

# Trastorno Cognitivo- comunicativo

cognitive communicative disorder



Manuel Matías **Ambiado Lillo**



ART Volumen 19 #2 julio - Diciembre

Revista  
**ARETÉ**

ISSN-l: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252 Fonoaudiología

ID: 1657-2513.art.19205

Title: Cognitive communicative disorder

Título: Trastorno Cognitivo- comunicativo

Alt Title / Título alternativo:

[en]: cognitive communicative disorder

[es]: Trastorno Cognitivo Comunicativo

Author (s) / Autor (es):

Ambiado Lillo

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Executive Function, Memory, Cognition, Communication, Language, Aphasia, Speech, Language and Hearing Sciences

[es]: Función Ejecutiva, Memoria, Cognición, Comunicación, Lenguaje, Afasia, Fonoaudiología

Submitted: 2019-10-08

Accepted: 2019-10-10

## Resumen

En la actualidad el trastorno cognitivo comunicativo es una etiqueta diagnóstica muy recurrente en el quehacer fonoaudiológico. Sin embargo, en el contexto clínico y académico que contempla tanto a estudiantes como a profesionales, las características clínicas, etiológicas y afecciones concomitantes no están claras ni generalizadas a todo el gremio. Históricamente las alteraciones cognitivas se han descrito como aquellas dificultades de la comunicación relacionadas con déficits lingüísticos, sobre todo en sintaxis, semántica y/o habilidades metalingüísticas, así como funciones cognitivas no lingüísticas, principalmente atención, memoria y funciones ejecutivas. Las causas más comunes del trastorno cognitivo comunicativo son Enfermedad de Alzheimer, ataques cerebrovasculares, tumores cerebrales y traumatismos craneoencefálicos. Por la confusión que se presenta en muchos casos, la primera distinción que se debe realizar es entre cuadros afásicos y trastornos cognitivos comunicativos, distinción que presenta como principal indicador la presencia de anomia, síntoma nuclear de los cuadros afásicos. Actualmente existe un creciente interés empírico y clínico en integrar los dominios cognitivos de atención, memoria y funciones ejecutivas en individuos con afasia. Lo que deriva en un reconocimiento de la concomitancia que puede existir entre afasia y trastorno cognitivo comunicativo.

## Abstract

*Currently, cognitive communicative disorder is a very recurrent diagnostic label in the task of speech therapist. However, in the clinical and academic context that includes both students and professionals, the clinical, etiological and concomitant conditions are not clear or widespread throughout the guild. Historically, cognitive communicative alterations have been described as those communication difficulties related to linguistic deficits, especially in syntax, semantics and/or metalinguistic abilities, as well as non-linguistic cognitive functions, mainly attention, memory and executive functions. The most common causes of cognitive communicative disorder are Alzheimer's disease, strokes, brain tumors and head injuries. Due to the confusion that occurs in many cases, the first distinction that must be made is between aphasia and cognitive communicative disorders, a distinction that presents as the main indicator the presence of anomia, nuclear aphasia symptom. There is currently a growing empirical and clinical interest in integrating cognitive domains of attention, memory and executive functions in individuals with aphasia. What results in a recognition of the concomitance that may exist between aphasia and cognitive communicative disorder.*

## Citar como:

Ambiado Lillo, . M. (2019). Trastorno Cognitivo- comunicativo. Areté issn-I:1657-2513, 19 (2), 43-48.  
Obtenido de: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/1746>

Manuel Matías **Ambiado Lillo**, Msc BSH

### Source | Filiación:

Universidad Arturo Prat- Chile

### BIO:

Fonoaudiólogo Magíster en Neurociencias. Universidad Arturo Prat. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Fonoaudiología

### City | Ciudad:

Chile[CL]

# Trastorno Cognitivo- comunicativo

cognitive communicative disorder

Manuel Matías **Ambiado Lillo**

## Introducción

En la actualidad el trastorno cognitivo comunicativo (TCC) es una etiqueta diagnóstica muy recurrente en el quehacer fonoaudiológico debido a que cada día son más las personas diagnosticadas con algún tipo de demencia (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017), secuelas de ataques cerebro vasculares (ACV) (Ministerios de Salud, 2013) y/o que sufren traumatismos craneoencefálicos (TEC) (Ministerios de Salud, 2013) por mencionar algunas causas. Sin embargo, en el contexto clínico y académico que contempla tanto a estudiantes como a profesionales, las características clínicas, etiológicas y afecciones concomitantes no están claras ni generalizadas a todo el gremio. Posiblemente una de las principales causas se deba a que no existen artículos publicados en idioma español que recojan como tema central el Trastorno Cognitivo Comunicativo.

Por la confusión que se presenta en muchos casos, la primera distinción que se debe realizar es entre cuadros afásicos y TCC. Históricamente la afasia se presenta como un cuadro clínico que se restringe a afecciones lingüísticas comprensivas y/o expresivas, caracterizada principalmente por su síntoma nuclear, anomia, que es la imposibilidad de denominar elementos y acciones (Ardila, 2005); (Helm-Estabrooks N. y., 2005); (Lapuente, 2012) Etiológicamente se asocia a lesiones neuroanatómicas de las áreas perisilvianas del hemisferio izquierdo.

Por su parte, la American Speech Language Hearing Association (ASHA, 1997-2019) en 1987 y 1990. Como se citó en (Coelho, 1996), estableció como alteraciones cognitivo comunicativas aquellas dificultades de la comunicación relacionadas con déficits lingüísticos, sobre todo en sintaxis, semántica y/o habilidades metalingüísticas, así como funciones cognitivas no lingüísticas, principalmente atención y memoria. En años posteriores, y de modo prácticamente idéntico, diversos investigadores han descrito que las dificultades de las personas con TCC además de las dificultades lingüísticas comprensivas y/o expresivas, presentan alteraciones en procesos cognitivos superiores (Bermejo, 1993); (Estévez, 1995); (Hernández, 2006); (Rodríguez, 2012)

## Trastorno Cognitivo Comunicativo

Considerando esta información y teniendo claro cuáles son los sustratos neurofisiológicos que sientan las bases de las funciones ejecutivas, y la intrincada relación que existe entre estas y el procesamiento lingüístico (Helm-Estabrooks N. y., 2005); (Catani, 2005); (Lopera, 2008); (Ambiado, 2019) lo más acertado es pensar que los Trastornos Cognitivos Comunicativos puedan concomitar con los cuadros afásicos.

Por este motivo (Murray, 2012) afirma que *“currently, there is increasing empirical and clinical interest in the integrity of the cognitive domains of attention, memory, and executive functioning in individuals with aphasia”* [actualmente existe un creciente interés empírico y clínico en integrar los dominios cognitivos de atención, memoria y funciones ejecutivas en individuos con afasia] (p.1).

Para poder corroborar si efectivamente pueden concomitar ambos cuadros clínicos, se deben analizar diversos estudios realizados utilizando pruebas verbales y no verbales en personas con afasia, en las cuales [y en todas ellas] se han apreciado notables dificultades que reafirman este planteamiento (Van Mourik, 1992); (Helm-Estabrooks

N. B., 1995); (Helm-Estabrooks N. J., 2002); (Frankel, 2007); (Wright, 2007); (Fucetola, 2009); (Christensen, 2010); debido a esto no se puede predecir la integridad de otros dominios cognitivos en base a los déficits afásicos que se presenten (Helm-Estabrooks N. J., 2002)

## Etiología y características clínicas

La ASHA (2019) en sus pautas referenciales de alteraciones cognitivas comunicativas, propone como las causas más comunes del Trastorno Cognitivo Comunicativo son la Enfermedad de Alzheimer (EA), ataques cerebrovasculares, tumores cerebrales y traumatismos craneoencefálicos. Pese a que es explícita la mención de “causas más comunes”, gran cantidad de estudiantes y profesionales mantienen la creencia de que el diagnóstico de TCC se debe establecer exclusivamente por las cuatro causas mencionadas. Es importante resaltar que si bien, en la mayoría de los casos los TCC se deben a estas afecciones, es posible que las manifestaciones clínicas se deban en muchas ocasiones a alteraciones neurológicas adquiridas no especificadas o a alteraciones neurodegenerativas que incluyan disfunciones cognitivas. En estos casos el diagnóstico de TCC es igual de válido.

Tabla 1. Características clínicas generales

Características clínicas de los Trastornos Cognitivos Comunicativos
Conciencia reducida sobre la capacidad para comunicar sus ideas de forma efectiva
Conciencia reducida sobre la discapacidad y el grado en que se presenta
Disminución en memoria, juicio y capacidad para iniciar e intercambiar información rutinaria de forma efectiva
Dificultad para desarrollar actividades de la vida diaria de forma efectiva (pagar cuentas, ir de compras)
Disminución en la capacidad de anticipar potenciales consecuencias y resolver problemas
Disminución en las habilidades comunicativas sociales, habilidades para controlar las emociones lo que a menudo genera pérdida de sus relaciones
Imposibilidad para cumplir con roles educativos y/o vocacionales, generando posibles pérdidas de empleo
Constantes riesgos de lesiones debido a la incapacidad de comunicarse en casos de emergencia y/o anticipar las consecuencias de sus propios actos

American Speech-Language-Hearing Association (2019). *Cognitive-Communication Referral Guidelines for Adults*

Las características clínicas generales que se pueden observar se incluyen en la Tabla 1. Y los comportamientos de las personas con Trastorno Cognitivo Comunicativa TCC, que pueden derivar en consultas fonoaudiológicas se dividen en dos categorías, sociales

y personales. Las sociales incluyen dificultades para administrar el hogar o mantener su trabajo (tabla 2) y las personales engloban déficits ligados a la autovalencia (tabla 3) (ASHA, 1997-2019)

**Tabla 2. Alteraciones sociales**

Dificultades para administrar el hogar o mantener su trabajo
Planificar y completar actividades rutinarias
Seguir instrucciones
Comprender y/o aplicar información abstracta de forma escrita
Analizar, identificar y aplicar soluciones a problemas empresariales
Evaluar fortalezas y debilidades personales para desarrollar planes de mejora de las debilidades
Gestionar responsabilidades múltiples de forma simultánea
Manejo emocional relacionadas a dificultades de rendimiento
Flexibilizar planes cuando se requiera
Comprender y gestionar asuntos legales o financieros
Comunicación efectiva con compañeros de trabajo o clientes

American Speech-Language-Hearing Association (2019). *Cognitive-Communication Referral Guidelines for Adults*

**Tabla 3. Alteraciones personales**

Dificultades para mantener la autovalencia
Falta de respuesta a los estímulos externos
No presta atención a los demás
No presenta habla intencional
Atención y memoria extremadamente deteriorada
Comunicación extremadamente limitada (responder, decir su nombre, saludar)
Recordar el nombre de su cónyuge y/o cuidadores
Conteo automático
Limitado contacto ocular
Limitado comportamiento social
Anticipar consecuencias de sus propios actos
Anticipar potenciales consecuencias y resolver problemas
Conceptualización de dinero y tiempo
Aprender nuevas reglas
Seleccionar palabras adecuadas
Respuestas verborreicas, redundantes y/o tangenciales
Iniciar, cambiar el tópico o finalizar una conversación
Comprensión de lenguaje no verbal
Comprensión de información abstracta

American Speech-Language-Hearing Association (2019). *Cognitive-Communication Referral Guidelines for Adults*

Como se aprecia en el ámbito clínico, no todas las personas presentarán las mismas características, estas estarán determinadas en parte por la etiología del trastorno y en parte por los cuadros concomitantes con los que se presente. Por este motivo es de suma

importancia una valoración exhaustiva que permita singularizar el perfil clínico de cada paciente. Más aún cuando la evidencia apunta a que **“los problemas cognitivos no-lingüísticos interactúan con los problemas de comprensión afásicos”** (Helm-Estabrooks N. y., 2005)



## Conclusión

Como se ha mencionado previamente, para poder establecer un adecuado diagnóstico es indispensable una valoración lingüística cognitiva exhaustiva. Desde la experiencia clínica y teórica, aún existen confusiones entre los cuadros clínicos que se incluyen en el artículo. Posiblemente esto se deba a la falta de información respecto a la temática planteada. Lo que puede inducir a que las evaluaciones y/o sus análisis no se realicen del modo más adecuado.

Por este motivo se hace necesario un procedimiento que propicie la especificidad de las dificultades. En el caso de la variable lingüística se recomienda una evaluación basada en el sistema lingüístico modular, que como instrumento goldstandard tiene a la batería para la evaluación de los trastornos afásicos (BETA) (Cuetos, 2009), más que la evaluación clásica, que como instrumento referente tiene al test de Boston para el diagnóstico de la afasia (Goodglass, 2005). Debido a que el primero da cuenta de las dificultades que se presentan módulo a módulo, lo que permite establecer un trastorno específico para cada uno, a diferencia de la valoración clásica que genera etiquetas diagnósticas en base a la sumatoria de las dificultades, favoreciendo de este modo la heterogeneidad de los síndromes afásicos (Cuetos F., 2012).

La variable cognitiva debería considerar modalidades verbales y no verbales para las pruebas de memoria, atención y funciones ejecutivas, permitiendo especificar en detalle la naturaleza del déficit.

En la actualidad no existe demasiada evidencia del trabajo realizado en personas con TCC concomitante a cuadros afásicos, aunque en la clínica es una actividad frecuente. Es por esto que se insta a los profesionales a realizar investigaciones en esta línea que permitan desarrollar fundamentos sólidos sobre las metodologías más óptimas de intervención.

## Bibliografía

Ambiado, M. N. (2019). *Uso diferencial de funciones ejecutivas en estudiantes con trastorno específico del lenguaje al inicio de la escolarización primaria*.

Ardila, A. (2005). *Las Afasia*. Guadalajara, México.

ASHA, A. S.-L.-H.-L.-H. (1997-2019). *Making effective communication, a human right, accessible and achievable for all*. Obtenido de <https://www.asha.org/slp/cog>

Bermejo, R. y. (1993). *Demencias: Conceptos Actuales*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Catani, M. J. (Jan de 2005). Perisylvian language networks of the human brain. *Ann Neurol*, 57(1), 8-16. doi:[10.1002/ana.20319](https://doi.org/10.1002/ana.20319)

Christensen, S. y. (Jul de 2010). Verbal and non-verbal working memory in aphasia: What three n-back tasks reveal. *Aphasiology*, 24(6-8). doi:DOI: [10.1080/02687030903437690](https://doi.org/10.1080/02687030903437690)

Coelho, C. D.-S. (Octubre de 1996). Treatment Efficacy: Cognitive-Communicative Disorders Resulting From Traumatic Brain Injury in Adults. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, S5-S7.

Cuetos, F. (2012). *Neurociencia del Lenguaje*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Cuetos, F. y.-N. (2009). *BETA batería para la evaluación de los trastornos afásicos*. Madrid, España: Instituto de orientación psicológica asociados.

Estévez, A. y. (1995). *Enfermedad de Alzheimer: Cuando se acaba la memoria*. Barcelona, España: Colimbo Ediciones.

Frankel, T. P. (2007). Executive dysfunction as an explanatory basis for conversation symptoms of aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 21(6-8), 814-828,. doi:<https://doi.org/10.1080/02687030701192448>

Fucetola, R. C. (2009). Unravelling nonverbal cognitive performance in acquired aphasia. *Aphasiology*, 23(12). doi: DOI: [10.1080/02687030802514938](https://doi.org/10.1080/02687030802514938)

Goodglass, H. y. (2005). *Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Helm-Estabrooks, N. B. (1995). Relationship between cognitive performance and aphasia severity, age and education: females versus males. *Brain and language*, 1, 139-141.

Helm-Estabrooks, N. J. (2002). Cognition and aphasia a discussion and a study. 35, 171-186. doi: [10.1016/s0021-9924\(02\)00063-1](https://doi.org/10.1016/s0021-9924(02)00063-1)

Helm-Estabrooks, N. y. (2005). *Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Hernández, J. M. (2006). *Demencia tipo Alzheimer y Lenguaje*. Bogotá, Colombia: Colección Lecciones de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Centro Editorial Universidad del Rosari.

Lapiente, F. S. (2012). *Tratado de neuropsicología clínica. Aplicaciones clínicas de la teoría y la evaluación neurocognitiva. Estudio de casos y autoevaluaciones*. Murcia, España: Neurohealth.

Lopera, R. F. (2008). Funciones ejecutivas: aspectos clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 59-76. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987492>

Ministerios de Salud, Guía clínica AUGÉ. Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más. (2013). Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>

Murray, L. (May de 2012). Attention and Other Cognitive Deficits in Aphasia: Presence and Relation to Language and Communication Measures. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21, S51-S64. doi: [10.1044/1058-0360\(2012/11-0067\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0067)

Rodríguez, J. I.-2. (2012). Instrumento de evaluación del lenguaje en adultos con afasia o trastorno cognitivo comunicativo (IELAT). *Revista Árete*, 12( No. 1), 153-161.

Van Mourik, M. V. (1992). Cognition in global aphasia: Indicators for therapy. *Aphasiology*, Volume 6(5), 491-499. doi:<https://doi.org/10.1080/02687039208249486>

Wright, H. D. (23 de Jun de 2007). Processing distinct linguistic information types in working memory in aphasia. *Aphasiology*, 802-813. doi:doi: [10.1080/02687030701192414](https://doi.org/10.1080/02687030701192414)