



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Grado de Logopedia

ALZHEIMER, MEMORIA Y LENGUAJE
DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:
ESTUDIO DE CASO

Silvia Palenzuela Abellón

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Tutora. Sonia Olivares Moral

Junio de 2018

Resumen

La Enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente en la tercera edad, ocasionando entre otras alteraciones, pérdidas de memoria y problemas del lenguaje. Esta patología tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida de los pacientes, limitando gravemente su autonomía en las actividades de la vida diaria. En el presente trabajo se analiza el efecto de un programa de intervención, diseñado específicamente para este estudio, que persigue mantener y potenciar la memoria a corto plazo y frenar el deterioro del lenguaje en una paciente de 63 años diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer en fase leve demostrando los beneficios de la modalidad individual de intervención. Los resultados muestran, por una parte, que la memoria a corto plazo ha permanecido estable, concretamente, la inmediata y la de trabajo han persistido y la semántica se ha fortalecido. Por otra parte, el deterioro del lenguaje se ha conseguido frenar y potenciar en determinadas áreas, específicamente, la afasia nominal y las parafasias han disminuido; la afasia sensorial transcortical ha decaído y los trastornos de la lectoescritura se han mantenido estables. Se plantea la necesidad de aumentar el número de sesiones para mejorar el programa y perfeccionar todo su diseño.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, memoria, lenguaje, programa de intervención, estudio de caso.

Abstract

Alzheimer is the most common dementia disease in the old people, making among others problems, memory lost and language issues. This pathology has a negative impact in the patients quality life, causing that they can't do the common activities by their own. In this document is analyzed the effect of an intervention program, design for these research, that aim to maintain and enhance the short memory and delay the language issues in a 63 old woman diagnosed with Alzheimer in the first stage, manifesting the benefits of treat each patient individually. The results show that short memory has been stable, like the immediate and the work memory, and the semantics memory has been strengthened. In the other hand, the wastage of the language has been stopped and enhance in some areas because nominal aphasia and paraphasias have been reduce, transcortical sensory aphasia has been decrease while the reading and writing disorders have been maintained. It is proposed the need for increase the sessions number to improve the treatment and upgrade its design.

Key words: Alzheimer disease, memory, language, intervention program, single case design.

ÍNDICE GENERAL

Resumen/Palabras clave	2
Abstract/Key words	2
1. Introducción	5
2. Fundamentación teórica	6
2. 1. La Enfermedad de Alzheimer.....	6
2. 2. Memoria y EA	9
2. 3. Lenguaje en EA	12
3. Justificación	14
4. Objetivos	17
5. Descripción de la paciente	17
6. Metodología	18
7. Materiales	20
8. Programa de intervención	22
9. Evaluación	24
9. 1. Evaluación inicial	25
9. 2. Evaluación procesual.....	25
9. 3. Evaluación final.....	26
10. Resultados y discusión	26
10. 1. Resultados.....	26
10. 2. Discusión	29
11. Conclusiones	36
11. 1. Futuras líneas de investigación.....	36
12. Referencias bibliográficas	37
13. Anexos	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Signos de alarma que indican EA según la Alzheimer's Association (2009)	7
Tabla 2. Programas de intervención grupal dentro del Servicio de E. C.	18
Tabla 3. Programas de intervención individual dentro del Servicio de E. C.	18
Tabla 4. Propuesta de actividades de intervención en memoria	23
Tabla 5. Propuesta de actividades de intervención en lenguaje	24
Tabla 6. Resultados Mini-examen cognoscitivo (MEC).....	27
Tabla 7. Resultados del formato abreviado del Test de Boston	27
Tabla 8. Resultados prueba final	29
Tabla 9. Resultado comparativa de actividades.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura de la memoria. Modelo Multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968).....	10
---	----

1. Introducción

A lo largo de los últimos años, la proporción de personas mayores en relación a la población general ha aumentado de forma considerable. Según los datos facilitados por el Padrón Continuo (INE), el 1 de enero de 2017, el número de personas iguales y mayores a 65 años ascendió a un total de 8.764.204, lo que supone un 18,8% de la población total. Asimismo, en el año 2066 se prevé que esta proporción se amplie hasta el 34,6%, es decir, más 14 millones de personas tendrán una edad igual o superior a 65 años (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018).

Igualmente, se considera envejecimiento típico o natural a aquel que se produce en ausencia de enfermedad física o mental evidente y provoca un declive en las funciones sensoriales y psicológicas (Ballesteros, 2005 citado en Romagnoli, 2012). Este fenómeno se conoce como Deterioro Cognitivo Ligero Asociado a la Edad (DCLAE) y no resulta incapacitante. Por el contrario, cuando los déficits físicos y psíquicos son mayores y además, dificultan la realización de las actividades cotidianas, nos encontramos ante un envejecimiento patológico (INE, 2013).

Este envejecimiento patológico, plantea a su vez una serie de necesidades a nivel sanitario, psicológico y social, las cuales sumadas al incremento de la dependencia derivada de patologías como la Enfermedad de Alzheimer (EA), generan grandes repercusiones tanto en la propia persona como en su medio familiar y social. Por esta razón, es necesario tener presente la importancia de la detección e intervención temprana del deterioro cognitivo y del lenguaje, con la finalidad de optimizar el proceso de envejecimiento y facilitar que todas las personas afectadas puedan iniciar lo antes posible un tratamiento que persiga su calidad de vida (Puyuelo y Bruna, 2006 citado en Florentino, 2016).

En relación a lo anterior, diversos estudios han concluido que existen funciones que van disminuyendo de forma progresiva a lo largo de toda la vida adulta, como son la memoria y el lenguaje. Sin embargo, otras se mantienen más o menos estables hasta etapas finales o sufren cambios poco sustanciales, como por ejemplo la creatividad (Junqué y Jurado, 2009).

En la EA todas estas pérdidas de memoria y dificultades en el lenguaje son mucho más acusadas en relación al envejecimiento natural, manifestándose en forma de olvidos de acontecimientos pasados y recientes y dificultades de acceso al léxico (lo que se conoce como anomia). Estas alteraciones, que reducen de forma significativa la autonomía funcional del individuo, unidas a la desorientación y a los cambios conductuales propios de esta patología, hacen que este tipo de demencia tan común entre la población, sea objeto primordial de estudio y atención de la Logopedia. Así pues, el logopeda será el profesional

idóneo para atender dichas alteraciones en cualquier momento de la vida de la persona con EA (Bravo, 2013). De esta manera, la función del logopeda consistirá en ralentizar el proceso de deterioro de cada una de las capacidades afectadas; concretamente, se mantendrán las funciones dañadas y se potenciarán todas aquellas que el paciente aún tiene preservadas, con el fin de mantener el mayor nivel de capacidad cognitiva y de autonomía por parte del paciente (Montoro, Montes y Arnedo, 2012).

Por tanto, la intervención logopédica resulta imprescindible para tratar de mantener la calidad de vida del paciente y supone una de las mejores armas de las que se dispone para combatir el avance y la incidencia de esta patología (Bravo, 2013). Para todo ello, se creará un programa de intervención basado en las necesidades y características del paciente y que tratará de incidir de forma global en la enfermedad pero haciendo especial hincapié en todas aquellas áreas más afectadas como son la memoria y el lenguaje. Además, este programa contará con unos objetivos bien definidos y partirá de una hipótesis de trabajo que servirá de guía durante todo el desarrollo del programa.

2. Fundamentación teórica

2. 1. La Enfermedad de Alzheimer

La demencia se define como un síndrome de naturaleza crónica caracterizado por un deterioro de la función cognitiva que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje y el juicio, todo ello en ausencia de alteración de la conciencia. Este deterioro cognitivo además, suele ir acompañado y, en ciertas ocasiones precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social y la motivación (OMS, 2017).

Actualmente, existen numerosos tipos de demencia en función de su etiología, los cuales son: demencia debido a la Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia con cuerpos Lewy, demencia debida a la Enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal, demencia debida a lesión cerebral traumática, demencia debida a infección de VIH, demencia inducida por sustancias/medicamentos, demencia debida a la Enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad por priones, demencia debida a otra afección médica, demencia por múltiples etiologías y demencia no especificada (DSM-5, 2014).

De todos ellos, la demencia más común en nuestro ámbito es la Enfermedad de Alzheimer (EA), definida como una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de origen idiopático que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos (DSM-IV-TR, 1994). La EA fue descrita por primera vez por el psiquiatra y neurólogo alemán Alois Alzheimer en el año 1907 tras el seguimiento clínico de un paciente de 51 años que

presentaba un cuadro clínico caracterizado por pérdidas de memoria, dificultades en el habla, desorientación y alteraciones conductuales (Weiner y Lipton, 2010).

El primer síntoma que indica EA es la pérdida progresiva de memoria. Tras estos trastornos iniciales o simultáneamente a ellos, aparecen errores en otras capacidades como el lenguaje, el razonamiento y la orientación (Peña-Casanova, 1999 citado en González, 2017).

La Alzheimer's Association de Estados Unidos (2009) ha creado una lista con diez signos de alarma que pueden ser indicativos de una demencia de este tipo:

Tabla 1. Signos de alarma que indican EA según la Alzheimer's Association (2009).

Pérdidas de memoria que dificultan la vida cotidiana	Problemas del lenguaje oral y escrito
Dificultad para planificar o resolver problemas	Pérdida de objeto o ubicación incorrecta
Dificultad para desempeñar tareas habituales	Disminución o falta de juicio
Desorientación espaciotemporal	Pérdida de iniciativa
Problemas de pensamiento abstracto	Cambios en el humor y la personalidad

Este trastorno, que se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta, se caracteriza a nivel neuropatológico por atrofia cortical, placas neuríticas y ovillos neurofibrilares (DSM-5, 2014). No obstante, aún no es posible realizar el diagnóstico de la EA y otras demencias en su estado preclínico debido a que las bases biogenéticas no tienen la suficiente fortaleza como para asegurar con certeza el diagnóstico e iniciar una actividad preventiva (Tárraga, Boada, Morera, Domènech y Llorente, 1999).

La EA destaca no solo por su origen desconocido y por el gran impacto que genera sobre la persona, sino también por su rápida evolución. A día de hoy, se sabe que la supervivencia media del paciente tras el diagnóstico es de aproximadamente 10 años y que cuanto más joven es diagnosticada la persona, más rápido evoluciona su enfermedad (DSM-5, 2014). En aquellos casos cuyo inicio se da antes de los 65-70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar y suelen predominar los síntomas propios de lesiones en los lóbulos temporal y parietal, como afasia o dispraxia. Por el contrario, en los casos donde el inicio es más tardío predomina el deterioro global de las funciones corticales superiores (DSM-IV, 1994).

Según Tarazaga (2014), el proceso de la EA puede dividirse en tres fases:

1. *Primera fase.* Duración de 1 a 3 años. El paciente muestra dificultad para retener nuevos aprendizajes, frecuentes olvidos, desorientaciones espaciotemporales, dificultades en el cálculo y disminución de iniciativa. Además, en esta fase

comienza la anomia, los cambios de humor, las expresiones por parte del paciente de apatía, tristeza e irritabilidad y las dificultades para mantener las relaciones sociales. A todo ello se suma un agravante muy importante y es la ausencia de enfermedad, es decir, aún no son conscientes de su problema.

2. *Segunda fase.* Duración de 2 a 10 años. El paciente presenta un trastorno amnésico grave acompañado de importantes afectaciones de la memoria reciente y a largo plazo. El lenguaje se vuelve afásico y se acompaña de dificultades agnósicas y apráxicas. En esta segunda fase, la indiferencia y apatía por parte del paciente aumenta y todas las funciones ejecutivas se afectan de forma significativa.
3. *Tercera fase.* Duración de 8 a 12 años. Todas las funciones cognitivas están muy deterioradas y suelen convertirse en pacientes incontinentes, sin lenguaje y con una gran rigidez muscular.

Finalmente, destacar que su prevalencia varía en función de la edad, el género, el subtipo etiológico y la presencia de factores de riesgo como traumatismos craneoencefálicos (TCE), enfermedades vasculares y mutaciones genéticas (DSM-5, 2014). Las estimaciones realizadas sugieren que el 7% de las personas con EA están situadas entre los 65 y los 74 años, el 53% están comprendidas entre los 75 y los 84 años y el 40% poseen 85 años o más (DSM-5, 2014). Por otra parte, esta patología se asocia en mayor medida con el género femenino. En España, la EA afecta a más de 5750 mujeres frente a los 2140 hombres que la padecen y constituye la cuarta causa de muerte más frecuente en nuestro país (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018).

Diagnóstico diferencial entre demencia y deterioro cognitivo.

A pesar de que su diferenciación no entre a formar parte de la EA como tal, es muy común confundir estos términos y por ello, para realizar una correcta práctica clínica, es importante conocer las disparidades entre ambos conceptos.

La pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas es un proceso normal asociado a la edad, no obstante, puede estar indicando una evolución hacia la demencia. Este paso previo a la demencia es lo que se conoce como deterioro cognitivo leve (DCL) y cuando dicho deterioro avanza, aparece la demencia considerada como un declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de funcionamiento del paciente (Junqué y Jurado, 2009).

Diagnóstico diferencial entre EA y demencia frontotemporal.

La principal diferencia entre EA y demencia frontotemporal es el hecho de que los pacientes con demencia frontotemporal retienen características importantes de la memoria,

pueden realizar un seguimiento de los acontecimientos que suceden en su vida cotidiana y muestran una orientación espaciotemporal buena, a diferencia de lo observado anteriormente en los pacientes con EA (Webb y Adler, 2010).

Diagnóstico diferencial entre EA y afasia progresiva primaria.

La afasia progresiva primaria se define como un síndrome que produce una alteración del lenguaje pero con preservación de otras funciones mentales y de la capacidad para realizar actividades cotidianas durante un periodo de 2 años. Esta patología se caracteriza por la presencia de anomia, alteraciones en la comprensión auditiva, tartamudeo, deterioro de la memoria verbal y dislexia y disortografía. Por el contrario, en la EA sí se comprometen otras funciones mentales y su capacidad para realizar actividades cotidianas disminuye de forma progresiva con el tiempo (Gorno-Tempini et al., 2004).

2. 2. Memoria y EA

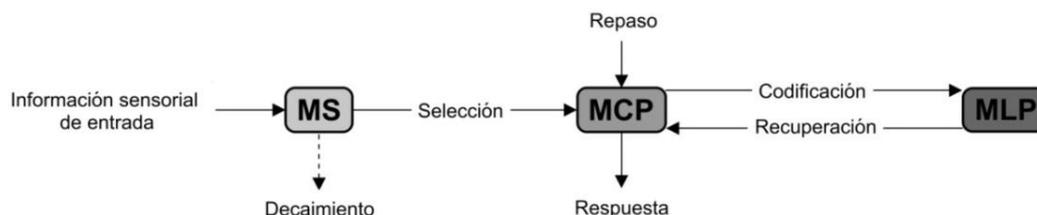
Considerada una de las funciones más importantes para la vida del ser humano, la memoria se define como un conjunto de procesos, sistemas y subsistemas interrelacionados entre sí que permiten codificar, almacenar y recuperar información (Ruiz, 2002 citado en García, 2014). La memoria refleja nuestras experiencias pasadas, nos permite adaptarnos en cada momento a las situaciones presentes y nos guía hacia el futuro (Sohlberg y Mateer, 1989 citado en Ostrosky-Solís y Gutiérrez, 2003).

Para conocer de manera íntegra la memoria, es necesario estudiar su estructura y su funcionamiento desde una perspectiva que abarque tanto la vertiente física como la vertiente psicológica. Así pues, en primer lugar, destacaremos brevemente todas aquellas estructuras cerebrales implicadas en esta función cognitiva, como son: el lóbulo frontal, que almacena recuerdos semánticos y episódicos; el lóbulo prefrontal, que almacena recuerdos a corto plazo; el lóbulo temporal, encargado de la creación y almacenamiento de recuerdos semánticos y episódicos a largo plazo y procesa material a corto plazo; la corteza motora, implicada en los recuerdos procedimentales; el hipocampo, cuya tarea consiste en formar nuevos recuerdos semánticos y episódicos a largo plazo; la amígdala, encargada de la formación de nuevos recuerdos emocionales; y el cerebelo, que almacena los recuerdos procedimentales creados en la corteza motora (Bonet, 2008 citado en García, 2014).

Tras familiarizarnos con todas las estructuras cerebrales implicadas en la memoria, a continuación veremos su organización desde una perspectiva más abstracta pero necesaria para conocer cuáles son los componentes de la memoria que sufren alteraciones a lo largo del desarrollo de la EA y, a partir de ahí, establecer los objetivos de nuestra intervención. La estructura de la memoria fue propuesta por primera vez en el año 1968 por los autores estadounidenses Richard Atkinson y Richard Shiffrin en su teoría del "Modelo Multialmacén".

Este modelo propone que el procesamiento de la información ocurre de forma secuencial a lo largo de tres estructuras o tipos de memoria: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo (García, 2014).

Figura 1. Estructura de la memoria. Modelo Multialmacén de Atkinson y Shiffrin (1968). Elaboración propia.



En primera posición, la Memoria Sensorial (MS) se define como una estructura que permite el mantenimiento de cierta información, casi sin interpretar, por muy breve tiempo (Gómez, 2008). La MS es considerada como un almacén de gran capacidad pero a su vez de fácil decaimiento, puesto que se trata de un tipo de memoria muy similar a la percepción, es decir, es la primera estación a la que llega la información del exterior a través de los cinco sentidos y su función consiste en retener esas primeras sensaciones captadas hasta que la persona realice una interpretación de las mismas. En el caso de que no ejecute esta tarea de interpretación, la información retenida temporalmente se perderá (Arnés, 2010).

En segunda posición, la Memoria a Corto Plazo (MCP) se conoce como una estructura cuyo fin es almacenar, comparar, contrastar y relacionar durante un corto periodo de tiempo la información obtenida de la MS (Etchepareborda y Abad-Mas, 2005). La MCP se activa cuando la información recluida en el almacén sensorial y que procede a desaparecer, sufre un momento de inflexión en el que se decide si ese contenido nos interesa y, por tanto, pasa a la memoria a largo plazo o definitivamente abandona la estructura (Gómez, 2008).

Por último, la Memoria a Largo Plazo (MLP) hace referencia a una estructura que permite almacenar información por periodos de tiempo variables que van desde minutos a décadas. Esta MLP tiene posibilidades ilimitadas y de forma general, codifica la información por su significado más que por características lingüísticas (Guillund, 1984; Shiffrin y Atkinson, 1969 citado en Ostrosky-Solís y Lozano, 2003). A su vez, la MLP se puede dividir en tres tipos: Memoria Semántica, que hace referencia a nuestro conocimiento del mundo; Memoria Episódica, que es más autobiográfica e incluye el recuerdo de información relativamente reciente; y Memoria de Procedimiento, encargada de almacenar el aprendizaje de habilidades específicas (Ostrosky-Solís y Lozano, 2003).

En relación a la EA, de los tres tipos de memoria mencionados anteriormente, la MCP es la primera en limitarse y la que más deterioro sufre a lo largo del desarrollo de la enfermedad. Por dicha razón, haremos un especial hincapié en su funcionamiento y en su

estructura para así sentar correctamente las bases de la que será uno de los objetivos de nuestra intervención.

Actualmente, se conoce que el funcionamiento de la MCP no depende de un sistema único, sino de un conjunto de sistemas. La explicación más aceptada y completa a su mecanismo es la propuesta por los psicólogos británicos Alan Baddeley y Graham Hitch en el año 1974 conocida como “Modelo de Memoria de Trabajo” (Ostrosky-Solís y Lozano, 2003). Este modelo afirma que la Memoria de Trabajo está formada por tres componentes: ciclo fonológico, boceto visoespacial y ejecutivo central. Los dos primeros se dedican a procesar y manipular cantidades limitadas de información dentro de modalidades muy específicas; en concreto, el ciclo fonológico almacena información según sus características fonológicas y el boceto visoespacial mantiene las propiedades espaciales y visuales. En cambio, el ejecutivo central está especializado en la asignación de la atención, la coordinación de todo el flujo de información a través de la Memoria de Trabajo, la recuperación de información de la MLP, la aplicación de estrategias de recuperación de información, el razonamiento lógico y todos los cálculos aritméticos mentales (Baddeley, 2000 citado en Ostrosky-Solís y Lozano, 2003).

En consecuencia, la afectación de estos tres componentes genera una de las características más destacadas de la EA y que mayores impedimentos produce, como es la amnesia y que se define como la pérdida parcial o total de la memoria que produce una inhabilidad para recuperar información. Este trastorno de la memoria puede llegar a ser tan severo que no sólo se pierde la posibilidad de recuperar información, sino que se pierde toda noción de haber estado expuesto a ella (Ostrosky-Solís, 1998).

Clínicamente, la amnesia se puede dividir en cuatro tipos principales: amnesia anterógrada, que consiste en la incapacidad para retener nueva información; amnesia retrógrada, que es la imposibilidad de evocar una información previamente aprendida; amnesia específica, que se relaciona con la naturaleza de la información que ha de recordarse y, por último, amnesia inespecífica, que se presenta para todo tipo de material y se manifiesta de cualquier modo. Este último tipo, se puede dividir a su vez en dos grupos en función de si se presenta o no con confabulación. La confabulación es la aparición de falsas huellas de memoria causadas porque la persona es incapaz de hacer una evocación selectiva de sus huellas de memoria (Ostrosky-Solís y Lozano, 2003).

Es necesario especificar esto porque, de forma general, las personas que padecen EA tienen amnesia anterógrada, amnesia retrógrada y amnesia inespecífica con confabulación (Ostrosky-Solís y Lozano, 2003). Por ello, el programa de intervención que expondremos se

centrará en la intervención de estos tres tipos de amnesia con la finalidad de reducir el impacto que produce en la vida diaria de la persona.

En definitiva, la transferencia de MS a MCP requiere de atención y la transferencia de MCP a MLP requiere de repetición y organización. Si todos estos procesos interrelacionados entre sí fallan por la presencia de una patología como la EA, la memoria no cumplirá con su función (Ostrosky-Solís y Lozano, 2003), lo que creará alteraciones no sólo en sus propias funciones, sino también en otros procesos cognitivos que requieren de su correcto funcionamiento para ejecutarse, como es el lenguaje y cuyas alteraciones, también causan grandes limitaciones funcionales (Pérez, 2012).

2. 3. Lenguaje en EA

En la descripción clínica que emitió Alois Alzheimer sobre la EA en el año 1907, ya destacó la presencia de notables dificultades en el lenguaje, incluyendo parafasias, pausas al hablar, disgrafía, dislexia y deterioro de la comprensión. Desde esta descripción clínica, hasta la era presente, los trastornos del lenguaje que muestra una persona con EA han sido enunciados bajo el nombre de afasia, más concretamente, afasia nominal (Gil i Saladié, 1988).

La afasia nominal, o también conocida como afasia anómica, se define como una dificultad para hallar la palabra adecuada para nombrar un determinado objeto o cosa. Esta alteración lingüística se manifiesta desde el principio de la enfermedad y posteriormente a todas las alteraciones que se producen en la memoria (Jacobs et al., 1995 y Laine, Vourinen y Rinne, 1997 citados en Domínguez y Fernández-Abascal, 2004). Lo que sucede es que los sujetos no recuerdan cada una de las palabras exactas que deben de decir en cada situación y por tanto, emiten circunloquios, es decir, “dan rodeos” para hablar de algún tema y encontrar la palabra correcta.

Un fenómeno muy común que se produce en la EA y que está íntimamente ligado a la anomia, son las parafasias fonémicas y verbales. Las primeras, suponen la utilización de fonemas que no corresponden a la sílaba o palabra que se desea emitir y de ello, resulta la producción de palabras deformadas. Las deformaciones pueden consistir en omisiones de fonemas, sustituciones e inversiones de unos fonemas por otros y cuando las sustituciones e inversiones deforman totalmente una palabra, el resultado es la creación de una palabra nueva pero ficticia y que no pertenece al idioma, en definitiva un neologismo. En cambio, las segundas, las parafasias verbales consisten en emplear una palabra en lugar de otra. Estas parafasias pueden ser de tres tipos: parafasia semántica (si entre la palabra que se ha emitido y la palabra buscada existe una relación conceptual), parafasia semántica por inducción fonética (si esta relación entre las palabras se ha establecido por proximidad de

componentes sonoros) y parafasias por perseveración verbal (ocasionada por fenómenos de perseveración de una palabra anterior). No obstante, a pesar de esta explicación, no es fácil descubrir el factor que produce las produce (Vendrell, 2001).

Con el progreso de la enfermedad, a los déficits anómicos se añade la dificultad creciente en la organización del discurso, la repetición y en la comprensión de material verbal complejo, lo que genera un cuadro similar al de la afasia sensorial transcortical (Domínguez y Fernández-Abascal, 2004). Este tipo de afasia, se caracteriza por grandes trastornos de la comprensión pero con una expresión verbal fluente, muchas veces en forma de jerga semántica, aunque la repetición suele mantenerse intacta. Aquellos que padecen afasia sensorial transcortical, pueden evolucionar hacia una mejoría, pero en el caso de la EA, continuará persistiendo la anomia (Vendrell, 2001).

En los últimos estadios, la expresión lingüística del afectado puede quedar limitada a meros fenómenos ecológicos (repetición de palabras) y palilálicos (repetición compulsiva de ciertos vocablos) o bien, evolucionar hasta una afasia global que incapacita al paciente para emitir o comprender lenguaje alguno (Domínguez y Fernández-Abascal, 2004).

A lo largo de toda la fundamentación teórica sobre el lenguaje en la EA, se ha hablado de las alteraciones que se producen en la modalidad oral, pero no debemos olvidar que esta patología también afecta a la modalidad escrita; por lo tanto, a continuación, describiremos qué trastornos de la lectoescritura se producen en la EA y por qué es importante tratarlos.

La lectura, aunque es una tarea lingüística que se conserva durante más tiempo que otras capacidades en la EA, no escapa al deterioro. Concretamente, la lectura en voz alta se mantiene inalterada hasta fases más avanzadas, a excepción del descenso en su velocidad y, en mucho menor grado, de la precisión para las palabras irregulares y de baja frecuencia léxica. Más tarde, se asociará un fracaso significativo en la comprensión del contenido leído. Finalmente, se llegará a producir una alexia. La alexia se define como una incapacidad parcial o total para la lectura unida a una lesión cerebral (Strain, Patterson, Graham y Hodges, 1998; Glosser, Grugan y Friedman, 1999 citado en Martínez, 2015).

Por otra parte, la escritura también se ve gravemente afectada y de forma mucho más temprana que la lectura. A nivel sintáctico, una persona que padece EA proporciona menos información en sus relatos (Forbes, Shanks y Venneri, 2004; Henderson, Buckwalter, Sobel, Freed y Diz, 1992 y Vourinen, Laine y Rinne, 2000 citado en citado en Martínez, 2015), repite los comentarios más a menudo e introduce datos irrelevantes. Además, sus narraciones son más cortas (Martínez, 2015), diversifica menos las palabras y emplea un vocabulario más reducido, menos preciso, con palabras de mayor frecuencia léxica y cuya adquisición se produce de forma temprana (Garrad, Maloney, Hodges y Patterson, 2005).

Según la clase gramatical, emplean menos verbos y palabras funcionales (Labarge, Smith, Dick y Storandt, 1992 citado en Martínez, 2015). Las oraciones son sintácticamente correctas pero más simples y no se observan cambios morfosintácticos. A nivel léxico y ortográfico, presentan disgrafía, definida como una alteración funcional que afecta a la calidad de la escritura en lo que se refiere al trazado o grafía (Catalina, 2017). Por último, a nivel alográfico y grafomotor, es frecuente encontrar escritos con palabras bien escritas junto a otras con letras malformadas o ilegibles (Graham, 2000 citado en Martínez, 2015) y alteraciones en la presión, la distribución espacial y el grosor del trazo (Croisile, 2005).

Tanto las alteraciones de la lectura como de la escritura son objeto de intervención en nuestro programa debido a que producen graves limitaciones funcionales en la vida diaria de la persona. Las alteraciones lectoras hacen que la persona carezca de lectura comprensiva o directamente, en fases más avanzadas, no pueda leer y las alteraciones escritas provocan restricciones comunicativas, generando también gran impacto psicológico en la persona.

De modo que, el programa de intervención incidirá en todos los aspectos citados, pero haciendo un especial hincapié en la afasia nominal, por ser la patología más limitante en la vida diaria de la persona. Aclarar, que al incidir en la denominación de objetos, lugares, personas... no solo se trabaja el concepto en sí mismo, sino también su significado. Por lo tanto, a pesar de que la MLP, en concreto, la Memoria Semántica no haya sido escogida como área de intervención en nuestro programa, también se ejercitará junto a los tres tipos de amnesia citados en el anterior epígrafe.

Como conclusión, y en base a toda la información recogida y analizada anteriormente, podemos afirmar que la memoria y el lenguaje son las dos funciones cognitivas que más se afectan a lo largo del desarrollo de la EA y que además, producen graves impedimentos en la vida diaria de la persona que las padece y en las dimensiones que conforman la misma (física, psíquica, afectiva y social). Por consiguiente, mi programa de intervención se centra en la rehabilitación, dentro de las posibilidades que ofrece la EA, de estas dos funciones.

3. Justificación

Antes de comenzar, precisar que en este apartado enumeraré de forma más detallada las razones que me han llevado a optar por esta temática para mi Trabajo de Fin de Grado, el motivo de haber escogido un estudio de caso y la importancia que posee la intervención individual, justificando finalmente en qué se diferencia mi programa en memoria y lenguaje de otros programas de intervención existentes.

Primeramente, en el epígrafe anterior ya se mencionó que, de todas las demencias que existen en la actualidad, la más frecuente de ellas es la Enfermedad de Alzheimer (EA). Esta patología, produce una reducción significativa de las capacidades cognitivas del

paciente, de tal forma que la persona pierde progresivamente su autonomía. De todas las capacidades que se ven alteradas por la presencia de esta enfermedad, el lenguaje y la memoria son las dos más afectadas y, por tanto, ambas requieren de especial atención por parte de todas las disciplinas que tratan la EA. Dentro de estas disciplinas, encontramos la Logopedia, rama de conocimiento especialmente dedicada al lenguaje y que también puede contribuir de forma significativa a la mejora de la memoria. Por una parte, el lenguaje se considera una función vital en la vida de cualquier persona, pues gracias a él expresamos nuestros sentimientos y emociones y establecemos relación con nuestro entorno. Por otra parte, la memoria también es considerada como una función primordial en nuestra vida, puesto que nos permite retener y recordar información de muy diversa índole para su uso posterior con diferentes funciones. Cuando ambos procesos se ven alterados por la presencia de una demencia como la EA, es importante que intervenga el profesional correspondiente, frenando en lo posible el deterioro y conservando todas aquellas áreas que la persona todavía tiene atesoradas, con el fin de evitar la desconexión total con su entorno y con su propia persona. Todas estas razones, unidas a mi gran interés por esta patología, me han llevado a escoger esta temática.

Seguidamente, la razón que me ha llevado a elegir un estudio de caso para el Trabajo de Fin de Grado ha sido mi estancia, durante tres meses, en la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Valladolid (AFaVa). Durante todo este tiempo, he realizado intervenciones grupales e individuales en pacientes con EA, permitiéndome no solo adquirir experiencia en mi campo profesional, sino también conocer cómo se desarrolla la enfermedad, que características tienen los pacientes que la padecen y comprobar, por mí misma, los beneficios y la importancia que tiene este tipo de terapia, especialmente, aquella ejecutada de manera individual.

La intervención individual es la forma más idónea de abordar los aspectos deficitarios, pues se centra específicamente en las necesidades y permite adaptar las tareas a un perfil concreto, garantizando así su efectividad. Además, ofrecer un control más preciso de toda la evolución de la enfermedad, potencia las capacidades preservadas sin centrarse solamente en los déficits, tiene en cuenta los intereses, preferencias y gustos del paciente de manera más concreta, previene trastornos conductuales y comportamentales, favorece la toma de decisiones por parte del paciente, brinda refuerzos a sus logros y esfuerzos más personales, propicia una mayor y mejor relación entre paciente y profesional, genera beneficios en otras funciones cognitivas afectadas y permite una correcta integración en su entorno familiar y social, dándole mayores posibilidades de éxito en tareas de intervención grupal.

A su vez, en el estudio *“El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer”* de Bernardino

Fernández-Calvo, Israel Contador, Adriana Serna, Virginia Menezes y Francisco Ramos (2010) que trata de comprobar si el formato de intervención individual o grupal, aplicado en un programa de tipo multimodal de estimulación cognitiva, influye en la evolución y las alteraciones de la conducta asociadas a pacientes con EA, menciona las ventajas que proporciona la intervención individual frente a la intervención grupal.

“Resulta interesante señalar que, los pacientes con EA que recibieron las sesiones en formato individual obtuvieron un declive cognitivo significativamente más lento, en comparación con los pacientes que recibían la estimulación en formato grupal. Del mismo modo, el grupo de estimulación individual mostró un reducción de la sintomatología depresiva significativamente mayor que el grupo de estimulación grupal” (Fernández-Calvo, Contador, Serna, Menezes y Ramos, 2010, p. 121).

Además, este estudio apoya que todos los pacientes con EA en fase leve, como veremos es el caso de nuestra paciente en la intervención que planteamos, reciban programas de estimulación cognitiva donde se busque el uso de una perspectiva de acción centrada en la persona, donde se atiende sus dificultades cognitivas y emocionales de una manera específica. Por todos estos motivos, he decidido que mi programa de intervención en memoria y lenguaje se realice con esta modalidad.

En último lugar, me gustaría nombrar las características que marcan la diferencia entre mi programa de intervención y otros programas similares. Primero, el programa creado para esta paciente incluye tanto sesiones individuales (efectuadas por mí y donde se trabajará el lenguaje y la memoria) como grupales (realizadas por los profesionales del centro y donde se trabajará todas las funciones cognitivas). Por lo tanto, será una intervención muy intensiva que se beneficiará de las ventajas que proporcionan ambas modalidades, lo que contribuirá a una mayor consecución de los objetivos. Segundo, las actividades no sólo se elaborarán en base a los gustos y las preferencias de la paciente, sino también teniendo en cuenta su nivel académico y su bagaje personal. Tercero, todas las sesiones de intervención se ejecutarán en el mismo espacio de trabajo, empleando semejantes materiales e incluso, la situación de la paciente en la sala será siempre la misma; de este modo, favorecemos la creación de rutina y pauta de trabajo. Cuarto, en todas las sesiones se desarrollarán un total de tres actividades, así alcanzamos el objetivo deseado pero evitamos la saturación. Quinto, las actividades seguirán un orden de dificultad decreciente, donde se inicie con la tarea más compleja y se concluya con la tarea más sencilla o, que al menos, la paciente ejecute con la mayor facilidad posible. Así garantizamos que al finalizar la sesión, la persona se vaya con la mejor sensación posible sobre su trabajo. Por último, este programa cuenta con el apoyo y el asesoramiento de profesionales experimentados del centro, lo que prueba una mayor eficacia del mismo.

4. Objetivos

Basándonos en la fundamentación teórica y en la justificación expuesta anteriormente, los objetivos generales que se pretenden alcanzar con este programa son:

1. Mantener y potenciar la memoria a corto plazo.
2. Frenar el deterioro del lenguaje.

A partir de estos objetivos principales, se obtienen los siguientes objetivos específicos:

- a. Reducir la amnesia anterógrada, retrógrada e inespecífica con confabulación.
- b. Fortalecer la memoria semántica.
- c. Disminuir la afasia nominal y las parafasias fonémicas y verbales.
- d. Disminuir la afasia sensorial transcortical.
- e. Mejorar las alteraciones de la lectoescritura.

Asimismo, con la consecución de estos objetivos se conseguiría enlentecer el avance de la enfermedad de forma global así como aportar mayor información sobre los indicadores que facilitan la detección precoz de esta patología.

Por tanto, nuestra hipótesis de trabajo busca que, tras la finalización del programa, el deterioro en memoria y lenguaje no haya empeorado sino que al menos permanezca estable y que, si es posible, se origine una mejoría en ambas funciones.

5. Descripción de la paciente

La paciente escogida para nuestro programa de intervención procede de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Valladolid (AFAVa), una organización sin ánimo de lucro que pretende ofrecer diversos servicios de atención a personas que padecen la EA y otros tipos de demencia.

Nuestra paciente es una mujer de 63 años. Actualmente, está casada, tiene dos hijas y varios nietos. Reside en Valladolid, aunque ha trasladado su domicilio a diferentes puntos de España asiduamente por cuestiones laborales. Fue profesora de educación primaria y sus aficiones son pasear, leer y viajar pero además, realiza a diario cuadernos de estimulación cognitiva. El grado de sobrecarga al que está sometido el cuidador principal de la paciente (su marido) es medio, pues es una paciente colaboradora. Su grado de movilidad es bueno y no presenta ninguna patología asociada.

La paciente acudió al centro con un diagnóstico de EA en fase leve. Tras la pertinente evaluación inicial, se procedió a su ingreso en el Servicio de Estimulación Cognitiva (E.C.) al cual acude lunes, miércoles y viernes de 10:00 a 14:00. Allí recibió diferentes programas de intervención, en los cuales continúa hasta el día de hoy, y éstos son:

Tabla 2. *Programas de intervención grupal dentro del Servicio de E.C.*

Taller de Orientación a la Realidad	Taller de Memoria
Taller de Psicomotricidad	Taller de Funciones Ejecutivas
Taller de Cálculo y Pensamiento lógico	Taller de Logopedia
Técnicas de Mantenimiento de las ABVD	Taller de Gnosias y Praxias
Taller de Lectoescritura	Taller de Lenguaje
Entrenamiento Sensorial	

Tabla 3. *Programas de intervención individual dentro del Servicio de E.C.*

Taller de Mantenimiento de las AIVD	Taller de Funciones Ejecutivas
-------------------------------------	--------------------------------

Una vez vistas las características generales de la paciente, procederemos a explicar la metodología seguida durante todo el programa de intervención en memoria y lenguaje.

6. Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados en este programa de intervención, es necesario contar con una metodología clara y adaptada a las características de nuestra paciente, pero que además, cuente con las técnicas y las herramientas apropiadas que nos garanticen los mejores resultados posibles. Así pues, en este apartado, expondré las pautas y las acciones empleadas así como la metodología seguida para elaborar mi trabajo de fin de grado.

Primeramente, escogí la temática en base a las razones expuestas anteriormente y realicé una revisión bibliográfica para hacer una selección pormenorizada de documentos especializados en EA, memoria y lenguaje. Una vez asentada la fundamentación teórica de mi programa e inmersa en mis prácticas en AFAVA, seleccioné mi paciente teniendo en cuenta estos criterios de inclusión:

1. Diagnóstico de EA en fase leve.
2. Edad inferior a 65 años.
3. Requerir de especial intervención en memoria y lenguaje.
4. Ausencia de trastornos psicológicos y comportamentales.
5. Buena alianza terapéutica entre paciente y profesional.

Tras esta selección, hice una exploración más exhaustiva de la paciente, examinando en profundidad la anamnesis llevada a cabo en el momento de inserción al centro así como analizando su evolución mediante la comparativa de informes de pruebas. Una vez recogida la información necesaria y obtenida la hoja de consentimiento para participar en este TFG, establecí los objetivos, la metodología y los materiales a emplear durante el programa de

intervención y con ello, comencé con la programación de actividades a realizar en las primeras sesiones. Todas las actividades desarrolladas presentan el mismo formato (letra, tamaño y espaciado), cuentan con una instrucción clara y sencilla e indican el tipo de memoria o el área de lenguaje que se va a trabajar.

Asimismo, otras cuestiones a tener en cuenta a la hora de implantar la metodología para el trabajo con la paciente que traten de proporcionar una atención lo más completa posible son las siguientes:

- **Actitud:** la actitud mostrada por el terapeuta desde el inicio de la intervención determina en gran medida la respuesta emitida por la paciente en cuestión, influyendo de este modo en el correcto desarrollo de las actividades propuestas y condicionando los resultados posteriores. Por todo ello, es muy importante que el profesional muestre una actitud positiva, dinámica y enriquecedora, pero además, tenga en cuenta que al ser un paciente adulto/anciano debe cumplir una serie de premisas, como tratar al paciente como la persona adulta que es, sin actitudes paternalistas o imperativas; respetar en todo momento su dignidad, entablando una relación adecuada en función del grado de confianza otorgado por la paciente; favorecer la toma de decisiones y reforzar las conductas positivas, los progresos y los éxitos.

- **Comunicación:** para que las sesiones se desarrollen de forma correcta, la comunicación entre ambas debe ser la mejor posible. Las intervenciones, además de perseguir los objetivos marcados, buscan favorecer la escucha activa y la interacción social. Para ello, las instrucciones que se proporcionarán a la paciente serán claras y sencillas, facilitando la comprensión mediante herramientas como la entonación, la velocidad pausada, el lenguaje no verbal y evitando todo tipo de distracciones para así conseguir también focalizar su atención.

- **Actividades:** las actividades son el pilar fundamental de las sesiones y por esto, todas ellas deberán estar debidamente fundamentadas y justificadas. Estas intervendrán sobre la memoria y el lenguaje, ejerciendo también influencia sobre el deterioro global producido por la patología. La rutina dentro de las actividades es muy importante, por tanto, todas ellas serán similares variando los contenidos para evitar el aprendizaje y la monotonía, eliminando siempre aquellas tareas que generen rechazo o conflicto. Las actividades serán significativas, motivadoras y con carácter lúdico, teniendo en cuenta las preferencias y gustos de la paciente así como su conocimiento previo y adaptándonos a su ritmo, proporcionando las ayudas adecuadas en función del avance de la enfermedad y los requerimientos de la paciente.

Al concluir cada sesión, se registrará la fecha de ejecución de las actividades y el éxito en cada una de ellas, para no sólo observar los avances conseguidos, sino también para ver si esa actividad ha estado bien adaptada al nivel de la paciente, la respuesta obtenida, si los contenidos han resultado de su interés... En definitiva, su grado de efectividad y asegurar que esa tarea se puede repetir en sucesivas sesiones.

- **Temporalización:** se llevarán a cabo dos sesiones semanales de 45 minutos de duración. La sesión del lunes estará específicamente destinada a trabajar el lenguaje y en la sesión del miércoles se realizarán actividades relacionadas con la memoria. Estableciendo esta división, pautamos rutina, muy importante en la EA y evitamos su agotamiento. Tanto la sesión del lunes como la del miércoles se realizarán siempre en el mismo horario (lunes de 12:30 a 13:15 y miércoles de 12:00 a 12:45) durante un periodo de 3 meses.

No obstante, aunque todo el programa de intervención esté regido por esta metodología, es posible que durante su desarrollo aparezcan determinados factores que pueden influir en los resultados finales y que, si finalmente fuera así, procederíamos a su análisis.

7. Materiales

Íntimamente relacionados con la metodología, los materiales son las herramientas que nos van a permitir conocer las características de nuestra paciente y de la patología que presenta así como poner en práctica las actividades diseñadas para la misma. Así pues, requieren de un especial apartado dentro de nuestro programa de intervención donde se explique en qué consiste cada uno de ellos y la función que desempeñan.

Los materiales empleados se pueden dividir en tres bloques: herramientas necesarias para la consecución del programa, herramientas de evaluación y herramientas presentes en el desarrollo de las actividades. Seguidamente, se muestran con más detalle:

Herramientas necesarias para la consecución del programa.

Dentro de este apartado, se encuentra la hoja de consentimiento, firmada por todos los participantes del programa (alumna, responsable de la paciente y centro de prácticas) y una carta de presentación, en la que como alumna muestro a la usuaria y/o familiares de ésta los objetivos del programa (anexo A). Los documentos fueron presentados presencialmente en el centro de prácticas.

Herramientas de evaluación.

Como instrumentos de evaluación, se manejaron el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1979), traducido y adaptado al español a partir del Mini-Mental State Examination

(MMSE) desarrollado por Folstein y cols. (1975) y el formato abreviado del Test de Boston de Kaplan y Goodglass (1983).

En primer lugar, el **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)** de Lobo (1979) se trata de una de las pruebas de cribado más utilizadas para conocer los trastornos en la función cognitiva y el lenguaje. Consiste en una serie de preguntas/pruebas que deben seguir una cronología y cada una de las cuales puntúa con 1 punto si se responden correctamente. Las áreas que evalúa son:

1. Orientación temporal y espacial (10 puntos).
2. Fijación o memoria inmediata (3 puntos).
3. Concentración/atención y cálculo (8 puntos).
4. Memoria (3 puntos).
5. Lenguaje y construcción: nominación, repetición, comprensión de órdenes verbales, lectura, escritura espontánea y copia de dibujo (11 puntos).

El rango de puntuación abarca de 0 a 35 puntos y se considera que existe deterioro cognitivo si la puntuación es menor a 23/24 puntos. La elección de este instrumento se debe a que nos proporciona una idea acerca de la gravedad de todos los síntomas presentados por la paciente, haciendo visible qué áreas requieren de especial intervención y la velocidad con la que avanza la enfermedad.

En segundo lugar, el formato abreviado del **Test de Boston** de Kaplan y Goodglass (1983) consiste en una herramienta de evaluación neuropsicológica utilizada para conocer el grado de afectación del lenguaje de personas con afasia y otros tipos de trastornos, como enfermedades neurodegenerativas. El formato abreviado evalúa:

1. Escala de severidad de la afasia (0 a 5 puntos).
2. Órdenes (0 a 10 puntos).
3. Denominación (0 a 10 puntos).
4. Lectura (0 a 31 puntos).
5. Escritura (0 a 9 puntos).

Dentro del área de denominación, encontramos el Subtest de Vocabulario de Boston, cuya versión abreviada consta de 15 imágenes distribuidas por orden de dificultad creciente. El rango de puntuación abarca de 0 a 65 puntos. La selección de esta herramienta se debe a que evalúa de manera global las dificultades de la paciente en todas las áreas del lenguaje, mostrando a su vez las facultades preservadas, todo ello a modo de guía para la creación del programa de intervención.

Herramientas presentes en el desarrollo de las actividades.

Finalmente, debemos hacer una breve mención a todos los materiales empleados para la creación y la aplicación de las actividades diseñadas para el programa de intervención los cuales se pueden dividir en materiales tradicionales y materiales informáticos.

Los materiales tradicionales consisten en sistema de fichas (elaboradas propiamente según los objetivos a desarrollar) y materiales tangibles y fungibles y no fungibles de oficina. Por el contrario, los materiales informáticos han sido tres ordenadores con pantalla táctil y sistema operativo Windows 10 y dos programas de estimulación cognitiva: Smart Notebook (software educativo e interactivo que permite crear actividades) y Neuron Up (plataforma web que contiene múltiples materiales y recursos para diseñar las sesiones de intervención con el fin de realizar una rehabilitación y estimulación cognitiva), además de aplicaciones de procesamiento de texto como Microsoft Word y Microsoft Power Point.

En definitiva, todos los materiales han sido escogidos cuidadosamente al inicio del programa, buscando el mejor ajuste posible a las necesidades de la paciente y a los objetivos marcados, aunque todo ello se encuentre sujeto a las posibilidades donde se esté ejerciendo la tarea.

8. Programa de intervención

Considerado como el valor fundamental de esta propuesta de intervención en memoria y lenguaje, el programa de intervención refleja la estructura seguida durante las sesiones de rehabilitación así como las diferentes actividades creadas en base a los objetivos marcados para esta paciente y su enfermedad.

Dicho esto, en primer lugar, se muestra el esquema de trabajo de las sesiones:

1. *Preparación.* Al comienzo de cada sesión se habla con la paciente, preguntándole qué tal el día, cómo se siente, destacando algún aspecto relevante... para así crear un clima de confianza y cercanía.
2. *Inicio.* Siguiendo la misma técnica que en los talleres grupales desarrollados por el centro, primeramente, comenzamos con una actividad de orientación a la realidad que consiste básicamente en decir (siempre siguiendo la misma secuencia) día de la semana, día del mes, mes, año, barrio, ciudad y país. Esta primera fase de inicio se realiza de forma oral y con ella, además de orientar temporal y espacialmente a nuestra paciente, captamos su atención.
3. *Desarrollo.* Parte central y fundamental de la sesión. En ella, se desarrollan todas las actividades previstas y, aunque estén establecidas en función de un objetivo en concreto, tratamos de alcanzar otros de forma transversal. Por ejemplo, una tarea

puede tener como objetivo principal fortalecer la memoria semántica pero gracias a ella también se trabajará la denominación verbal y escrita, entre otros objetivos. Como bien se indicó en el apartado de justificación, comenzaremos con la actividad de mayor exigencia para terminar con la de menor, siempre trabajando con contenidos que resulten de interés para la paciente. De este modo conseguimos que nuestra paciente, a pesar del agotamiento propio al finalizar la sesión, termine con esa sensación de trabajo bien hecho y no pierda la motivación.

4. *Síntesis.* Al finalizar cada una de las actividades, haremos una pequeña síntesis de lo trabajado, preguntando a la paciente si le ha gustado y cómo se siente. Una vez concluidas todas las actividades, acompañaremos de nuevo a nuestra paciente a su silla, agradeciendo el esfuerzo e interés mostrados y deseándole un buen día.

A continuación, se muestran dos cuadros descriptivos (uno por cada área escogida de intervención) con los tipos de actividades desarrolladas en esta propuesta de intervención:

Tabla 4. *Propuesta de actividades de intervención en memoria.*

MEMORIA
Ejercicio 1. Memoria semántica: relacionar cada palabra con su categoría semántica.
Ejercicio 2. Memoria semántica: señalar, entre dos opciones, que es la palabra dada.
Ejercicio 3. Memoria semántica: asociar cada imagen con lo que representa.
Ejercicio 4. Memoria semántica: localizar las palabras propuestas en el mapa.
Ejercicio 5. Memoria de trabajo: completar frases con una o dos palabras.
Ejercicio 6. Memoria de trabajo: leer una historia y después, contestar las preguntas.
Ejercicio 7. Memoria inmediata: nombrar, recordar y escribir el nombre de cada objeto
Ejercicio 8. Memoria inmediata: memory.
Ejercicio 9. Memoria inmediata: completar frases con la información de las personas.
Ejercicio 10. Memoria de trabajo y memoria inmediata: denominar el color y la forma de la figura o solo la forma y después, nombrar cual ha desaparecido en cada serie.
Ejercicio 11. Memoria episódica: leer un menú y escribir los platos que lo compone.

Tabla 5. *Propuesta de actividades de intervención en lenguaje.*

LENGUAJE
Ejercicio 1. Denominación: dar la definición de la palabra y diga de que objeto se trata.
Ejercicio 2. Denominación: asignar a cada imagen la palabra que la representa.
Ejercicio 3. Denominación: decir el antónimo de la palabra mostrada y escribirla.
Ejercicio 4. Lectoescritura: escribir una frase que tenga la palabra propuesta.
Ejercicio 5. Evocación categorial y lectoescritura: escribir una palabra de una categoría gramatical determinada con cada letra del abecedario.
Ejercicio 6. Evocación categorial y lectoescritura: escribir objetos que pertenezcan a una determinada categoría semántica.
Ejercicio 7. Discriminación verbal: señalar la palabra que no pertenece a la categoría.
Ejercicio 8. Discriminación verbal: clasificar las palabras en campos semánticos.
Ejercicio 9. Lenguaje automático: completar refranes.

Como se puede observar, se han elaborado 11 tipos de actividades para trabajar la memoria y 9 tipos de actividades para el lenguaje, cuyos contenidos tratados han sido: colores, animales, prendas de vestir, alimentos, muebles, objetos del hogar, parentescos, profesiones, medios de transporte, herramientas, material de oficina, ciudades, provincias, plantas, ríos, elementos del mar y de la montaña, ciudades, provincias, instrumentos musicales, monumentos, actores y actrices, refranes y la baraja española, escogidos en función de las preferencias de la paciente.

Para concluir con este apartado, añadir que las actividades en sí elaboradas para este programa de memoria y lenguaje, por limitaciones de espacio, se encuentran en el apartado de anexos (anexo B). Por lo tanto, lo único mostrado aquí es una breve referencia a las mismas, exponiendo además los contenidos tratados y la estructura de sesión seguida.

9. Evaluación

La evaluación es un instrumento que nos permite obtener información sobre el estado inicial de nuestra paciente así como evaluar la eficacia del programa de intervención durante su desarrollo y al final del mismo. Según Fernández-Ballesteros (1996), la evaluación consiste en una disciplina que explora y analiza el comportamiento de una persona o grupo de personas con distintos objetivos (descripción, explicación, diagnóstico, cambio, selección-predicción y/o valoración) mediante un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de técnicas de medida, tanto para la evaluación de los aspectos positivos como patológicos.

Siendo así, este programa de intervención constará de una evaluación inicial (llevada a cabo por el terapeuta ocupacional del centro), una evaluación procesual y una evaluación final.

9. 1. Evaluación inicial

La evaluación inicial desarrollada en el centro busca conseguir información acerca del grado de deterioro cognitivo de la paciente, realizando además una valoración funcional y una exploración física de la misma con el fin de conocer su estado global. Sumado a todo ello, la evaluación inicial permite comprobar el efecto del cambio de nuestra intervención, creando una comparativa entre los resultados de esta y la evaluación final, valorando así la eficacia del programa y resaltando todos los aspectos positivos y negativos.

Para nuestro programa, será necesario obtener datos acerca del grado de deterioro cognitivo de la paciente, haciendo especial hincapié en la memoria y el lenguaje. A su vez, estos datos obtenidos mediante pruebas estandarizadas se complementarán a todos aquellos mostrados en el epígrafe de “descripción de la paciente” y que corresponden a una evaluación no estandarizada que aporte información de carácter cualitativo (recopilación de datos personales, observación directa y datos obtenidos a partir de otros profesionales).

9. 2. Evaluación procesual

La evaluación procesual consiste en evaluar la efectividad de las actividades llevadas a cabo durante el desarrollo del programa de intervención, con la finalidad de reajustar todo lo necesario, seguir la evolución de la paciente y examinar sus logros.

En este programa, para realizar la evaluación procesual, al concluir con las actividades propuestas se ha registrado en el mismo papel de la actividad (o en caso de tratarse de una actividad en formato Microsoft Power Point, en un documento de Microsoft Word) la fecha de ejecución y los resultados obtenidos. De este modo, nos adelantamos a las dificultades que se puedan producir y reajustamos el programa en cualquier momento de su aplicación.

Si los resultados obtenidos son positivos (alcanzan el objetivo previsto), esa tarea será repetida en sucesivas sesiones, introduciendo otros contenidos. Asimismo, si los resultados conseguidos demuestran que nuestra paciente es capaz de realizar ese tipo de actividad sin dificultad alguna, en próximas sesiones se repetirá pero aumentando su complejidad. Por el contrario, si los resultados alcanzados son negativos, la tarea será revisada para ver cuál es el error que se ha cometido o incluso, será descartada al momento. Este último caso puede ocurrir por diferentes razones: porque el grado de dificultad de la tarea se encuentre por encima de sus posibilidades; porque el área que se procuraba trabajar con esa actividad está más alterado de lo que la evaluación inicial nos ha podido indicar; o, porque la actividad en sí misma no es del agrado de la paciente.

Este sistema de evaluación procesual permite adaptar cada sesión de manera íntegra a los requerimientos propios de la paciente, empleando las actividades, la metodología y los materiales más adecuados. A su vez, este método fue complementado por una observación minuciosa del comportamiento y la actitud de la paciente durante el desarrollo de los talleres grupales, para así también realizar una comparativa entre tratamiento individual y grupal.

9. 3. Evaluación final

En último lugar, la evaluación final nos permite conocer en qué grado nuestro programa de intervención ha sido efectivo, lo que implica valorar el grado de consecución de los objetivos planteados inicialmente y si todo el proceso en sí mismo (tareas, metodología, materiales y actitud de ambas componentes del proceso), ha sido positivo.

Para llevar a cabo esta evaluación final, en primer lugar, se ha recurrido a una pauta de trabajo que consiste en ejecutar las mismas actividades que se realizaron a principios del programa de intervención en las dos últimas semanas del proceso, sin introducir ninguna variación y ejecutando tareas tanto del área del lenguaje como del área de la memoria. De este modo, creamos una comparativa entre el nivel inicial y el nivel final alcanzado por la paciente en el momento de concluir el programa de intervención, haciendo visible además las variaciones, tanto positivas como negativas, experimentadas hasta el momento. Además, gracias al gran espaciado entre las actividades realizadas, se ha evitado un posible efecto de aprendizaje que podía interferir en los resultados del programa.

Por otra parte, en segundo lugar, no fue posible realizar una evaluación estandarizada como tal al concluir la propuesta, es decir, evaluación a través del MEC y el test de Boston, pero si se ejecutó una actividad en la última sesión, creada a partir del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), que valoraba los mismos apartados que esta herramienta de evaluación y que nos permitió obtener una visión del estado final de nuestra paciente, valorando también la eficacia del programa aplicado (anexo C).

Los resultados de las pruebas, la comparativa de actividades y la observación cualitativa serán recopilados y discutidos en el siguiente epígrafe.

10. Resultados y discusión

10. 1. Resultados

Evaluación inicial.

- *Mini-examen cognoscitivo (MEC)*: la puntuación total obtenida fue de 13 sobre 35. Las puntuaciones se muestran de forma más detallada en la siguiente tabla:

Tabla 6. Resultados Mini-examen cognoscitivo (MEC).

Orientación	4 /10	Orientación temporal	2 /5
		Orientación espacial	2 /5
Fijación	3 /3		
Concentración/atención y cálculo	0 /8	Concentración/atención	0 /3
		Cálculo	0 /5
Memoria	0 /3		
Lenguaje y construcción	6 /11	Denominación	1 /2
		Repetición	1 /1
		Abstracción	1 /2
		Comprensión oral	2 /3
		Comprensión escrita	0 /1
		Escritura	0 /1
		Copia	1 /1

Los resultados indican alteraciones en prácticamente todas las variables del cuestionario: orientación, concentración/atención y cálculo, memoria (de evocación), lenguaje y construcción, exceptuando la capacidad de fijación (o memoria inmediata) que, por el contrario, se mantiene preservada.

- *Formato abreviado del Test de Boston.*

Los resultados obtenidos del formato abreviado del Test de Boston se apilan en cuatro bloques y son los mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 7. Resultados del formato abreviado del Test de Boston.

Habla de conversación/exposición	<p>Agilidad articulatoria conservada.</p> <p>Rango normal de sintaxis.</p> <p>Facilidad normal con palabras gramaticales.</p> <p>Línea melódica adecuada.</p> <p>Pérdida de facilidad de comprensión sin limitación significativa de las ideas expresadas.</p> <p>Voz, volumen y velocidad adecuados.</p>
Comprensión auditiva	<p>Conserva discriminación auditiva de palabras.</p> <p>Conserva comprensión tanto de órdenes sencillas como de órdenes complejas.</p> <p>Alteraciones en comprensión de material ideativo complejo.</p>

Expresión oral	<p>Conserva lenguaje automático.</p> <p>Conserva la capacidad de repetición tanto de palabras como de oraciones.</p> <p>Alteraciones en denominación (presencia de anomias).</p> <p>Requiere de tiempo para expresar las ideas y responder a las peticiones que se la realizan.</p>
Lectura	<p>Conserva el reconocimiento simbólico básico.</p> <p>Conserva la capacidad de identificar palabras escritas.</p> <p>Conserva la lectura en voz alta.</p> <p>Alteraciones en la comprensión lectora.</p>
Escritura	<p>Mecánica de la escritura: buena formación de letras, elección correcta de letras y escritura laboriosa.</p> <p>Conserva la capacidad de dictado y copia.</p>

Evaluación procesual.

Observación cualitativa.

Durante todo este periodo de observación, se ha podido comprobar que el rendimiento de nuestra paciente era superior en las sesiones de intervención individual en comparación con las sesiones de intervención grupal. Más específicamente, el índice de participación era mayor, con aportaciones más numerosas y variadas, su capacidad de concentración se veía claramente aumentada, aportaba un mayor número de experiencias personales en relación a las compartidas en los talleres grupales y su carácter introvertido se veía más disminuido. Asimismo, era muy habitual que la paciente durante el desarrollo de los talleres, copiara al compañero de su lado derecho a la hora de completar la ficha correspondiente, es decir, la escritura espontánea parecía totalmente deteriorada y lo único que quedaba conservado a nivel lectoescritor, era la copia, como mera reproducción de trazos escritos sin comprensión del contenido. En cambio, en todas las sesiones individuales, la paciente ha sido capaz de escribir por ella misma y, en la mayoría de las ocasiones, sin necesidad de que la logopeda recurriera al dictado. No obstante, sus oraciones, aunque correctas, eran simples y en ellas se empleaba un vocabulario reducido y poco preciso y, además, en determinadas ocasiones, se podía encontrar palabras escritas correctamente junto a otras con letras malformadas.

Sumado a lo anterior, añadir que las alteraciones en la comprensión oral y escrita han estado presentes en todas las sesiones de intervención sin experimentar ninguna mejora o dicho de otra forma, se han mantenido estables.

Evaluación final.

Primero, se expondrán los resultados obtenidos del programa de intervención a través de dos métodos de evaluación y segundo, se realizará la discusión.

Prueba final.

La puntuación obtenida gracias a esta prueba elaborada según las directrices del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) fue de 14 sobre 35 (anexo C). Las puntuaciones se muestran de forma más detallada en la presente tabla:

Tabla 8. *Resultados prueba final.*

Orientación	5 /10	Orientación temporal	2 /5
		Orientación espacial	3 /5
Fijación	3 /3		
Concentración/atención y cálculo	3 /8	Concentración/atención	1 /3
		Cálculo	1 /5
Memoria	0 /3		
Lenguaje y construcción	7 /11	Denominación	0 /2
		Repetición	1 /1
		Abstracción	1 /2
		Comprensión oral	3 /3
		Comprensión escrita	1 /1
		Escritura	1 /1
		Copia	0 /1

Los resultados indican alteraciones en la orientación, concentración/atención y cálculo, memoria (de evocación) y lenguaje y construcción (tanto en la vertiente expresiva como en la comprensiva). En cambio, la capacidad de fijación (o memoria inmediata) sigue intacta.

Comparativa de actividades.

Las tareas escogidas para realizar la comparativa fueron 7 en total, 4 pertenecientes a la memoria y 3 pertenecientes al lenguaje. Seguidamente, se muestran las actividades junto a su fecha de ejecución y los resultados obtenidos de la comparación, estos son:

Tabla 9. Resultado comparativa de actividades.

ÁREA	ACTIVIDAD	1º	2º	RESULTADOS
Memoria semántica	Señalar, entre dos opciones, que es la palabra dada.	14/03/2018	18/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Selección correcta de todas las opciones. Dificultad en categoría semántica de plantas (árboles y frutas): 5 palabras (1 acierto y 4 errores).</p> <p>Segunda puesta en práctica: Selección correcta de todas las opciones. Menor dificultad en categoría semántica de plantas (árboles y flores): 5 palabras (2 aciertos y 3 errores).</p>
Memoria inmediata	Memory.	28/03/2018	25/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Palo de oros y palo de espadas con números del 1 (as) al 6. Recuerdo de la posición cuando el número de cartas sobre la mesa era 4 o menor. Acierto en una media de 2-3 intentos. Expresión de sorpresa al ver la posición de la carta.</p> <p>Segunda puesta en práctica: Palo de oros y palo de espadas con los números del 1 (as) al 6. Recuerdo de la posición cuando el número de cartas sobre la mesa era 6 o menor. Acierto en una media de 2-3 intentos. Signos claros de intento de recuerdo de la posición de la carta (mirada fija, vacilación con las manos antes de escoger...).</p>
Memoria de trabajo	Leer una historia y después, contestar las preguntas.	14/03/2018	18/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Acierto de 1 de 7 preguntas propuestas. Recuerdo de datos iniciales del texto o más llamativos para la paciente (con reacción de humor).</p> <p>Segunda puesta en práctica: Acierto de 2 de 7 preguntas propuestas. Recuerdo de datos iniciales del texto y algunos situado a mitad del párrafo muy característicos.</p>
Memoria de trabajo y memoria inmediata	Denominar el color y la forma de la figura o únicamente la forma y después, nombrar cual ha desaparecido en cada serie.	21/02/2018	11/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Incapacidad para recordar el color y la forma desaparecida.</p> <p>Segunda puesta en práctica: Acierto de un parámetro (color o forma) o ambos (en este caso, con aplicación de clave semántica). Ejecución de la forma con gestos en el supuesto de no recordar su nombre o su color. Menor nerviosismo y mayor nivel de atención/concentración.</p>

Discriminación verbal	Señalar la palabra que no pertenece a la categoría.	12/03/2018	16/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Gran dificultad de acceso a la palabra que representa el objeto: 30 palabras (10 aciertos y 20 errores). Dificultad en la categorización y en la discriminación de la imagen que no pertenece al campo semántico, acompañada de una falta de comprensión de la razón de esta decisión. Parafasias semánticas (en 6 palabras) y ausencia de conocimiento del uso de algunos objetos.</p> <p>Segunda puesta en práctica: Menor dificultad de acceso a la palabra que representa al objeto: 30 palabras (13 aciertos y 17 errores). Similar dificultad de categorización pero mayor discriminación de la palabra que no pertenece al campo semántico acompañada de comprensión de la razón de esta elección. Sin parafasias semánticas aunque persiste la ausencia de conocimiento del uso de algunos objetos.</p>	
Denominación	Decir el antónimo de la palabra mostrada y escribirla.	19/03/2018	16/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Denominación correcta de todos los antónimos. Gran velocidad de ejecución. Dificultad en términos abstractos (2 requirieron clave semántica y 3 requirieron clave fonética). Sustitución de “viejo” por “vieja” para el antónimo “nuevo”.</p> <p>Segunda puesta en práctica: Denominación correcta de todos los antónimos. Similar velocidad de ejecución. Similar dificultad en términos abstractos. No se producen sustituciones.</p>	
Evocación categorial y lectoescritura	Escribir una palabra de una categoría gramatical determinada con cada letra del abecedario.	26/03/2018	16/04/2018	<p>Primera puesta en práctica: Palabras emitidas espontáneamente: 11/24. Palabras emitidas con clave semántica: 2/24. Palabras emitidas con clave fonética: 7/24. Términos variados y referidos al contexto inmediato.</p> <p>Segunda puesta en práctica: Palabras emitidas espontáneamente: 13/24. Palabras emitidas con clave semántica: 3/24. Palabras emitidas con clave fonética: 5/24. Términos más variados y referidos al contexto inmediato.</p>	<p>Buena mecánica de la escritura. Buena capacidad de dictado.</p> <p>Idéntica mecánica de la escritura. Idéntica capacidad de dictado.</p>

10. 2. Discusión

Con la aplicación de este programa de intervención se pretendía, en primer lugar, que el deterioro en memoria y lenguaje no empeorara, sino que siguiera estable y, en segundo lugar, que se originara una mejoría en ambas funciones, teniendo presente las posibilidades de recuperación que esta patología ofrece, pues como bien afirma Murcia (2012) en su *“Estudio sobre la influencia del entrenamiento cognitivo en pacientes con EA”*, el hecho de detener o enlentecer la pendiente de deterioro en esta población, ya podemos considerarlo un éxito en sí mismo.

Respecto a esta hipótesis planteada y a la luz de los resultados alcanzados, se puede afirmar que el deterioro en memoria ha permanecido estable desde el inicio hasta el final de la puesta en práctica del programa. En cambio, el deterioro en lenguaje sí ha experimentado una leve mejoría, visible en las dos herramientas de evaluación final empleadas.

De forma más específica, por un lado, la interpretación de los efectos obtenidos en el área de la memoria nos indica, en primer lugar, que la memoria semántica se ha mantenido constante produciéndose un ligero incremento de la capacidad para relacionar un concepto con la categoría semántica a la que pertenece. Y, en segundo lugar, la memoria inmediata y la memoria de trabajo también han permanecido estables, pero los avances logrados en las actividades de la comparativa, han sido aislados, sin producirse evidencias claras de mejora en otras tareas desarrolladas durante las sesiones. No obstante, y como punto a favor para nuestro programa de intervención, la paciente ha mostrado signos claros de querer recordar la información y en algunas ocasiones, aunque parcialmente o en muy pequeña medida, ha sido recordada, lo que nos indica una leve disminución de la amnesia.

Por otro lado, la interpretación de los resultados adquiridos en el área del lenguaje nos muestra unos efectos más positivos del programa. En primer lugar, la anomia se ha reducido tanto en tareas de denominación como de discriminación verbal (visibles en la comparativa de actividades) disminuyendo con ellas las parafasias, aunque han persistido las dificultades de categorización, de empleo de términos abstractos y de conocimiento del uso de objetos, este último indicándonos a su vez las alteraciones en la memoria semántica nombras en el anterior párrafo.

En segundo lugar, la capacidad evocación categorial ha aumentado ligeramente de forma espontánea y en acompañamiento de claves semánticas y fonéticas, especialmente las segundas, valor estrechamente vinculado con la reducción de la anomia. Este resultado es acorde con lo obtenido en el programa *“Intervención en un paciente con Enfermedad de Alzheimer: anomia léxica”* de Andrea B. Sánchez, Cristina G. Dumitrache, Nuria Calet y Macarena de los Santos (2016) donde gracias a la aplicación del Test de Boston al finalizar

el programa de intervención, se comprobó que la capacidad de evocación categorial del paciente seleccionado se había incrementado en 2 puntos, concretamente, de 10 puntos al comienzo del programa a 12 puntos tras sucederse un total de 10 sesiones.

Asimismo, la capacidad de repetición se ha mantenido preservada desde el comienzo hasta el final del programa, al igual que lo sucedido en el estudio *“Intervención logopédica en la Enfermedad de Alzheimer”* de M^a José Florentino (2016), donde la capacidad de repetición de los pacientes con EA se mantuvo intacta tanto en palabras como en frases en un periodo de 10 sesiones.

Por último, en tercer lugar, en cuanto a la expresión escrita, la mecánica escritora y la capacidad de dictado se han mantenido estables desde el inicio del programa, persistiendo los errores en la formación de algunas letras. Estos errores no se han producido de manera constante en determinadas letras, sino más bien como algo esporádico fruto de alteraciones en la memoria, como si la paciente por un momento haya olvidado cómo escribir esa letra.

Siguiendo la misma línea, sus producciones escritas han seguido siendo correctas a la par que simples, empleando un vocabulario reducido e inespecífico en su mayor parte. A pesar de todo ello, gracias a las actividades desarrolladas durante el programa, se ha hecho visible que la escritura espontánea de la paciente no está tan deteriorada. Por el contrario, la capacidad de copia si ha sufrido deterioro en comparación con los resultados extraídos de la evaluación inicial.

Por otra parte, todos los déficits en la comprensión lectora, han persistido, requiriendo en muchas ocasiones a estrategias como explicar la actividad de otro modo o utilizar el primer apartado de la actividad de ejemplo, resultado que no concuerda con lo obtenido en la prueba final basada en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) donde se ha obtenido la máxima puntuación en comprensión oral y escrita.

Como complemento a todas las afirmaciones anteriores y atendiendo a los resultados obtenidos de la evaluación procesual, se ha verificado que el rendimiento de la paciente en sesiones con modalidad individual era mayor al obtenido de sesiones con modalidad grupal. Este rendimiento no solo hace referencia al cumplimiento de las actividades planteadas sino también a la conducta y al comportamiento de la paciente durante las mismas, el cual se ha visto reflejado en una mejor predisposición así como en un mayor interés y participación en las sesiones establecidas.

Estos beneficios están estrechamente relacionados con las ventajas de la intervención individual enumeradas en el apartado de justificación, pero en especial, con el hecho de que en las sesiones individuales es donde más se puede demostrar cuáles son las habilidades que la paciente conserva y cuáles no, así como su evolución en el tiempo. La correcta

resolución de una actividad depende íntegramente de las capacidades que se conserven, lo que implica una mayor puesta en práctica de las mismas y por consiguiente, unos resultados más positivos en menos tiempo. Igualmente, al mostrarse las fortalezas y las debilidades de la paciente, la metodología, los materiales y las tareas se pueden adaptar mucho más específicamente a su persona, sin centrarse únicamente en los déficits.

Además, durante la puesta en práctica del programa, han estado presentes una serie de variables que también han generado gran impacto en los resultados obtenidos. Por ello, a continuación, hablaremos de todos aquellos factores externos e internos cuya presencia ha influido y que, en determinados casos, no se han podido controlar como se hubiera querido.

En primer lugar, entre estas variables encontramos el desconocimiento por parte de la paciente de la logopeda, lo que generó que durante las primeras sesiones la paciente estuviera en un estado de tensión. No obstante, al cabo de tres sesiones, su nivel de ansiedad se redujo significativamente y los resultados de las actividades fueron más acordes a lo esperado para su nivel, explicando consigo las anotaciones recogidas en la observación cualitativa. Otro suceso a tener en cuenta es la ausencia de la paciente durante una semana, lo que impidió desarrollar las actividades propuestas para la misma según la programación establecida. Y, por último, la presencia de ruido externo que procedía de la sala colindante a la misma, provocando la distracción de la paciente y, posiblemente distorsionando los resultados.

Las variables anteriormente citadas corresponden a la paciente en sí misma, pero también consideramos que han influido en la puesta en práctica otros factores relacionados con la propia creación del programa. Entre ellos destacamos la poca duración del programa de intervención, variable relacionada con el periodo de prácticas establecido y que impide por un lado, la comprobación de un cambio verdaderamente significativo en las diferentes pruebas y actividades realizadas con la paciente y, por otro, ver una evolución más global y completa de la misma. Esta afirmación se corresponde con lo observado por Zamarrón, Tárraga y Fernández-Ballesteros (2008) en su estudio sobre la plasticidad cognitiva en personas con EA que reciben programas de estimulación cognitiva, donde se hace visible que los pacientes que participaron en un programa de estimulación cognitiva, incrementaron su rendimiento, con respecto al nivel de previo a la intervención, al cabo de 6 meses. Esto nos induce a pensar que, posiblemente, un mayor periodo de intervención habría arrojado unos resultados más concluyentes.

Además, el empleo de un estudio de caso alberga en sí una serie de peculiaridades que determinan la posterior extracción de conclusiones, convirtiéndose así en variables influyentes de nuestro programa de intervención.

Según Wainer (2012) los estudios de caso único no encarnan un conjunto homogéneo, pues en ellos se aplican métodos de investigación y diseños diferentes. De manera general, sus rasgos comunes se pueden agrupar en dos grupos: las características de la muestra y la potencialidad y las limitaciones de este tipo de estudios. Respecto al primero, un estudio de caso único se caracteriza porque la muestra está compuesta por un único individuo, el modo de selección es intencionado (no probabilístico) y se realiza en función de los intereses y objetivos del proyecto. Respecto al segundo, la potencialidad más importante de estos estudios de caso único es su afinidad con la situación clínica, es decir, permiten realizar la investigación respetando las condiciones en las que se desarrolla la práctica clínica habitual. En contraposición a esta potencialidad, el límite más frecuente señalado para todos los estudios de caso único es que no permite establecer generalizaciones, pues en base a un caso único no podemos formular premisas generales debido a que un caso no es una muestra representativa.

Otro factor refiere a la inexperiencia de la logopeda, lo que provoca que las actividades no estén completamente bien diseñadas así como la elección de otros aspectos relacionados con el programa de intervención. Además, se añade el hecho de que la evaluación del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) fue realizada una semana antes de la creación del programa (en concreto, el 14 de febrero de 2018); en cambio, los resultados extraídos del formato abreviado del Test de Boston no son tan actuales, pues corresponden al 13 de julio de 2015.

Por lo tanto, los datos obtenidos de este instrumento de evaluación, y que sirvieron de base junto al Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) para crear el programa de intervención, no reflejan tan fielmente el grado de afectación del lenguaje de la paciente. Esto explica a su vez que los resultados extraídos del formato abreviado del Test de Boston no estén siempre en consonancia con los sustraídos del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), pues el tiempo de aplicación entre un instrumento y otro ha sido muy amplio y durante todo este tiempo, el grado de deterioro cognitivo de la paciente ha continuado en aumento.

En consecuencia, algunas debilidades y fortalezas del lenguaje de la paciente solo se han hecho visibles con el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), la observación cualitativa o con la aplicación del programa, lo que conlleva al reajuste constante de las actividades que lo componen y todo aquello que gira entorno a ellas (contenidos, metodología, materiales...).

Como se puede comprobar, varias de estas variables y limitaciones se hallan fuera del alcance de nuestra actuación debido a protocolos de la Asociación y han podido distorsionar los resultados.

Por último, a ellas se sumaría la presencia mayoritaria de herramientas de evaluación de carácter cualitativo, lo que genera que los resultados obtenidos sean menos empíricos e impida una valoración de los mismos mucho más fiable. Sin embargo, este estudio de caso no ha sido el único en emplear herramientas de evaluación de este tipo. Por ejemplo, en el *“Proyecto de prevención para evitar la pérdida de memoria en Personas Mayores en Cruz Roja Valladolid”* de Ágatha García (2014) se ha seguido una tarea de observación y se han confirmado los resultados obtenidos realizando algunas de las actividades desarrolladas al comienzo del programa, percibiendo con ello que las respuestas difieren considerablemente de las que se daban en un primer momento.

11. Conclusiones

Tras el análisis y discusión de los resultados se han conseguido resolver los objetivos planteados de este estudio con las siguientes conclusiones:

1. La memoria a corto plazo ha permanecido estable. Concretamente, la memoria inmediata y la memoria de trabajo se han mantenido constantes, aunque durante todo el desarrollo del programa se han producido signos evidentes de disminución de la amnesia. Por otra parte, la memoria semántica se ha fortalecido con un ligero incremento de la capacidad para relacionar un concepto con la categoría semántica a la que pertenece.
2. El deterioro del lenguaje se ha conseguido frenar y potenciar en determinadas áreas. Por un lado, la afasia nominal y las parafasias se han reducido en tareas de denominación y discriminación verbal. Por otro lado, la afasia sensorial transcortical ha decaído, es decir, las alteraciones en la comprensión verbal han persistido y la expresión verbal se ha visto reducida, aunque la capacidad de repetición se han mantenido intacta. Asimismo, en el plano de la lectoescritura no se ha producido ninguna modificación. Los trastornos en la comprensión lectora se han mantenido y la expresión escrita ha persistido estable tanto en contenido como en forma. La capacidad de dictado se ha preservado a diferencia de la capacidad de copia que si se ha deteriorado.
3. Los indicadores más característicos de la presencia de EA son la amnesia y la anomia.
4. La intervención logopédica individual es necesaria en personas con EA.

11. 1. Futuras líneas de investigación

A partir de los resultados obtenidos de este programa de intervención en memoria y lenguaje en EA, se sugieren las siguientes líneas futuras de investigación:

1. Desarrollo de herramientas de evaluación que permitan la detección precoz de la amnesia y la anomia como indicadores primarios de la presencia de EA.
2. Ampliar el programa de intervención incidiendo sobre la MS y la MLP al completo.

3. Realizar un estudio longitudinal donde se utilice el mismo programa de intervención con personas situadas en los diferentes estadios de la EA.
4. Aplicar idéntico programa de intervención a un grupo control.
5. Realizar un estudio comparativo entre una persona que recibe tratamiento grupal e individual con una persona que únicamente recibe tratamiento grupal.

12. Referencias bibliográficas

- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. y Pujol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*, (17), 34. Recuperado de: <http://envejecimiento.cisc.es/>.
- Alonso, M.A. y Prieto, P. (2004). Validación de la versión en español del Test Conductual de Memoria de Rivermead (RBMT) para población mayor de 70 años. *Psicothema*, 16(2), 325-328. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1201.pdf>.
- Arnés, K. (2010). Procesos psicológicos básicos. Un análisis funcional. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/39736963/trabajo-organizaciones>.
- Alzheimer Association (2009). *Las 10 señales*. Chicago, EU.: Alz.org/español: Alzheimer Association. Recuperado de: https://www.alz.org/espanol/signs_and_symptoms/las_10_senales.asp.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). 4ª Ed. Washington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 1994.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Atkinson, R. y Shiffrin, R. (1968). Modelo de procesamiento de la información denominado de los tres almacenes propuesto por Atkinson y Shiffrin (1968) [Figura]. Recuperado de: <http://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/psicologia/Documentos/La%20memoria.pdf>
- Baddeley, A. (2000). Short-term and working memory. *The Oxford Handbook of Memory*, (77-92).
- Ballesteros, S. (2005). *Aprendizaje y memoria en la vejez*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bravo, I. (2013). *Logopedia en el Alzheimer*. Alcalá de Henares, Madrid, España: Vitalia. Recuperado de: <https://vitalia.es/n1551/logopedia-en-el-alzheimer>.
- Bonet, T. (2008). *Bases anatómicas y fisiológicas del sueño*. Valencia, España: Mural. Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://mural.uv.es/teboluz/index2.html>.
- Catalina, J.J. (2017). Intervención logopédica en lectura, escritura y cálculo [Material de clase]. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.
- Croisile, B. (2005). Writing, aging and Alzheimer's disease. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 3(3), 183-197.
- Domínguez, F.J. y Fernández-Abascal, E. (2004). El deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer. *Jano: Medicina y Humanidades*, 67(1530).
- Etchepareborda, M.C. y Abad-Mas, L. (2005). Memoria de trabajo en los procesos básicos de aprendizaje. *Revista de Neurología Red-Cenit Valencia*, 40(1), 79-83.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid, España: Pirámide.

- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A., Menezes, V. y Ramos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 115-123.
- Florentino, M.J. (2016). *Intervención logopédica en la Enfermedad de Alzheimer* (tesis de grado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Forbes-McKay, K.E., Shanks, M.F. y Venneri, A. (2004). The evolution of dysgraphia in Alzheimer's disease. *Brain Research Bulletin*, 63(1), 19-24.
- García, A. (2014). *Proyecto de prevención para evitar la pérdida de memoria en Personas Mayores en Cruz Roja Valladolid* (tesis de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Garrard, P., Maloney, L.M., Hodges, J.R. y Patterson, K. (2005). The effects of very early Alzheimer's disease on the characteristics of writing by a renowned author. *Brain*, 128(Pt 2), 250-260. doi: 10.1093/brain/awh341.
- Gil i Saladié, D. (1988). El lenguaje en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 8(4), 199-205.
- Glosser, G., Grugan, P. y Friedman, R.B. (1999). Comparison of reading and spelling in patients with probable Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 13(3), 350-358.
- Gómez, C. (2008). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana.
- González, E. (2017). *Intervención logopédica en tercera edad* [Material de clase]. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.
- Gorno-Tempini, M.L., Dronkers, N.F., Rankin, K.P., Ogar, J.M., Phengrasamy, L., Rosen, H.J. ... Miller, B.L. (2004). Cognition and anatomy in three variants of primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 55, 335-346.
- Graham, N.L. (2000). Dysgraphia in dementia. *Neurocase*, 6(5), 365-376.
- Gillund, G. (1984). A retrieval model for both recognition and recall. *Psychological Review*, 91(1), 1-67.
- Henderson, V.W., Buckwalter, J.G., Sobel, E., Freed, D.M. y Diz, M.M. (1992). The agraphia of Alzheimer's disease. *Neurology*, 42(4), 777-784.
- INE (2013). Defunciones según la causa de muerte año 2011. [Nota de prensa]. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>.
- Jacobs, D., Sano, M., Dooneief, G., Marder, K., Bell, K. y Stern, Y. (1995). Neuropsychological detection and characterization of preclinical Alzheimer's disease. *Neurology*, 45, 957-62.
- Junqué, C. y Jurado, M.A. (2009). *Envejecimiento, demencias y otros procesos degenerativos*. Madrid, España: Síntesis.
- Kaplan, E., Goodglass, H. y Weintraub, S. (1983). *Test de Vocabulario de Boston*. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. Madrid, España: Médica Panamericana.

- LaBarge, E., Smith, D.S., Dick, L. y Storandt, M. (1992). Agraphia in dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology*, 49(11), 1151-1156.
- Laine, M., Vuorinen, K. y Rinne, J.O. (1997). Picture naming deficits in vascular and Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol*, 19, 136-140.
- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerra, J., y Seva Díaz, A. (1980). "El Mini-Examen Cognoscitivo" (Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos). *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14(5), 39-57.
- Martínez, C. (2015). *El deterioro de la escritura en lengua española en la enfermedad de Alzheimer* (tesis doctoral). Universidad de Oviedo, Asturias.
- Martínez, R. (2013). *Estimulación cognitiva para personas con Alzheimer: diseño de un programa de intervención* (tesis de máster). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E. y Claver, M.D. (2001). Programas de entrenamiento de memoria. Método U.M.A.M. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, 255 - 278.
- Montoro Membila, N., Montes Ruiz-Cabello, J. y Arnedo Montoro, M. (2012). Demencia de tipo Alzheimer. Neuropsicología: A través de casos clínicos. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Murcia, S. (2012). *Un estudio sobre la influencia del entrenamiento cognitivo en pacientes con la Enfermedad de Alzheimer* (tesis de máster). Universidad de Almería, Almería.
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Ostrosky-Solís, F. (1998). Cuando la memoria falla. *Ciencias*, 49, 30-35.
- Ostrosky-Solís, F. y Lozano, A. (2003). Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21, 39-51.
- Ostrosky-Solís, F. y Gutiérrez-Vivo, J. (2002). Toc-Toc: Hay alguien ahí. México: Infored.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*. Barcelona, España: Fundación "la Caixa".
- Pérez, J.L. (2012). El déficit lingüístico en personas con demencia de tipo Alzheimer: breve estado de la cuestión. *Pragmalingüística*, 20 (2012), 220-238.
- Puyuelo, M. y Bruna, O. (2006). Envejecimiento y lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(4), 171-173. doi: 10.1016/S0214-4603(06)70111-5.
- Romagnoli, M.S. (2013). *Arteterapia, identidad y expresión en personas con Enfermedad de Alzheimer* (tesis de máster). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Ruiz, J. (2002). *Memoria y olvido. Perspectiva evolucionista, cognitiva y neurocognitiva*. Madrid, España: Trotta.
- Sánchez, A.B., Dumitrache, C.G., Calet, N. y de los Santos, M. (2016). Intervención en un paciente con Enfermedad de Alzheimer: anomia léxica. *Revista de Investigación en Logopedia*, 6(1), 70-87.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation. Theory and Practice*. New York, EU.: The Guilford Press.

- Shiffrin, R.M. y Atkinson, R.C. (1969). Storage and retrieval processes in long term memory. *Psychological Review*, 76(2), 179-193. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/7056/1dc0dc8982a68c2891155c07783125f09842.pdf>
- Strain, E., Patterson, K., Graham, N. y Hodges, J.R. (1998). Word reading in Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal analyses of response time and accuracy data. *Neuropsychologia*, 36(2), 155-171.
- Tarazaga, M.I. (2014). Evaluación neuropsicológica y plan de tratamiento de un caso de demencia tipo Alzheimer. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 1(1), 1-16.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S. y Llorente, A. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona, España: Fundación ACE.
- Vendrell, J.M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de neuropsicología del lenguaje*, 32(10), 980-986.
- Vuorinen, E., Laine, M., y Rinne, J. (2000). Common pattern of language impairment in vascular dementia and in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 14(2), 81-86.
- Ruiz, J. (2002). *Memoria y olvido*. Perspectiva evolucionista, cognitiva y neurocognitiva. Madrid, España: Trotta.
- Wainer, A. (2012). Estudio de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Scielo*, 16(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102012000200010.
- Weiner, M. y Lipton, A. (2010). *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Texas, EU.: Médica Panamericana.
- Webb, W. y Adler, R. (2010). *Neurología para el logopeda*. 5ta Edición. Barcelona, España: Elsevier-Masson.
- Zamarrón, M.A., Tárraga, L. y Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.

13. Anexos

Anexo A: Carta de presentación sobre el programa

HOJA DE INFORMACIÓN A FAMILIARES Y USUARIOS PARA LA CORRECTA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Estimado lector/es:

Mi nombre es Silvia Palenzuela Abellón, alumna de cuarto curso del Grado de Logopedia impartido en la Universidad de Valladolid.

Me dirijo a usted/es con el propósito de informarles sobre el programa que deseo llevar a cabo con la colaboración de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valladolid (AFAVA) y en el cuál le invito a participar.

La participación en este programa es de carácter voluntario, pudiéndose decidir la participación o no participación en el mismo sin que esta decisión afecte o se encuentre vinculada a su relación con el Centro.

El programa que se presenta constituye el Trabajo de Fin de Grado, incluido en el V módulo y ponderado con 6 ECTS, en el que el alumno desarrolla las habilidades instrumentales necesarias para la capacitación y desempeño futuro de su carrera profesional, así como la finalización de la titulación.

El presente Trabajo de Fin de Grado constituye un programa de intervención en memoria y lenguaje desde el ámbito de la Logopedia, con el fin de rehabilitar el deterioro producido en ambas funciones cognitivas así como frenar el avance de la enfermedad de manera global, todo ello en función de las características de la paciente escogida y su patología.

El tiempo estimado de duración será de dos meses aproximadamente, donde la paciente recibirá dos sesiones semanales de 45 minutos, sin conllevar ningún riesgo para la salud del participante, y siendo el lugar de aplicación el propio centro en el que el usuario se encuentre institucionalizado.

Cabe destacar que con la elaboración de este programa se pretende contribuir a la producción de conocimientos en el ámbito de la Logopedia y de la enfermedad de Alzheimer, repercutiendo en el bienestar de toda la sociedad.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. Los datos recogidos estarán identificados mediante un código, por lo que la identidad de su familiar aparecerá de manera anónima; garantizando en todo momento la protección de su identidad.

Una vez finalizado el programa y tras haber presentado el trabajo ante el profesorado y el tribunal correspondiente, los datos recogidos durante la investigación pasarán a ser privados y se requerirá de una nueva autorización para utilizarlos en futuras investigaciones.

Se adjunta en esta carta el formulario de consentimiento informado necesario para realizar el trabajo.

Mi más sincero agradecimiento por su colaboración e interés.

Un cordial saludo,

Teléfono de contacto: 664 725 646

Dirección de correo electrónico: silviapalenzuela25@gmail.com

Fdo.: Silvia Palenzuela Abellón

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Silvia', with a stylized flourish underneath.

Anexo B: Ejemplos de actividades del programa de intervención

Ejercicio 1. Memoria semántica: relacionar cada palabra con su categoría.

RELACIONA CADA PALABRA CON SU CATEGORÍA

Profesiones	Colores	Medios de transporte	Prendas de ropa
Animales	Herramientas	Utensilios de cocina	Plantas
Parentescos	Alimentos	Material de oficina	Muebles

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. Sofá - | 13. Vestido - |
| 2. Cuchara - | 14. Cuchillo - |
| 3. Amarillo - | 15. Martillo - |
| 4. Padre - | 16. Azul - |
| 5. Carpintero - | 17. Abuelo - |
| 6. Rana - | 18. Médico - |
| 7. Autobús - | 19. Mariposa - |
| 8. Destornillador - | 20. Galleta - |
| 9. Plátano - | 21. Helicóptero - |
| 10. Sombrero - | 22. Grapadora - |
| 11. Geranio - | 23. Cactus - |
| 12. Carpeta - | 24. Lámpara - |

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 2. Memoria semántica: señalar, entre dos opciones, que es la palabra dada.

ELIGE LA RESPUESTA CORRECTA

- DUERO**..... Río / Océano
- SORIA**..... Castilla / Aragón
- ANTONIO MOLINA**..... Pintor / Cantante
- PINO**..... Árbol / Flor
- LA ESTATUA DE LA CIBELES**..... Madrid / Valencia
- EBRO**..... Mar / Río
- TORDESILLAS**..... Valladolid / Salamanca
- MANOLO ESCOBAR**..... Cantante / Torero
- PALMERA**..... Flor / Árbol
- LA SAGRADA FAMILIA**..... Santander / Barcelona
- GUADIANA**..... Río / Laguna
- BADAJOS**..... Galicia / Extremadura
- ROCIO JURADO**..... Periodista / Cantante
- PENSAMIENTO**..... Flor / Árbol
- LA TORRE EIFFEL**..... París / Valencia
- PISUERGA**..... Cádiz / Valladolid
- LISBOA**..... Portugal / Alemania

ROCIO DURCAL..... Cantante / Actriz

SAUCE..... Árbol / Semilla

LA ESTATUA DE LA LIBERTAD..... Rusia / Estados Unidos

TAJO..... Pantano / Río

ROMA..... Inglaterra / Italia

ANTONIO MACHÍN..... Médico / Cantante

CLAVEL..... Flor / Fruto

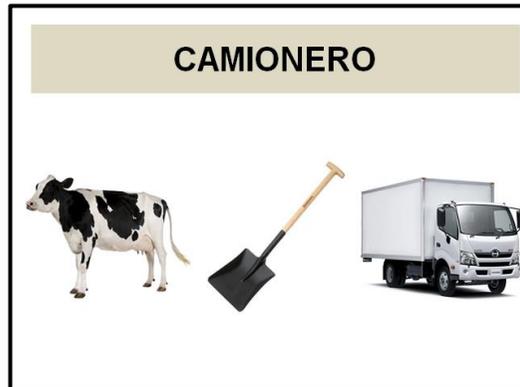
LAS CASAS COLGADAS..... Lugo / Cuenca

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 3. Memoria semántica: asociar cada imagen con lo que representa.

SEÑALA EL OBJETO QUE UTILIZA CADA PROFESIONAL EN SU TRABAJO (explicación oral)



ARBAÑIL



POLICÍA



ZAPATERO



MECÁNICO



CAMARERA



Ejercicio 4. Memoria semántica: localizar las palabras propuestas en el mapa.

LOCALIZA EN EL MAPA LAS SIGUIENTES COMUNIDADES



1	Galicia	11	Comunidad Valenciana
2	Cataluña	12	Castilla y León
3	La Rioja	13	Asturias
4	Madrid	14	Islas Baleares
5	Extremadura	15	Cantabria
6	Andalucía	16	Castilla La Mancha
7	Islas Canarias	17	Murcia
8	Ceuta	18	Navarra
9	País Vasco	19	Aragón
10	Melilla		

DI DOS CIUDADES QUE PERTENEZCAN A LAS SIGUIENTES COMUNIDADES

Galicia - _____

Cataluña - _____

Extremadura - _____

Andalucía - _____

Islas Canarias - _____

País Vasco - _____

Castilla y León - _____

Castilla La Mancha - _____

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 5. Memoria de trabajo: completar frases con una o dos palabras.

COMPLETA LAS FRASES

1. La capital de Francia es..... y la capital de España es.....
2. Los calcetines se ponen en los..... y los guantes se ponen en las.....
3. El primer mes del año es..... y el segundo mes del año es.....
4. El árbol que da manzanas es el..... y el árbol que da naranjas es el
5. Por la mañana sale el..... y por la noche sale la.....
6. En primavera salen las..... y en otoño se caen las.....

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 6. Memoria de trabajo: leer una historia y después, contestar las preguntas.

LEE EL TEXTO ANTES Y CONTESTA LAS PREGUNTAS

Juan y Teresa han decidido celebrar sus bodas de oro organizando una cena para sus familiares. Esta tarde han ido al mercado a comprar los alimentos necesarios para preparar el menú. De primer plato prepararán huevos rellenos y de segundo plato besugo al horno. De postre han encargado una tarta de chocolate y nueces con cincuenta velas. Los invitados llegarán a partir de las nueve de la noche con la bebida y los regalos para Juan y Teresa.

1. ¿CÓMO SE LLAMAN LOS PROTAGONISTAS DE LA HISTORIA?

2. ¿QUÉ CELEBRAN JUAN Y TERESA?

3. ¿CÓMO CELEBRAN JUAN Y TERESA SUS BODAS DE ORO?

4. ¿DÓNDE HAN IDO A COMPRAR LOS ALIMENTOS NECESARIOS PARA PREPARAR EL MENÚ?

5. ¿QUÉ PREPARARÁN DE PRIMER PLATO? ¿Y DE SEGUNDO PLATO?

6. ¿DE POSTRE QUE HAN ENCARGADO? ¿CUÁNTAS VELAS TIENE LA TARTA?

7. LOS INVITADOS LLEGARÁN A PARTIR DE LAS NUEVE DE LA NOCHE CON LA _____ Y LOS _____

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 7. Memoria semántica: nombrar, recordar y escribir el nombre de cada objeto.



ENUMERA LOS OBJETOS QUE HAS VISTO

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 9. Memoria inmediata: completar frases con la información de las personas.

**OBSERVA LAS IMÁGENES. LEE ATENTAMENTE LA INFORMACIÓN Y
DESPUÉS, COMPLETA LAS FRASES**



- Este chico se llama **Iván**.
- Tiene **25 años**.
- Estudia **arquitectura**.



- Esta chica se llama **Sofía**.
- Tiene **30 años**.
- Es **actriz**.



- Este señor se llama **Ramón**.
- Tiene **75 años**.
- Está **jubilado**.



- Esta señora se llama **Concha**.
- Tiene **35 años**.
- Es **profesora de inglés**.



- Este chico se llama _____
- Tiene _____
- Estudia _____



- Esta chica se llama _____
- Tiene _____
- Es _____



- Este señor se llama _____
- Tiene _____
- Está _____



- Esta señora se llama _____
- Tiene _____
- Es _____

NOMBRE:

FECHA:

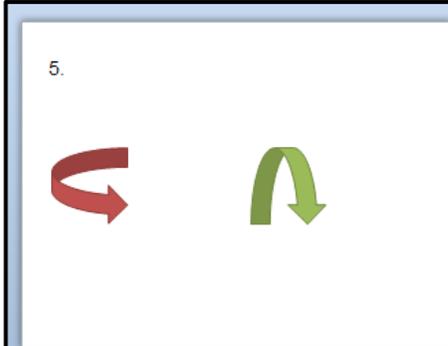
Ejercicio 10. Memoria de trabajo y memoria inmediata: denominar el color y la forma de la figura o únicamente la forma y después, nombrar cual ha desaparecido en cada serie.

DI EL NOMBRE DE CADA FIGURA Y SU COLOR. DESPUÉS, SEÑALA LA FIGURA QUE HA DESAPARECIDO (explicación oral)

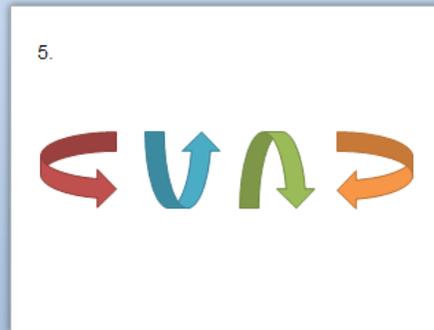
<p>Memoria de trabajo y memoria inmediata</p> 	1. 	1. 	1. 
1. 	1. 	2. 	2. 

<p>2.</p> 	<p>2.</p> 	<p>2.</p> 	<p>3.</p> 
<p>3.</p> 	<p>3.</p> 	<p>3.</p> 	<p>3.</p> 
9	10	11	12
13	14	15	16

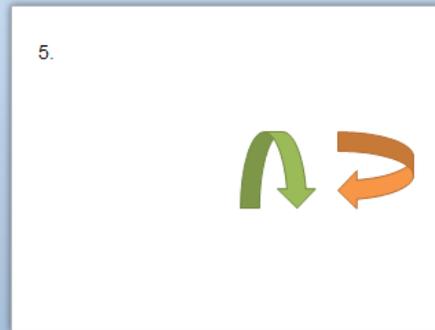
<p>3.</p> 	<p>3.</p> 	<p>4.</p> 	<p>4.</p> 
17	18	19	20
<p>4.</p> 	<p>4.</p> 	<p>4.</p> 	<p>5.</p> 
21	22	23	24



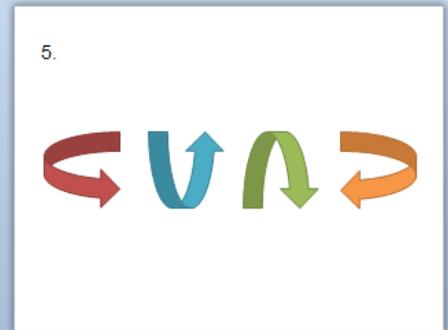
25



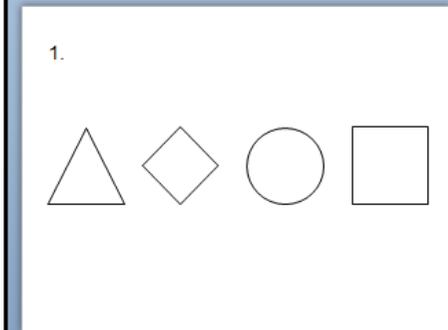
26



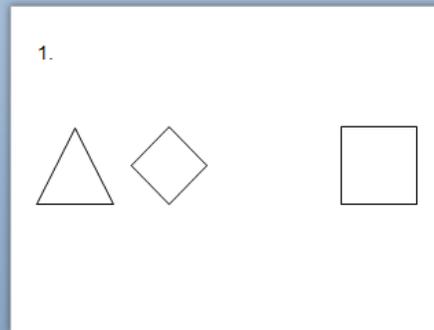
27



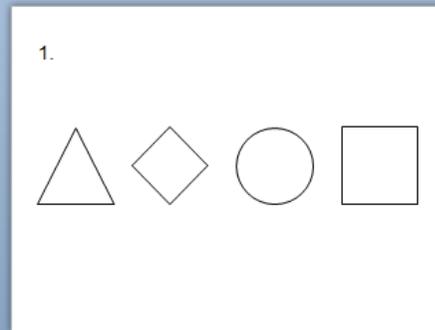
28



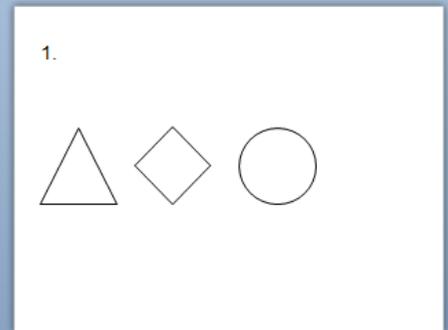
29



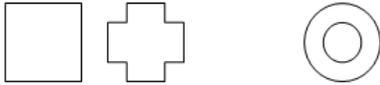
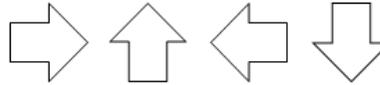
30



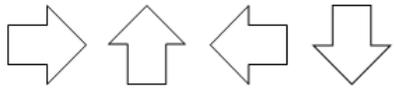
31



32

<p>1.</p> 	<p>2.</p> 	<p>2.</p> 	<p>2.</p> 
<p>33</p>	<p>34</p>	<p>35</p>	<p>36</p>
<p>2.</p> 	<p>2.</p> 	<p>3.</p> 	<p>3.</p> 
<p>37</p>	<p>38</p>	<p>39</p>	<p>40</p>

3.



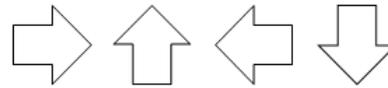
41

3.



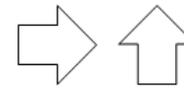
42

3.



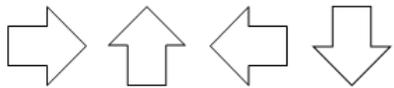
43

3.



44

3.



45

4.



46

4.

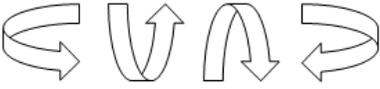
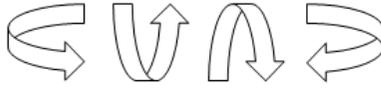


47

4.

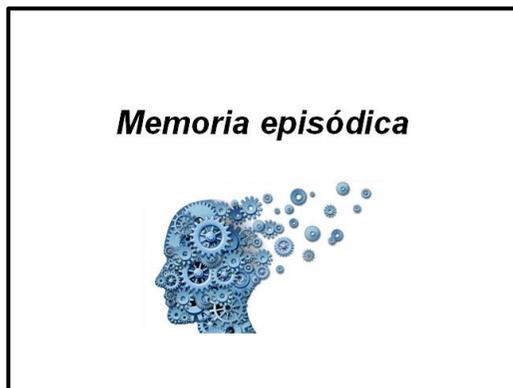


48

<p>4.</p> 	<p>4.</p> 	<p>5.</p> 	<p>5.</p> 
<p>49</p>	<p>50</p>	<p>51</p>	<p>52</p>
<p>5.</p> 	<p>5.</p> 	<p>5.</p> 	
<p>53</p>	<p>54</p>	<p>55</p>	

Ejercicio 11. Memoria episódica: leer un menú y escribir los platos que lo compone.

LEE EL MENÚ Y CONTESTA A LAS PREGUNTAS (explicación oral)



Menú 1

PRIMER PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
Sopa de verduras	Pechuga de pollo	Flan de huevo

- Menú 1**
1. ¿Qué había de primer plato?
 2. ¿Qué había de segundo plato?
 3. ¿Qué había de postre?

Menú 2

PRIMER PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
Arroz con calamares	Pimientos rellenos	Fruta

- Menú 2**
1. ¿Qué había de primer plato?
 2. ¿Qué había de segundo plato?
 3. ¿Qué había de postre?

Menú 3

PRIMER PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
Pasta con tomate	Atún con pimientos	Arroz con leche

Menú 3

1. ¿Qué había de primer plato?
2. ¿Qué había de segundo plato?
3. ¿Qué había de postre?

Menú 4

PRIMER PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
Garbanzos	Salpicón de marisco	Helado de nata

Menú 4

1. ¿Qué había de primer plato?
2. ¿Qué había de segundo plato?
3. ¿Qué había de postre?

Menú 5

PRIMER PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
Lentejas con chorizo	Merluza	Plátano

Menú 5

1. ¿Qué había de primer plato?
2. ¿Qué había de segundo plato?
3. ¿Qué había de postre?

Ejercicio 1. Denominación: dar la definición de la palabra y diga de que objeto se trata.

ESCUCHA LA DEFINICIÓN Y DI QUE OBJETO ES (explicación oral)

Denominación



Instrumento para escribir largo, delgado y de madera

Lápiz



Asiento individual con patas y respaldo

Silla



Aparato elevador que sirve para transportar personas o cosas de unos pisos a otros en un edificio

Ascensor



Mueble con puertas, estanterías y cajones para guardar ropa y otros objetos

Armario



Utensilio para cortar alargado, afilado y de metal

Cuchillo



Pelota grande, llena de aire que se usa para jugar o para practicar deporte

Balón



Prenda de vestir para cubrir la cabeza

Sombrero



Bolsa de tela suave y fina, rectangular, rellena de un material blando y que sirve para apoyar la cabeza cuando se está durmiendo

Almohada



Recipiente de forma circular, plano y que sirve para poner en él una ración individual de alimento

Plato



Ejercicio 2. Denominación: asignar a cada imagen la palabra que la representa.

UNE CADA OBJETO CON SU NOMBRE (explicación oral)

Denominación



LÁPIZ



BOLÍGRAFO



JAULA



COCHE



MANZANA



MOTO



DESTORNILLADOR



MARTILLO



GAMBA



PANTALÓN



SILLÓN



CAMISA



EDIFICIO



CASA



GALLO

	NARANJA
	SARDINA
	FRESA

	CAMISETA
	GUANTES
	ABRIGO

	CUCHARA
	TENEDOR
	MICROONDAS

	BARCO
	HELICÓPTERO
	AVIÓN

	MARGARITA
	CACTUS
	ROSA

Ejercicio 3. Denominación: decir el antónimo de la palabra mostrada y escribirla.

ESCRIBE LA PALABRA CONTRARIA

1. Bueno → _____
2. Alto → _____
3. Guapo → _____
4. Nuevo → _____
5. Listo → _____
6. Caro → _____
7. Limpio → _____
8. Grande → _____
9. Frío → _____
10. Lento → _____
11. Corto → _____
12. Cerca → _____
13. Dentro → _____
14. Subir → _____
15. Delante → _____
16. Blanco → _____
17. Gordo → _____

18. Simpático → _____

20. Ancho → _____

21. Real → _____

22. Verano → _____

23. Salado → _____

24. Líquido → _____

25. Triste → _____

26. Sano → _____

27. Complicado → _____

29. Sol → _____

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 4. Lectoescritura: escribir una frase que tenga la palabra propuesta.

ESCRIBE UNA FRASE DONDE APAREZCA LA SIGUIENTE PALABRA

- Periódico

- Fruto

- Sueño

- Caramelo

- Cereza

- Océano

- Corazón

- Tulipán

- Cuaderno

- Ensalada

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 5. Evocación categorial y lectoescritura: escribir una palabra de una categoría gramatical determinada con cada letra del abecedario.

**ESCRIBE UNA PALABRA RELACIONADA CON EL MERCADO QUE COMIENZE
CON CADA UNA DE LAS SIGUIENTES LETRAS**

A _____

M _____

B _____

N _____

C _____

O _____

D _____

P _____

E _____

Q _____

F _____

R _____

G _____

S _____

H _____

T _____

I _____

U _____

J _____

V _____

K _____

Y _____

L _____

Z _____

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 6. Evocación categorial y lectoescritura: escribir objetos que pertenezcan a una determinada categoría semántica.

DI CINCO OBJETOS QUE PODEMOS ENCONTRAR EN ESTOS LUGARES

COCINA	BAÑO	SALÓN

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 7. Discriminación verbal: señalar la palabra que no pertenece a la categoría.

SEÑALA LA PALABRA QUE SOBRA Y DI PORQUÉ (explicación oral)

Discriminación



LÁPIZ BOLÍGRAFO JAULA



MOTO COCHE MANZANA



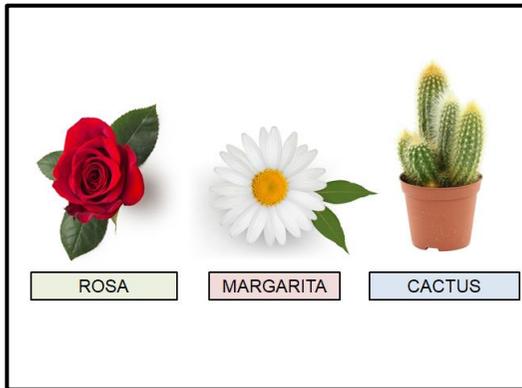
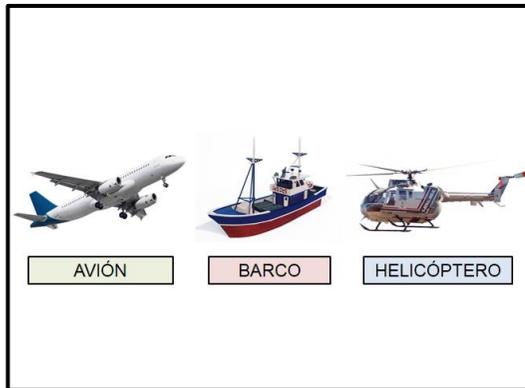
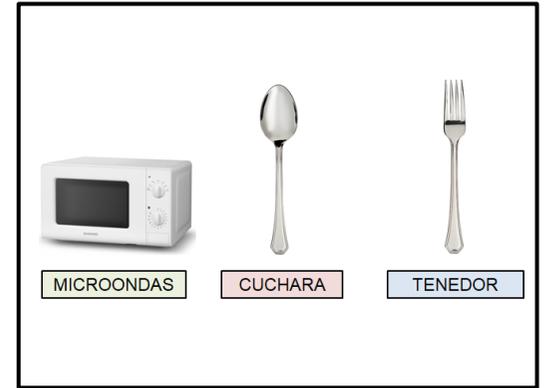
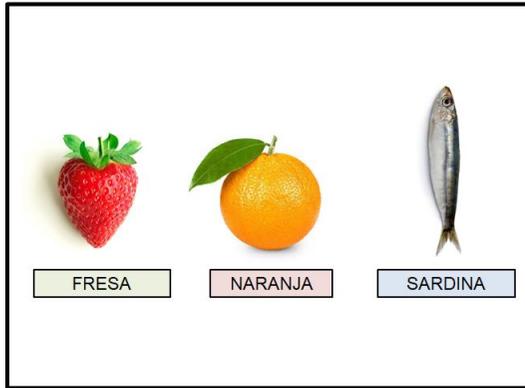
GAMBA DESTORNILLADOR MARTILLO



PANTALÓN CAMISA SILLÓN



CASA GALLO EDIFICIO



Ejercicio 8. Discriminación verbal: clasificar las palabras en campos semánticos.

**CLASIFICA LAS PALABRAS SEGÚN SEAN OBJETOS QUE ENCONTREMOS EN
EL MAR O EN LA MONTAÑA**

Arena, nieve, setas, flotador, cazadores, toalla, sombrilla, tiburón, abeja, bañador, barcos, peces, lobos, bañistas, río.

MAR	MONTAÑA

CLASIFICA LAS PALABRAS SEGÚN SEAN OBJETOS QUE USEMOS EN
VERANO O EN INVIERNO

Playa, nieve, bufanda, bañador, guantes, piscina, Navidad, abrigo, vacaciones, barca, calefacción, calor, frío.

VERANO	INVIERNO

NOMBRE:

FECHA:

Ejercicio 9. Lenguaje automático: completar refranes.

COMPLETA LOS REFRANES

1. Más vale pájaro en mano.....
2. A la vejez.....
3. Al pan, pan.....
4. En boca cerrada.....
5. A quien madruga.....
6. Dime con quién andas.....
7. En abril.....
8. Cada oveja.....
9. Mucho ruido.....
10. A caballo regalado.....

NOMBRE:

FECHA:

Anexo C: Prueba final de evaluación.

Orientación

1. ¿Qué día de la semana es hoy?	___ (1)
2. ¿Qué día del mes es hoy?	___ (1)
3. ¿En qué mes estamos?	___ (1)
4. ¿En qué año estamos?	___ (1)
5. ¿En qué estación estamos?	___ (1)

1. ¿Dónde estamos?	___ (1)
2. ¿En qué planta estamos?	___ (1)
3. ¿En qué barrio estamos?	___ (1)
4. ¿En qué ciudad estamos?	___ (1)
5. ¿En qué país estamos?	___ (1)

Fijación

Repite estas tres palabras: peseta, caballo, manzana. _____(3)

Concentración y cálculo

Si tienes 30 pesetas y te van quitando de 3 en 3. ¿Cuántas te van quedando? _____(5)

Repite: 5 - 9 - 2 (repetir hasta que se lo aprenda).

Ahora hacia atrás. _____(3)

Memoria

¿Recuerdas las tres palabras que he dicho antes? _____(3)

Lenquaje y construcción

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repítalo con un reloj. _____(2)

Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" _____(1)

Una manzana y una pera son frutas. ¿Qué son un perro y un gato?

¿Qué son el rojo y el verde? _____(2)

Coge este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo.

___(3)

Lee esto y haz lo que dice.

___(1)

Cierre los ojos

Escribe una frase.

___(1)

Copia este dibujo.

___(1)

