante conductual: aproximación clínica y terapéutica. *Elsevier*, 29 (8), 464-472 <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-demencia-frontotemporal-variante-conductual-aproximacion-S0213485313000662>
- Florentino Morales, M.J. (2017). *Intervención Logopédica en la Enfermedad de Alzheimer*. Trabajo de fin de grado de Logopedia. Universidad de La Laguna. (Inédita).

- Fonoaudiología, interdisciplina y plan nacional de demencias. (2024). Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://fonoaudiologia.uc.cl/noticias/fonoaudiologia-interdisciplina-y-plan-nacional-de-demencias/>
- Gaceta Médica. (2025). *Un equipo del IDIBAPS desarrolla una herramienta que mejora la detección de la demencia frontotemporal.* <https://gacetamedica.com/investigacion/herramienta-ia-deteccion-seguimiento-demencia-frontotemporal/>
- Garriga, J.; Ormaechea, M. (2020). *Comunicación y demencias: descripción, evaluación e intervención.* Trabajo de fin de máster. Facultad de Ciencias de la Salud. Instituto Guttmann de Barcelona. (Inédita).
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2025). *El marco IDDSI estándar.* <https://www.iddsi.org/standards/framework>
- Juebin, H. (2025). *Demencia Frontotemporal.* Manual MSD. Versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neurologicos/delirio-y-demencia/demencia-frontotemporal>
- Lange, S.M. (2016). *Rol del fonoaudiólogo en personas con enfermedades neurodegenerativas.* Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://fonoaudiologia.uc.cl/noticias/rol-del-fonoaudiologo-en-personas-con-enfermedades-neurodegenerativas/#:~:text=Ser%20conveniente%20por%20lo%20tanto,%20y%20problemas%20conductuales%20etc.&text=Optimizaci%20de%20la%20funci%20ada,a%20las%20que%20est%20afectadas.&text=Compensaci%20de%20la%20funci%20alterada,conjunto%20de%20estrategias%20y%20pautas.&text=Intervenci%20con%20el%20entorno%20del,Magdalena%20Lange%20S>
- Langmore, S.E., Olney, R.K., Lomen-Hoerth, C., Miller, B.L. (2007). Disfagia en pacientes con demencia lobar frontotemporal, *JAMA Neurology*, 64 (1), 58-62. <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/793148>
- Levin, J. (1992). *Un modelo de entrevista para la perturbación del lenguaje.* Escuela de Altos Estudios del Lenguaje.

- Leyton, C. y Lillo, P. (2016). Demencia frontotemporal, cómo ha resurgido su diagnóstico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 27 (3), 309-318. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300323>
- Mayo Clinic. (2025). *Afasia Progresiva Primaria*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/primary-progressive-aphasia/symptoms-causes/syc-20350499>
- Mayo Clinic. (2024). *Demencia Frontotemporal*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/frontotemporal-dementia/diagnosis-treatment/drc-20354741>
- MedlinePlus. (2024). *Demencia Frontotemporal*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000744.htm>
- Molinatti, M.E., Sanchez Belvedere, M., Duek, V., La Vía, M.B. y Brotzman, G. (2019). Estudio multicéntrico: evaluación clínica e instrumental de la disfagia en pacientes adultos. *Revista FASO*. 26 (1), 16-23. <https://institutoroffo.uba.ar/wp-content/uploads/2019/05/3.pdf>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2025). *Demencia Frontotemporal y otros trastornos frontotemporales*. <https://www.ninds.nih.gov/es/health-information/disorders/demencia-frontotemporal-y-otros-trastornos-frontotemporales#:~:text=Demencia%20frontotemporal%20con%20variante%20conductual%20La%20FTD,la%20personalidad%2C%20la%20conducta%20y%20el%20juicio>
- National Library of Medicine. (1999). *Escala de resultados y gravedad de la disfagia*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10341109/>
- O'Neil, K.H y Falk, P.M. (1999). *Escala de Severidad de la Disfagia (DOSS)*. Studocu. <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-bernardo-ohiggins/deglucion-de-la-a-a-la-z/escala-de-severidad-doss/11665447>
- Sánchez, C. (2020). *Normas APA 7ª edición: Guía de citación y referenciación*. (2ª ed. rev.). Universidad Central. <https://www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/guia-normas-apa-7-ed-2020-08-12.pdf>
- Soris, M.C. (2018). *Fonoaudiología y Demencias*. Colegio de Fonoaudiólogos. <https://www.colfono.org.ar/articulos/28/fonoaudiologia-y-demencias>

- Stolkiner, Alicia. (2005). "Interdisciplina y Salud Mental". Ponencia presentada en *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy*. Posadas. Misiones. Argentina.
- Torralva, T; Martinez Cuitiño, M; Manes, F. (2007). *Tratado de Neuropsicología*. Akadia.
- Vigotzky, L. (1964). *Pensamiento y lenguaje*. Ed. Lautaro. Cap. VII.
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Madrid: PsychCorp
- Wiley Online Library. (2023). *Clasificación de la enfermedad de Alzheimer y la Demencia Frontotemporal mediante aprendizaje automático con datos de resonancia magnética transversal y longitudinal*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hbm.26205#>