

# Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática

María de la Hoz, Dunia Garrido, Rocío García-Retamero

**Introducción.** El perfil neuropsicológico de los pacientes con deterioro cognitivo leve ha sido objeto de estudio de diversas investigaciones. Sin embargo, se han publicado relativamente pocos trabajos sobre las características del lenguaje en estos pacientes.

**Objetivo.** Analizar e integrar la bibliografía publicada sobre el tema tras la revisión sistemática realizada por Johnson y Lin en 2014.

**Sujetos y métodos.** Se ha realizado una revisión sistemática en la que se han consultado tres bases de datos (Web of Science, PubMed y PsycInfo). Se han analizado 17 estudios empíricos revisados por pares, con participantes adultos con deterioro cognitivo leve, que incluyen al menos un grupo control y que evalúan parámetros de lenguaje. Se ha aplicado un protocolo de registro de elaboración propia para codificar las características y los resultados de los estudios, y se ha evaluado la calidad de los estudios y los artículos en los que se han publicado a través de una escala de elaboración propia basada en instrumentos validados previamente.

**Resultados.** Los pacientes con deterioro cognitivo leve pueden presentar déficits en denominación, producción del discurso, comprensión oral y comprensión escrita.

**Conclusiones.** Es importante evaluar el lenguaje en pacientes con deterioro cognitivo leve, aunque dicha exploración no permita establecer por sí sola un diagnóstico. No obstante, la variabilidad en la patología asociada al diagnóstico, la edad, el idioma y el nivel educativo de los participantes, así como al tamaño muestral, y los instrumentos utilizados para evaluar el lenguaje en los estudios revisados impiden que se puedan realizar afirmaciones concluyentes y hacen que sea necesario realizar más investigación sobre el tema.

**Palabras clave.** Deterioro cognitivo. Deterioro cognitivo leve. Dificultades del lenguaje. Lenguaje. Perfil neuropsicológico. Revisión sistemática.

## Introducción

Se entiende como deterioro cognitivo leve (DCL) el declive progresivo de una o varias funciones cognitivas, entre las que se incluyen la memoria, las funciones ejecutivas y el lenguaje [1]. Este deterioro no debe ser suficientemente grave como para considerarse una demencia, y afecta al 15-20% de las personas mayores de 60 años [2]. Según Robles et al [3], es importante establecer un diagnóstico de DCL de forma temprana, ya que puede tratarse de una fase prodrómica de demencias como la enfermedad de Alzheimer (EA). En una revisión relativamente reciente, Johnson y Lin [4] han sugerido que identificar el DCL de forma precoz puede facilitar el control del declive cognitivo. Además, permitiría poner en marcha técnicas de prevención secundarias para desacelerar el progreso a la demencia. Debido a la alta prevalencia del DCL y a las dificultades que presentan estos pacientes, es importante actualizar

el conocimiento disponible obtenido a través de estudios empíricos sobre las áreas del lenguaje que pueden verse afectadas.

Por tanto, se debe tener en cuenta la trayectoria que presenta la persona con DCL [3], que puede ser tanto transitoria como evolucionar de forma repentina en demencia. De forma clásica, se han propuesto una serie de criterios diagnósticos de DCL en los que sólo se tuvo en cuenta el dominio amnésico [5]. En las últimas décadas, Robles et al [3] han ampliado estos criterios, incluyendo el deterioro en una o más de las siguientes funciones cognitivas: atención/concentración, lenguaje, gnosias, memoria, praxias, funciones visuoespaciales y funciones ejecutivas. Además, para realizar un diagnóstico de DCL, se debe observar una disminución respecto a las capacidades previas del paciente, debe ser reconocido por él mismo o un informador cercano a él, debe ser confirmado mediante exploración neuropsicológica, debe mostrar una progresión durante varios meses, debe afectar

Universidad de Granada; Granada, España (M. de la Hoz, R. García-Retamero). Universidad de Castilla-La Mancha; Talavera de la Reina, Toledo, España (D. Garrido). Max Planck Institute for Human Development; Berlín, Alemania (R. García-Retamero).

### Correspondencia:

Dra. Dunia Garrido. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Castilla-La Mancha. Avda. Real Fábrica de Sedas, s/n. E-45600 Talavera de la Reina (Toledo).

### E-mail:

dunia.garrido@uclm.es

### Financiación:

Ministerio de Economía y Competitividad (PS12014-51842-R).

### Aceptado tras revisión externa:

21.10.20.

### Cómo citar este artículo:

De la Hoz M, Garrido D, García-Retamero R. Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. Rev Neurol 2021; 72: 67-76. doi: 10.33588/rn.7203.2020411.

© 2021 Revista de Neurología

tar únicamente y de forma leve a las actividades complejas de la vida diaria, y no debe estar relacionado con trastornos del nivel de conciencia.

Con el objetivo de comprender mejor el concepto de DCL, Petersen et al [6] distinguieron entre cuatro subtipos clínicos. Los pacientes cuyo diagnóstico es DCL amnésico (DCL-a) presentan afectación exclusiva de la memoria, sin tener afectadas otras funciones. En el DCL-a de dominio múltiple se encuentran afectadas otras funciones además del dominio amnésico. Por su parte, el DCL no amnésico y el DCL no amnésico de dominio múltiple implican un deterioro en uno o más dominios que no sea la memoria, respectivamente. Sin embargo, los niveles de gravedad y las delimitaciones entre un subtipo y otro siguen sin estar claramente definidos [7].

Por otra parte, se debe tener en cuenta que el DCL también puede desarrollarse en las fases prodrómicas de las cuatro demencias más frecuentes –es decir, la demencia vascular, la demencia frontotemporal, la demencia con cuerpos de Lewy y el DCL previo a la EA (DCL-EA)–. De forma concreta, los pacientes con demencia vascular presentan dificultades en la fluidez verbal y la producción de oraciones (en cuanto a complejidad gramatical), y alteraciones en el habla [8,9]. Nordlund et al [10] describieron dificultades en la comprensión sintáctica, la fluidez verbal, el léxico y la repetición en pacientes con DCL previo a la demencia vascular comparados con controles sin DCL. Sin embargo, parece que no se han detectado diferencias entre el DCL previo a la demencia vascular y el DCL-EA en tareas de lenguaje, memoria, función ejecutiva o tareas visuoespaciales [11,12].

En el caso del DCL asociado a demencia frontotemporal, los pacientes presentan una disfunción del lóbulo frontal que se manifiesta por un déficit en las funciones ejecutivas y en la atención, y, en menor medida, en la memoria. Este déficit supone un bajo rendimiento en la capacidad de planificar, iniciar y mantener acciones, como pueden ser el habla y la escritura [13].

En la demencia con cuerpos de Lewy, sólo en el 5% se presentan dificultades principales en el lenguaje, mientras que sí se observan dificultades en la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y el procesamiento visuoespacial [14,15]. Sin embargo, sí se han detectado puntuaciones peores en pacientes con DCL previo a la demencia con cuerpos de Lewy en test que evalúan la memoria verbal con respecto a las puntuaciones obtenidas por pacientes con DCL-EA [16].

En cuanto al DCL-EA, se ha descrito que tanto el umbral de lectura de palabras como las tareas de de-

cisión léxica y la fluidez verbal detectan a los pacientes con DCL que desarrollarán EA [17-19]. Además, parece que la memoria verbal es la habilidad lingüística que permite discriminar con mayor precisión a pacientes con DCL de pacientes con EA [20].

Asimismo, el DCL puede presentar comorbilidad con la enfermedad de Parkinson (EP). Bocanegra et al [21] detallaron en su revisión que el perfil más común que presentan los pacientes con DCL-EP suele ser de tipo DCL no amnésico. También concluyeron que las principales dificultades cognitivas se manifiestan en la atención, la velocidad de procesamiento, la comprensión sintáctica y las funciones ejecutivas. Por su parte, Toribio-Díaz y Carod-Artal [22] describieron que las dificultades más frecuentemente afectadas en el DCL-EP son la atención, la función ejecutiva y el dominio mnésico. En un estudio de Massa et al [23] se concluyó que el rendimiento en las tareas de fluidez semántica en los pacientes con DCL previo a la demencia por cuerpos de Lewy y la EP es más bajo en comparación con los pacientes con EP sin demencia, debido a un deterioro en el lóbulo temporal.

Finalmente, Juncos-Rabadán et al [20] concluyeron en su revisión que los aspectos que se suelen investigar en el DCL son la memoria verbal, la fluidez verbal y la denominación. En su revisión, Johnson y Lin [4] también explicaron que los pacientes con DCL presentaban dificultades en la fluidez verbal, la producción del discurso narrativo y la memoria semántica. En concreto, observaron que los resultados en una misma área del lenguaje podrían variar según el tipo de tarea y el dominio cognitivo que se evaluara. Por ello, concluyeron que, cuanto mayor número de dominios cognitivos se vean afectados en un paciente, mayor será el deterioro en el lenguaje.

En definitiva, la bibliografía revisada sugiere que el DCL puede conceptualizarse como un síndrome complejo y heterogéneo. La revisión de Johnson y Lin [4] ha puesto de manifiesto, además, que el lenguaje tiene un papel fundamental en este síndrome, por lo que su conocimiento puede ser esencial para la práctica clínica. No obstante, dado que la revisión de estos autores fue publicada hace seis años, esperamos que se haya producido una evolución posterior en el conocimiento sobre el tema. Por ello, el presente trabajo tiene dos objetivos: actualizar y ampliar las conclusiones derivadas de la revisión de Johnson y Lin [4] a través de una revisión sistemática de la bibliografía publicada tras dicho trabajo, e identificar y describir qué áreas específicas del lenguaje se encuentran afectadas en pacientes con diversos tipos de DCL.

## Sujetos y métodos

### Estrategia para la identificación de los artículos

A la hora de realizar la búsqueda, se han seguido las directrices PRISMA [24] y se han consultado tres bases de datos: Web of Science, PsycInfo y Medline (vía PubMed). Se escogieron como palabras clave 'mild cognitive impairment', 'cognitive dysfunction', 'Parkinson', 'Lewy body dementia', 'vascular cognitive impairment', 'language difficulties', 'verbs' y 'nouns fluency', que fueron contrastadas con los descriptores en ciencias de la salud desarrollados por la National Library of Medicine, y se incluyeron los operadores booleanos AND/OR para obtener los resultados de todas las posibles combinaciones. Los términos mencionados se incluyeron en la búsqueda tanto en el título como en el resumen. La cadena de búsqueda en la Web of Science fue  $TS=(language\ difficulties\ OR\ verbs\ OR\ nouns\ fluency)\ AND\ TS=(cognitive\ dysfunction\ OR\ mild\ cognitive\ impairment\ OR\ Parkinson\ OR\ Lewy\ body\ dementia\ OR\ vascular\ cognitive\ impairment)$ . Se adaptó esta cadena para la búsqueda en las restantes bases de datos, y se limitó la búsqueda a los años 2013 y siguientes (hasta el 29 de agosto de 2020). El año de origen fue determinado por la revisión de Johnson y Lin [4], ya que estos autores sólo incluyeron en su trabajo artículos publicados hasta diciembre de 2012. La búsqueda no se limitó por idioma o tipo de diseño. Para completar la búsqueda, se revisó la bibliografía de los artículos seleccionados.

### Estrategia para la selección de los artículos

Se utilizaron los siguientes criterios de selección: estudios empíricos y revisados por pares. Se excluyeron los estudios cuyos participantes no eran adultos o no tenían un diagnóstico de DCL, los que no incluían un grupo control cognitivamente sano y en los que no se evaluaban las dificultades del lenguaje. Primero se seleccionaron los artículos a partir de la lectura del título y del resumen, y, tras ello, se seleccionaron a partir de la lectura del texto completo.

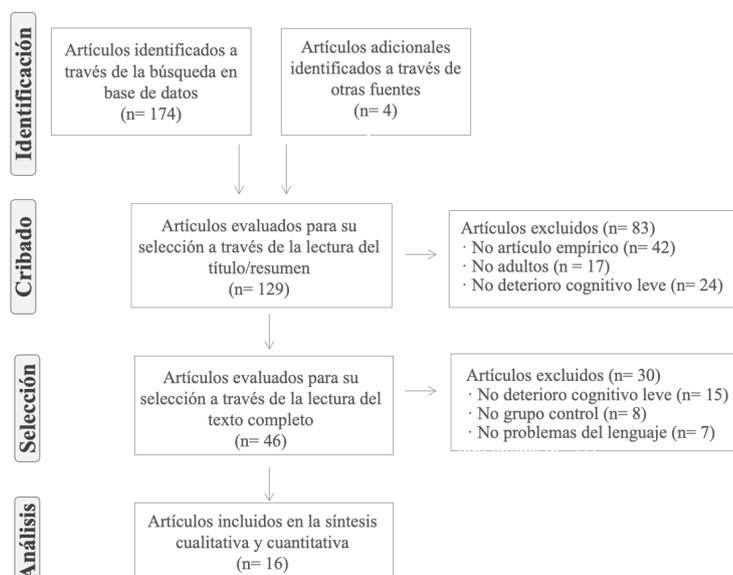
### Estrategia para el análisis de la evidencia científica

Se aplicó un protocolo de registro de elaboración propia para codificar las características y los resultados de los estudios. En concreto, se codificaron las siguientes variables: nombre del primer autor, año de publicación, tamaño de la muestra de cada grupo de participantes, edad media, sexo, área del

Tabla I. Indicios de calidad para evaluar los estudios.

		Código	Indicios de calidad
Introducción	Contexto	1	Se especifican claramente los fundamentos científicos de la investigación
	Objetivos e hipótesis	2	Se explican los objetivos de la investigación
	Participantes		3a
		3b	Se describe el proceso de diagnóstico de los casos y el de selección de los controles
		3c	El tamaño de la muestra es mayor o igual a 70
		4a	Se indica el tipo de diseño en el estudio
Método	Diseño y procedimiento	4b	Se detallan y definen todas las variables (variables dependientes y variables de control)
		4c	Las variables de medida se evalúan utilizando instrumentos válidos y fiables y de forma consistente en todos los participantes, y se detalla el procedimiento de recogida de datos
	Análisis	5a	Se describen y especifican los métodos estadísticos utilizados para analizar los resultados
		5b	Se describen y especifican los métodos estadísticos utilizados para controlar el efecto de posibles factores de confusión en los análisis (por ejemplo, inclusión de covariados en los análisis)
		5c	Se explica el tratamiento de los missing data
Resultados	Descriptivos y resultados	6a	Se describen las características de los participantes
		6b	Se detallan claramente los resultados y se apoyan con análisis estadísticos
	Tablas y figuras	6c	Las tablas y figuras están descritas claramente y son fácilmente interpretables
Discusión	Interpretación	7	Se relaciona la interpretación de los resultados con los objetivos de la investigación
	Limitaciones y generalización	8a	Se discuten las limitaciones de la investigación, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o imprecisión
		8b	Se discute la posibilidad de generalizar los resultados a otras muestras o contextos de investigación

Los criterios 1, 2a, 2b, 3a, 3b, 4b, 5b, 5c, 6a, 7, 8a y 8b se han extraído de la declaración de la iniciativa STROBE [25]; los criterios 2b, 3b, 4c y 5b se han extraído de la escala elaborada por el National Institute of Health para la comunicación de investigación observacional; y los criterios 3c, 4a, 5a, 6b y 6c son de elaboración propia. Puntuación: se asignó a cada estudio 1 punto por cada uno de los indicios que se cumplen, 0,5 puntos si estos indicios se cumplen parcialmente y 0 si no se cumplen. El criterio no se valora cuando no se puede aplicar a los estudios.

**Figura.** Diagrama de flujo para la selección de los estudios según los criterios PRISMA.

lenguaje evaluada, instrumentos y medidas utilizados, y principales resultados.

Se realizaron análisis cualitativos y cuantitativos de los datos. Los resultados de la evaluación se categorizaron según la presencia o la ausencia de dificultades en diversas áreas del lenguaje (comprensión auditiva, comprensión escrita, léxico y semántica, sintaxis y fluidez) y en función del tipo de DCL. Se computó el tamaño promedio de la muestra total. Se determinó que un tamaño muestral de menos de 70 participantes se consideraría como una muestra pequeña [5]. Para calcular la edad promedio, se computó una media ponderada en función del tamaño muestral.

Finalmente, se analizó la calidad de los estudios seleccionados aplicando una escala (Tabla I) basada en instrumentos validados previamente (véase la declaración de la iniciativa STROBE [25] y la escala elaborada por el National Institute of Health para la comunicación de investigación observacional). Se ha valorado la calidad de cada estudio como alta, media o baja cuando la puntuación total de la escala de calidad era del 100-75%, del 75-25% y del 25-0%, respectivamente.

También se analizó la calidad de los artículos en los que se han publicado los estudios, valorando tanto el índice de impacto según el *Journal Citation Report* como el patrón de citación de estos artículos según la Web of Science.

## Resultados

Se identificaron 174 artículos al aplicar los criterios de búsqueda en las bases de datos consultadas y se añadieron cuatro artículos adicionales al revisar las referencias de los artículos (Figura). De los 178, 49 fueron descartados por estar duplicados, lo que dio lugar a un total de 129 artículos. Tras la lectura del título y el resumen y la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión, se mantuvieron 44 artículos. Posteriormente, se excluyeron 28 artículos tras llevar a cabo su lectura completa. Por lo tanto, la selección final estaba formada por 16 artículos, que incluían 17 estudios.

Todos los estudios analizados tenían la caracterización de variables lingüísticas en pacientes con DCL (Tablas II, III y IV). El número total de participantes incluidos en los estudios fue de 1.984 con DCL y 1.296 del grupo control. La muestra de participantes era mayor o igual a 70 participantes para el grupo con DCL y el grupo control en tres estudios (18%).

En cuanto a la edad y el sexo, los resultados también fueron heterogéneos. El promedio ponderado en el grupo con DCL y el grupo control fue de 71 y 65 años, respectivamente. En referencia al sexo, el 43% del total de participantes de los grupos con DCL eran hombres y el 57% eran mujeres. En el grupo control, el 29% eran hombres y el 71% eran mujeres. Sólo en un estudio [26] no se especificó la proporción de participantes de cada sexo.

En relación con los subtipos de DCL, en el 24% de los estudios no se especificaba. El 47% de los estudios contaba al menos con un grupo con DCL-a (272 pacientes en total) y el 6% con un grupo con DCL de dominio múltiple. Por otro lado, en un 18% de los estudios se incluyeron grupos con DCL preclínico o DCL-EP.

En cuanto a las áreas del lenguaje evaluadas, la más frecuente fue la semántica y el léxico (64%), seguida de la fluidez (41%) y la sintaxis (12%). En un 6% se registró el discurso narrativo y en un 12% se analizó la comprensión auditiva y gramatical. Se utilizaron medidas estandarizadas para evaluar estas áreas en el 47% de los estudios. En concreto, el *Boston Diagnostic Aphasia Examination* [27] fue el test más utilizado (35%). En el resto de los estudios, se utilizaron otras pruebas estandarizadas, incluyendo la batería semántica de Laiacona [28], el *Seoul Verbal Learning Test* [29] y las *Korean Standard-Sentence Lists for Adults* [30]. En el 41% de los estudios se incluyeron herramientas no estandarizadas.

El propósito de esta revisión fue identificar las dificultades del lenguaje en función del subtipo de DCL.

**Tabla II.** Características básicas y resultados principales de los estudios seleccionados

	País	Grupo con DCL			Grupo de comparación		
		n	Edad (años)	Sexo (M/F)	n	Edad (años)	Sexo (M/F)
Ahmed et al [44]	Reino Unido	DCL: 15	71,2	9/6	GC: 15	76	8/7
Alegret et al [41]	España	DCL: 885	71,7	369/516	GC: 568 EA: 367	63,3 79	177/391 132/235
		DCL: 667	N/E	N/E	GC: 231	N/E	N/E
Clark et al [42]	Estados Unidos	DCL: 23	70,7	18/5	GC: 25 EA: 10	70,1 74,7	13/12 7/3
Drummond et al [35]	Brasil	DCL-a: 22	72,1	11/11	GC: 41 EA: 14	69,6 73,4	15/26 4/10
Facal et al [31]	España	DCL-a: 56	70,27	24/32	GC: 41	65,37	13/28
Galtier et al [45]	España	DCL-EP: 22	60,55	10/12	GC:20	60,85	9/11
Guidi et al [32]	Italia	DCL-a: 10	68,6	5/5	GC: 10	69,6	5/5
		DCL-EP: 10	64,3	5/5			
Juncos-Rabadán et al [33]	España	DCL-a: 84	70,18	35/49	GC: 106	63,9	34/71
Lee y Kim [36]	Corea	DCL-a: 14	71,07	7/7	GC: 14	69,14	8/6
López-Higes et al [38]	España	DCL-dm:19	75,21	8/11	GC: 27	73,59	8/19
López-Higes et al [37]	España	DCL-a: 22	N/E	8/14	GC: 43	N/E	7/36
Manouilidou et al [39]	Eslovenia	DCL: 23	68,6	5/18	GC: 21	67,8	6/15
Mueller et al [43]	EEUU	DCL-p: 39	63,1	17 /22	GC: 39	63,1	17/22
Nikolaev et al [40]	Finlandia	DCL: 24	72,4	M: 13/11	GC: 17 EA: 22	65,8 72,7	9/8 10/12
Won et al [26]	Corea	DCL-a: 35	73,65	N/E	GC: 40	71,27	N/E
Tsantali et al [34]	Grecia	DCL-a: 28	69,2	19/9	GC: 38 EA: 53	66,5 66,9	16/22 20/33

DCL: deterioro cognitivo leve; DCL-a: DCL amnésico; DCL-dm: DCL de dominio múltiple; DCL-EP: DCL con enfermedad de Parkinson; DCL-p: DCL preclínico; EA: enfermedad de Alzheimer; F: femenino; GC: grupo control; M: masculino; N/E: no especificado.

En este sentido, los resultados con pacientes con DCL-a fueron mixtos. En las áreas de léxico y semántica, se indicaron dificultades en la denominación o acceso al léxico de personas famosas, palabras poco frecuentes y estímulos inertes [26,31-34]. Sin embargo, parece que no hay diferencias entre el DCL-a y el grupo control en el recuerdo de palabras [35]. En las áreas de comprensión, el grupo con DCL-a retuvo menos información que el grupo control, aunque no se observaron diferencias en cuanto a la com-

prensión con sonido de fondo [36]. En el área de fluidez y discurso narrativo, también se detectaron dificultades, como una mayor inclusión de proposiciones irrelevantes, y peores puntuaciones en repeticiones de palabras, estructura narrativa y número total de palabras producidas [35,36]. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre el grupo con DCL-a y el grupo control en algunos aspectos de la fluidez semántica, como el tamaño medio de las agrupaciones o la frecuencia de cambio de categorías [37].

**Tabla III.** Características básicas de los estudios seleccionados.

	Áreas del lenguaje	Instrumentos/pruebas
Ahmed et al [44]	Semántica y léxico, sintaxis, fluidez	BDAE (tarea <i>cookie theft</i> )
Alegret et al [41]	Fluidez	Tarea de fluidez no estandarizada
Clark et al [42]	Fluidez	Tarea de fluidez no estandarizada
Drummond et al [35]	Discurso narrativo, semántica y léxico	Tarea ' <i>The car accident</i> '
Facal et al [31]	Semántica y léxico	Tarea ' <i>Tip-of-Tongue</i> '
Galtier et al [45]	Léxico	<i>Boston Naming Test</i> [49]
Guidi et al [32]	Semántica y léxico	Batería semántica de Laiacona
Juncos-Rabadán et al [33]	Léxico	Tarea ' <i>Tip-of-Tongue</i> '
Lee y Kim [36]	Comprensión auditiva	Audiometría <i>Korean Standard Sentence Lists for Adults</i> [30] <i>Seoul Verbal Learning Test</i> [27]
López-Higes et al [38]	Semántica y léxico, comprensión gramatical, fluidez	<i>Boston Naming Test</i> [49]
López-Higes et al [37]	Fluidez verbal semántica	Tarea de fluidez verbal semántica de animales
Manouilidou et al [39]	Semántica y léxico	Tareas de juicio gramatical y de decisión léxica
Mueller et al [43]	Semántica y léxico, sintaxis, fluidez	<i>Boston Diagnostic Aphasia Examination</i> [27] (tarea <i>cookie theft</i> )
Nikolaev et al [40]	Léxico	Tarea de reconocimiento de palabras escritas
Won et al [26]	Léxico	<i>Korean Boston Naming Test</i> [50] <i>Difficult Naming Test</i> [51]
Tsantali et al [34]	Semántica y léxico, fluidez	<i>Boston Diagnostic Aphasia Examination</i> [27]

En cuanto a los pacientes con DCL de dominio múltiple, los resultados mostraron dificultades en el léxico, la comprensión de verbos y de pasivas, y la fluidez (respuesta espontánea y con clave fonológica) [38].

En relación con los estudios que no especificaron el tipo de DCL se ha descrito que, aunque conservan las reglas morfológicas, presentan dificultades en el procesamiento de pseudopalabras, en la fluidez semántica y en el acceso al significado [39-42].

Además, también se incluyó en los estudios a pacientes con DCL preclínico y DCL-EP. Comparados con el grupo control, en los pacientes con DCL pre-

clínico se detectaron diferencias en las áreas de semántica y léxico (unidades semánticas y número de palabras diferentes) y fluidez (pausas y enredos) [43]. Sin embargo, no se encontraron dificultades en las áreas de semántica y léxico (proporción de pronombres, verbos y número total de palabras) y sintaxis (longitud media de enunciados y verbos utilizados) [43]. Por otro lado, los pacientes con DCL y otro diagnóstico, como EA y EP, también mostraron dificultades tanto en las áreas de semántica y léxico, de sintaxis y de fluidez [32,44,45].

En relación con la calidad de los estudios analizados (Tabla V), la puntuación promedio obtenida fue de 12 (rango de 8,5 a 15,5), lo que equivale a un nivel de calidad medio. El 35% de los estudios obtuvo una puntuación equivalente a un nivel de calidad alta y el 65%, a un nivel medio. En cuanto a la calidad de los artículos, el 31% se situaba en el cuartil Q1, el 25% en el cuartil Q2, el 6% en el cuartil Q3 y el 19% en el cuartil Q4. El índice del *Journal Citation Report* medio fue de 3,09 y el número medio de citas fue de 14,38.

## Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido seleccionar, analizar e integrar los estudios dirigidos a evaluar los déficits en el lenguaje en pacientes con DCL-a a través de una revisión sistemática, así como ofrecer una actualización y ampliación de las conclusiones derivadas de la revisión llevada a cabo por Johnson y Lin [4].

Los resultados han puesto de manifiesto que, en general, los pacientes con DCL pueden presentar dificultades en el procesamiento de pseudopalabras y en el acceso al significado [39,40]. Sin embargo, aunque los resultados son heterogéneos, se pueden establecer algunas conclusiones.

De forma específica, en pacientes con DCL-a también se han descrito dificultades en algunos aspectos relacionados con el léxico y la semántica, la comprensión y la fluidez [25,31-34]. Por ejemplo, la denominación es el área que aparece más afectada en las personas con diagnóstico de DCL-a.

La segunda área más afectada en los estudios revisados fue la producción del discurso narrativo. Sin embargo, los resultados fueron poco concluyentes, debido a que se utilizaron métodos de evaluación y muestras diferentes. En concreto, se detectó un deterioro en el grupo con DCL en cuanto a la complejidad sintáctica y al contenido semántico. El grupo con DCL-a difería del grupo control en el léxico, la repetición de palabras en la misma oración, la es-

**Tabla IV.** Resultados principales de los estudios seleccionados.

Ahmed et al [44]	<i>Semántica y léxico:</i> el grupo con DCL obtuvo peores puntuaciones en número de palabras utilizadas que el grupo control <i>Sintaxis:</i> el grupo con DCL obtuvo peores puntuaciones en verbos utilizados por oraciones que el grupo control <i>Fluidez:</i> el grupo con DCL obtuvo peores puntuaciones en pausas y enredos que el grupo control
Alegret et al [41]	<i>Fluidez:</i> el grupo con DCL obtuvo peores puntuaciones que el grupo control
Clark et al [42]	<i>Léxico:</i> el grupo con DCL obtuvo peores puntuaciones en herramientas, verbos y sustantivos
Drummond et al [35]	<i>Discurso narrativo:</i> el grupo con DCL-a y el grupo control obtuvieron mejores puntuaciones en coherencia global, cohesión referencial y tipo de discurso que el grupo con EA. Los grupos con DCL-a y EA obtuvieron peores puntuaciones en repetición de palabras en la misma oración, estructura narrativa e inclusión de proposiciones irrelevantes <i>Semántica y léxico:</i> sin diferencias entre los grupos control, con DCL-a y con EA en recuerdo de palabras
Facal et al [31]	<i>Semántica y léxico:</i> el grupo con DCL-a presentó más problemas de acceso al léxico comparado con el grupo control
Galtier et al [45]	<i>Léxico:</i> el grupo con DCL-EP obtuvo peores puntuaciones que el grupo control
Guidi et al [32]	<i>Semántica y léxico:</i> el grupo con DCL-EP mostró un rendimiento inferior en semántica. El grupo con DCL-a mostró un rendimiento inferior en la tarea de denominación. La mayoría de los errores en ambos grupos de DCL fueron con estímulos inertes
Juncos-Rabadán et al [33]	<i>Léxico:</i> el grupo con DCL-a obtuvo peores puntuaciones en denominación de nombres propios que el grupo control
Lee y Kim [36]	<i>Comprensión:</i> el grupo con DCL-a retuvo menos la información presente en la primera mitad de la oración que en la segunda. Sin diferencias entre el grupo con DCL-a y el grupo control en cuanto a comprensión con sonido de fondo
López-Higes et al [38]	<i>Semántica y léxico:</i> el grupo con DCL-dm obtuvo peores puntuaciones en léxico que el grupo control <i>Comprensión gramatical:</i> el grupo con DCL-dm obtuvo peores puntuaciones en comprensión de verbos y comprensión de pasivas que el grupo control <i>Fluidez:</i> el grupo con DCL-dm obtuvo peores puntuaciones en respuestas espontáneas y con clave fonológica que el grupo control
López-Higes et al [37]	<i>Fluidez verbal semántica:</i> el grupo con DCL-a obtuvo peores puntuaciones en número total de palabras producidas y número de animales correctos que el grupo control. Sin diferencias entre el grupo con DCL-a y el grupo control en tamaño medio de las agrupaciones y frecuencia de cambios de categorías
Manouilidou et al [39]	<i>Semántica y léxico:</i> el grupo con DCL conserva las reglas morfológicas, pero presenta dificultades al procesar pseudopalabras bajo presión de tiempo
Mueller et al [43]	<i>Semántica y léxico:</i> sin diferencias entre el grupo con DCL preclínico y el grupo control en proporciones en pronombres, verbos y número total de palabras. El grupo con DCL preclínico obtuvo peores puntuaciones en unidades semánticas y número de palabras diferentes comparado con el grupo control <i>Sintaxis:</i> sin diferencias entre el grupo con DCL preclínico y el grupo control en longitud media de enunciados y verbos utilizados por oraciones <i>Fluidez:</i> el grupo con DCL preclínico obtuvo peores puntuaciones en pausas y enredos que el grupo control
Nikolaev et al [40]	<i>Léxico:</i> en el DCL y la EA aparece tendencia de dificultades en el acceso al significado dependiendo de la forma morfológica de las palabras
Won et al [26]	<i>Léxico:</i> el grupo con DCL-a obtuvo peores puntuaciones en denominación por confrontación de palabras de baja frecuencia que el grupo control
Tsantali et al [34]	<i>Semántica y léxico:</i> el grupo con DCL-a obtuvo peores puntuaciones (similares a etapas tempranas de la EA) en semántica que el grupo control <i>Fluidez:</i> el grupo con DCL-a obtuvo peores puntuaciones en fluidez verbal que el grupo control

DCL: deterioro cognitivo leve; DCL-a: DCL amnésico; DCL-dm: DCL de dominio múltiple; DCL-EP: DCL con enfermedad de Parkinson; EA: enfermedad de Alzheimer.

estructura narrativa y la inclusión de proposiciones irrelevantes. Estos resultados concuerdan con los descritos en la revisión de Mueller et al [46].

Otras áreas en las que se detectaron alteraciones en pacientes con DCL-a fueron la comprensión auditiva y escrita. Se concluyó que a los pacientes con DCL-a les puede resultar complicado recordar información y comprender las oraciones pasivas. Los resultados respecto a la comprensión oral, escrita y del deletreo oral dependen de la memoria de traba-

jo, que parece estar deteriorada en el DCL [47]. Estos resultados están en la línea de los obtenidos por Johnson y Lin [4], que también concluyeron que los pacientes con DCL pueden presentar déficits en la comprensión de oraciones, del discurso y escrita.

Por último, los resultados de nuestra revisión también ponen de manifiesto que los pacientes con DCL-EP presentaron un déficit en el procesamiento léxico-semántico, la sintaxis y la fluidez [32,45]. Estos resultados son congruentes con otras revisio-

**Tabla V.** Resultados de la evaluación de la calidad de los estudios y los artículos.

	Calidad de los estudios																		Calidad de los artículos (JCR)			
	1	2a	3a	3b	3c	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6a	6b	6c	7	8a	8b	Total	Índice	Valor	Cuartil	Citas
Ahmed et al [44]	0,5	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0,5	1	1	1	1	1	0,5	Alta	Sí	10,23	Q1	73
Alegret et al [41]	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	–	1	1	1	1	0,5	1	Alta	Sí	3,52	Q2	8
Clark et al [42]	1	1	0,5	0	0	1	1	1	1	1	–	0	1	1	1	1	0,5	Media	Sí	3,30	Q1	18
Drummond et al [35]	1	1	1	0,5	1	0	1	1	1	0,5	–	1	1	0,5	1	1	0,5	Alta	Sí	4,35	Q1	35
Facal et al [31]	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	–	0	0,5	0,5	1	0,5	0	Media	Sí	1,39	Q4	2
Galtier et al [45]	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0,5	1	Alta	Sí	3,96	Q1	7
Guidi et al [32]	1	1	1	0,5	0	1	1	1	0,5	0	–	0,5	0,5	0,5	1	0	0	Media	No	–	–	5
Juncos-Rabadán et al [33]	0,5	1	1	1	1	0	1	0,5	1	0,5	–	1	1	0,5	1	0,5	0,5	Media	Sí	1,89	Q2	20
Lee y Kim [36]	0,5	1	1	1	0	0	1	1	1	0	–	0	0,5	1	1	0,5	0,5	Media	No	–	–	1
López-Higes et al [38]	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	–	1	1	0,5	1	0	0	Media	Sí	0,31	Q4	5
López-Higes et al [37]	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	–	0,5	1	1	1	1	0	Media	Sí	0,83	Q4	5
Manouilidou et al [39]	1	0,5	1	1	0	0	1	1	0,5	0	–	0	1	1	1	0	1	Media	Sí	0,89	Q2	5
Mueller et al [43]	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	–	1	1	1	1	1	1	Alta	Sí	3,73	Q2	17
Nikolaev et al [40]	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	–	0,5	0,5	1	1	0	0,5	Media	Sí	4,27	Q1	2
Won et al [26]	1	0,5	1	0	1	0	1	1	0,5	0	–	0	0,5	1	1	1	0	Media	No	–	–	1
Tsantali et al [34]	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	–	0,5	0,5	0,5	1	0,5	0,5	Media	Sí	1,53	Q3	26

JCR: Journal Citation Report.

nes previas [8,9], que exponen que el perfil inicial de deterioro cognitivo de los pacientes con DCL-EP es frontosubcortical. Además, Belleville et al [48] analizaron neuropsicológicamente la evolución de DCL a EA. Concluyeron que tanto las tareas de denominación como las de memoria y fluidez semántica permiten predecir el declive cognitivo futuro, pero dado que los estudios analizados no han incluido a pacientes con DCL en demencia vascular o en demencia con cuerpos de Lewy, ha sido imposible analizar las diferencias o similitudes en las características lingüísticas en estos tipos de DCL.

Sin embargo, se considera que estos resultados podrían no ser concluyentes por diversas razones. En primer lugar, no siempre aparecen deterioradas estas áreas del lenguaje en todos los pacientes con DCL [35].

En segundo lugar, los pacientes con DCL muestran de forma adicional otros dominios deteriorados, como las funciones ejecutivas o la memoria, que influyen en la comprensión y expresión del lenguaje [4].

En tercer lugar, los estudios revisados tienen un tamaño muestral pequeño (véase [33,34] para una excepción) y características heterogéneas, lo que dificulta la extracción de conclusiones y la realización de análisis más exhaustivos (por ejemplo, un meta-análisis). No obstante, un elemento a favor de los estudios seleccionados es la proporción de participantes del grupo control y del grupo con DCL, que es muy similar. Sin embargo, estos participantes difieren en función de otros aspectos relevantes, como la edad (véase [43] para una excepción) y el sexo.

En último lugar, también hay variabilidad entre estudios en función del tipo de instrumentos y me-

didados utilizados para evaluar el lenguaje y el idioma en el que se han validado, lo cual puede determinar los resultados [4].

Por todo ello, podemos concluir que los estudios revisados ponen de manifiesto que los pacientes con DCL presentan dificultades importantes en áreas esenciales del lenguaje. No obstante, el hecho de que algunos de los resultados expuestos no puedan ser concluyentes pone claramente de manifiesto la importancia de seguir profundizando en esta línea. Así, consideramos necesario realizar estudios con tamaños muestrales más amplios y longitudinales para realizar un seguimiento en la evolución de los pacientes, ya que permitirían extraer información muy rica y complementaria a la que disponemos en la actualidad.

No obstante, como todos los trabajos de investigación, éste también presenta algunas limitaciones que se podrían abordar y superar en trabajos futuros. Por un lado, los descriptores utilizados en la búsqueda pueden haber limitado el tipo de artículos que se han revisado. Por otro lado, debido a la heterogeneidad de los estudios evaluados, ha resultado complicado integrar los resultados y extraer conclusiones generalizables, impidiendo realizar otros análisis cuantitativos más profundos. Finalmente, trabajos futuros también pueden investigar cómo las conclusiones vienen determinadas en función del subtipo de DCL. De un modo u otro, pensamos que este trabajo puede ser un primer acercamiento al estudio de las dificultades de lenguaje en pacientes con DCL y permite extraer conclusiones interesantes, al ilustrar que estos pacientes pueden presentar dificultades importantes en la denominación, la comprensión escrita y auditiva, la sintaxis y la fluidez. Además, un diagnóstico precoz puede servir para proporcionar una intervención temprana al paciente, permitiendo ralentizar el proceso.

#### Bibliografía

- Montenegro M, Montejo P, Llanero M, Reinoso AI. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 2012; 32: 47-56.
- Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis)* 2016; 22: 404-18.
- Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J, Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2002; 17: 17-32.
- Johnson M, Lin F. Communication difficulty and relevant interventions in mild cognitive impairment: implications for neuroplasticity. *Top Geriatr Rehabil* 2014; 30: 18-34.
- Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56: 303-8.
- Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol* 2009; 66: 1447-55.
- Migliacci ML, Scharovsky D, Gonorazky SE. Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Rev Neurol* 2009; 48: 237-41.
- Jones S, Laukka EJ, Backman L. Differential verbal fluency deficits in the preclinical stages of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cortex* 2006; 42: 347-55.
- Tierney MC, Black SE, Szalai JP, Snow WG, Fisher RH, Nadon G, et al. Recognition memory and verbal fluency differentiate probable Alzheimer disease from subcortical ischemic vascular dementia. *Arch Neurol* 2001; 58: 1654-9.
- Nordlund A, Rolstad S, Klang O, Lind K, Hansen S, Wallin A. Cognitive profiles of mild cognitive impairment with and without vascular disease. *Neuropsychology* 2007; 21: 706-12.
- Loewenstein DA, Acevedo A, Agron J, Issacson R, Strauman S, Crocco E, et al. Cognitive profiles in Alzheimer's disease and in mild cognitive impairment of different etiologies. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 21: 309-15.
- Luis CA, Barker WW, Loewenstein DA, Crum TA, Rogaeva E, Kawarai T, et al. Conversion to dementia among two groups with cognitive impairment. A preliminary report. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 18: 307-13.
- De Mendonça A, Ribeiro F, Guerreiro M, Garcia C. Frontotemporal mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis* 2004; 6: 1-9.
- Molano J, Boeve B, Ferman T, Smith G, Parisi J, Dickson D, et al. Mild cognitive impairment associated with limbic and neocortical Lewy body disease: a clinic pathological study. *Brain* 2010; 133: 540-56.
- Doubleday EK, Snowden JS, Varma AR, Neary D. Qualitative performance characteristics differentiate dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 602-7.
- Ciafone J, Little B, Thomas AJ, Gallagher P. The neuropsychological profile of mild cognitive impairment in Lewy body dementias. *J Int Neuropsychol Soc* 2020; 26: 210-25.
- Massoud F, Chertkow H, Whitehead V, Overbury O, Bergman H. Word-reading thresholds in Alzheimer disease and mild memory loss: a pilot study. *Alzheimer Dis Assoc Dis* 2002; 16: 31-9.
- Taler V, Jarema G. On-line lexical processing in AD and MCI: an early measure of cognitive impairment? *J Neurolinguist* 2006; 19: 38-55.
- Taler V, Phillips NA. Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a comparative review. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008; 30: 501-56.
- Juncos-Rabadán O, Pereiro AX, Facal D, Rodríguez N. Una revisión de la investigación sobre lenguaje en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 2010; 30: 73-83.
- Bocanegra Y, Trujillo-Orrego N, Pineda D. Demencia y deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson: una revisión. *Rev Neurol* 2014; 59: 555-69.
- Toribio-Díaz ME, Carod-Artal FJ. Subtipos de deterioro cognitivo leve en la enfermedad de Parkinson y factores predictores de conversión a demencia. *Rev Neurol* 2015; 14: 24-30.
- Massa F, Arnaldi D, De Cesari F, Girtler N, Brugnolo A, Grazzini M, et al. Neuroimaging findings and clinical trajectories of Lewy body disease in patients with MCI. *Neurobiol Aging* 2018; 76: 9-17.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009; 6: e1000097.
- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock ST, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med* 2007; 147: 573-7.
- Won SR, Yoon JH, Na DL. Characteristics of confrontation naming ability according to word frequency in patients with

- amnesic mild cognitive impairment: a preliminary study. *Communication Sciences & Disorders* 2017; 22: 177-89.
27. Goodglass H, Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia: Lea & Febiger; 1972.
  28. Laiacona M, Barbarotto R, Trivelli C, Capitani E. Dissociazioni semantiche intercategoriale: Descrizione di una batteria standardizzata e dati normativi. *Arch Psicol Neurol Psichiatr* 1993; 54: 209-48.
  29. Kwak YT, Cho DS. Usefulness of Seoul Verbal Learning Test in differential diagnosis of Alzheimer's disease and subcortical vascular dementia. *Journal of the Korean Neurological Association* 2004; 22: 22-8.
  30. Jang HS, Lee JH, Lim DH, Lee KW, Jeon AR, Jung EJ. Development of Korean standard sentence lists for sentence recognition test. *Audiology* 2008; 4: 161-77.
  31. Facal D, Juncos-Rabadán O, Guardia-Olmos J. Temporal changes in semantic and lexical access related to mild cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res* 2016; 28: 497-504.
  32. Guidi M, Paciaroni L, Paolini S, Scarpino O, Burn DJ. Semantic profiles in mild cognitive impairment associated with Alzheimer's and Parkinson's diseases. *Funct Neurol* 2015; 30: 113-8.
  33. Juncos-Rabadán O, Facal D, Lojo-Seoane C, Pereiro AX. Does tip-of-the-tongue for proper names discriminate amnesic mild cognitive impairment? *Int Psychogeriatr* 2013; 25: 627-34.
  34. Tsantali E, Economidis D, Tsolaki M. Could language deficits really differentiate mild cognitive impairment (MCI) from mild Alzheimer's disease? *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 57: 263-70.
  35. Drummond C, Coutinho G, Fonseca RP, Assunção N, Teldeschi A, De Oliveira-Souza R, et al. Deficits in narrative discourse elicited by visual stimuli are already present in patients with mild cognitive impairment. *Front Aging Neurosci* 2015; 7: 1-11.
  36. Lee SJ, Kim H. Effect of keyword position on sentence recognition under background noise in mild cognitive impairment. *Communication Sciences & Disorders* 2016; 21: 515-23.
  37. López-Higes R, Prados JM, Del Río D, Galindo-Fuentes M, Reinoso AI, Lozano-Ibáñez M. Fluidez verbal semántica de animales en el deterioro cognitivo leve de tipo amnésico. *Rev Neurol* 2014; 58: 493-9.
  38. López-Higes R, Prados JM, Montejo P, Montenegro M, Lozano M. Is there a grammatical comprehension deficit in multi domain mild cognitive impairment? *Universitas Psychologica* 2014; 13: 1569-79.
  39. Manouilidou C, Dolenc B, Marvin T, Pirtosek Z. Processing complex pseudo-words in mild cognitive impairment: the interaction of preserved morphological rule knowledge with compromised cognitive ability. *Clin Linguist Phon* 2016; 30: 49-67.
  40. Nikolaev A, Ashaie S, Hallikainen M, Hänninen T, Higby E, Hyun J, et al. Effects of morphological family on word recognition in normal aging, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease. *Cortex* 2019; 116: 91-103.
  41. Alegret M, Peretó M, Pérez A, Valero S, Espinosa A, Ortega G, et al. The role of verb fluency in the detection of early cognitive impairment in Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2018; 62: 611-9.
  42. Clark DG, Wadley VG, Kapur P, DeRamus TP, Singletary B, Nicholas AP, et al. Lexical factors and cerebral regions influencing verbal fluency performance in MCI. *Neuropsychologia* 2014; 54: 98-111.
  43. Mueller KD, Koscik RL, Turkstra LS, Riedeman SK, LaRue A, Clark LR, et al. Connected language in late middle-aged adults at risk for Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2016; 54: 1539-50.
  44. Ahmed S, Haigh AMF, De Jager CA, Garrard P. Connected speech as a marker of disease progression in autopsy-proven Alzheimer's disease. *Brain* 2013; 136: 3727-37.
  45. Galtier I, Nieto A, Lorenzo JN, Barroso J. *J Neurol* 2019; 266: 745-54.
  46. Mueller KD, Hermann B, Mecollari J, Turkstra LS. Connected speech and language in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a review of picture description tasks. *J Clin Exp Neuropsychol* 2018; 40: 917-39.
  47. Morris RG. Working memory in Alzheimer-type dementia. *Neuropsychology* 1994; 8: 544-54.
  48. Belleville S, Fouquet C, Hudon C, Zomahoun HTV, Croteau J. Neuropsychological measures that predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's type dementia in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2017; 27: 328-53.
  49. Kaplan EF, Goodglass H, Weintraub S. The Boston Naming Test. Philadelphia: Lea & Febiger; 1978.
  50. Kim HH, Na DL. Korean-Boston Naming Test (K-BNT). Seoul: Hakjisa; 1997.
  51. Na DL, Yoon JH. Difficult Naming Test (DNT) [in press].

## Linguistic impairments in patients with mild cognitive impairment: a systematic review

**Introduction.** The neuropsychological profile of patients with mild cognitive impairment (MCI) has been the target of several investigations. However, few works have been published about the language profile in these patients.

**Aim.** To analyse and integrate the published scientific literature about this topic after the systematic review carried out by Johnson and Lin in 2014.

**Subjects and methods.** A systematic review was carried out in which three databases (Web of Science, PubMed and PsycInfo) were consulted. Seventeen studies have been analysed, with adult participants diagnosed with MCI, that included at least one control group, and studies that evaluated language parameters. A self-made registration protocol has been applied to encode the characteristics and results of the studies; and the quality of the studies and articles has been evaluated through a self-elaboration scale based on previously validated instruments.

**Results.** Patients with MCI can present deficits in naming, speech production, oral comprehension, and written comprehension.

**Conclusions.** It is important to evaluate language in patients with MCI, although this exploration does not allow establishing a diagnosis on by itself. However, the pathology variability associated with the diagnosis, the age, the language, and the educational level of the participants, as well as the sample size, and the instruments and measures used to evaluate the language in the studies reviewed, make impossible to obtain a conclusive statement, so further research about this topic is needed.

**Key words.** Cognitive impairment. Language. Language difficulties. Mild cognitive impairment. Neuropsychological profile. Systematic review.