

TRABAJO DE FIN DE GRADO.



Evaluación y planteamiento de un Programa de Intervención Logopédica en dos sujetos de la Tercera Edad.

Grado en Logopedia. Universidad de Valladolid.

Autora: Isabel García Porro. Tutor: Enrique González Martín.

23/06/2016



Contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	OBJETIVOS.....	6
III.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	7
	• Población.	7
	• Tercera edad.	7
	• Calidad de vida.	9
	• El lenguaje en la tercera edad.....	9
	• La labor del logopeda.....	11
IV.	METODOLOGÍA.	13
	• Fundamentación teórica.	13
	• Pruebas utilizadas.	14
	• Proceso de evaluación.....	16
V.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.	19
	• Resultados de las pruebas.....	19
	• Entrevistas y toma de contacto con la familia.	22
VI.	PLANTEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.	23
	• Programa de intervención Logopédica basado en la metodología. Sujeto 1.....	23
	• Programa de intervención Logopédica basado en las actividades. Sujeto 2.....	29
VII.	CONCLUSIONES GENERALES.....	34
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.	36
IX.	ANEXO 1.....	38
	• Entrevistas sujeto 1.	38
	• Entrevistas sujeto 2.	43
X.	ANEXO 2.....	48
	• Datos referidos al sujeto 1.....	48
	• Datos referidos al sujeto 2.....	68
XI.	ANEXO 3.....	88
	• Datos referidos al sujeto 1.....	88
	• Datos referidos al sujeto 2.....	89

RESUMEN.

Antecedentes: debido al incremento de la población de la tercera edad en nuestro país durante los últimos años, una serie de necesidades se hacen visibles en esta población y sin duda, serán susceptibles de tratamiento logopédico. El deterioro cognitivo, las dificultades en el lenguaje, la pérdida de autonomía o las dificultades articulatorias son algunas de estas necesidades

Objetivos: lo que queremos plasmar con este trabajo, es la importancia de la labor del logopeda con este colectivo, tanto dentro como fuera de los centros geriátricos. Además, queremos mostrar la importancia de una evaluación completa que comprenda todas las esferas de los sujetos, en la cual utilicemos todas las vías posibles para tener toda la información necesaria. Por último, tenemos que resaltar la importancia de la familia a lo largo de todo el proceso, tanto en la recogida de información como durante el proceso de intervención.

Metodología: la primera parte del trabajo se compone de una revisión bibliográfica de distintas fuentes. Partiendo de una exhaustiva evaluación a dos sujetos de la tercera edad, en la cual la familia tendrá un papel fundamental, se plantearán dos programas de intervención logopédica que se basarán en distintos aspectos como la metodología o las actividades.

Resultados: observando los resultados de la evaluación inicial se estima que los sujetos requieren de intervención logopédica y se plantean dos programas que, debido a la falta de tiempo, no han podido llevarse a cabo.

Conclusiones: la logopedia es un campo aún desconocido en la tercera edad y aunque su papel empiece a estar presente en algunos centros geriátricos, todavía queda mucho camino para llegar a ser reconocido por esta población. La tercera edad es una población susceptible de tratamiento logopédico; tenemos que tener en cuenta sus características individuales y sus demandas para poder elaborar un programa de intervención lo más individualizado posible.

Palabras clave: tercera edad, logopedia, evaluación, intervención, metodología, actividades.

ABSTRACT.

Background: due to the increasing of elderly population in our country during the last years, some specific needs become visible in this population. Those are undoubtedly amenable to treatment with speech therapy. Cognitive impairment, language difficulties, the loss of autonomy or articulatory difficulties are some of these needs.

Objectives: what we want to express in this work is the importance of the task of speech therapist with this collective, both inside and outside of old people's homes. Furthermore, we want to show the importance of a complete assessment, covering all spheres of the subjects in which we use all possible means to have all the necessary information. Finally, we have to emphasize the significance of the family throughout the whole process, both in the information collection and during the intervention process.

Methodology: the first part of the work is composed of a literature review of different sources. Departing from a thorough assessment made to two elderly subjects in which the family will have a key role, we will propose two speech therapy programs that will be based on various aspects such as methodology or activities.

Results: observing the results of the initial evaluation, it is estimated that the subjects require speech therapy and we propose two programs that, due to lack of time, have not been carried out.

Conclusions: speech therapy is still an unknown field in elderly; its role begins to be present in some nursing homes. Nevertheless, there is still a long way ahead for it to be recognized by this part of population. Elderly population is a part of the society that is subject of speech therapy treatment and thus, we must take into account their individual characteristics and demands to develop a program containing an as much as possible individualized intervention.

Keywords: elderly, speech therapy, evaluation, intervention, methodology, activities.

I. INTRODUCCIÓN.

La realización del presente trabajo se enmarca en la asignatura de “Trabajo de fin de Grado” cursada durante el segundo semestre del último curso del grado de Logopedia en la Universidad de Valladolid. Esta asignatura consta de 6 créditos, y para poder cursarla es necesario tener superados todos los créditos del grado.

Se trata de un trabajo autónomo por parte del alumno que gira en torno al tema elegido conjuntamente con el tutor, en este caso Enrique González, y el tema es 3ª edad. La elección de este tema vino dada por la presencia en mi familia de 4 personas de la tercera edad con diferentes necesidades, aunque finalmente para la elaboración del trabajo escogimos a dos de los cuatro sujetos.

Otras de las razones de la elección de este tema, fue que sin duda, se trata de un tema de absoluta actualidad, ya que en España aumenta la población envejecida a pasos agigantados, motivado sobre todo e por el aumento de la esperanza de vida de las personas.

La modalidad del trabajo elegido dentro de las 4 posibles será la A) trabajo práctico sobre una patología concreta la cual se compone de una evaluación e identificación de la sintomatología y una posterior intervención logopédica, que en este caso será un planteamiento de la misma que se llevará a cabo en los meses posteriores a su elaboración.

A lo largo del trabajo se van a exponer diferentes apartados en los cuales veremos el desarrollo del mismo.

Primero se plantean los objetivos que se pretenden cumplir. Posteriormente se presenta una fundamentación teórica, realizada a partir de una búsqueda bibliográfica, en la cual hemos recopilado la información necesaria sobre la que se sustenta este trabajo.

Más adelante pasamos a la metodología del trabajo en el cual vemos cual ha sido el proceso que hemos seguido durante su realización, no solo del trabajo, sino también el proceso de evaluación que hemos seguido.

A continuación encontramos el análisis de resultados donde se encuentran los resultados que hemos obtenido en las pruebas pasadas anteriormente.

Una vez recogidos todos los datos necesarios elaboramos dos programas de intervención diferentes, uno basado en la metodología y otro basado en las actividades. Con esto queremos aportar el punto creativo e innovador del trabajo, dado que la planificación de estos dos programas es relevante por haberse llevado a cabo de forma personal y aportando novedades a lo que se entiende por programa de intervención logopédico.

Por último para cerrar el trabajo añadimos un apartado de conclusiones.

II. OBJETIVOS.

Los objetivos que llevaremos a cabo a lo largo de la realización de este trabajo serán los siguientes:

- Elaborar una revisión sistemática de artículos y publicaciones relacionadas con la tercera edad y la logopedia.
- Conocer cuáles son las dificultades más destacables, tanto de carácter logopédico como general, de la población de la tercera edad.
- Exponer la labor del logopeda fuera de las enfermedades básicas con las que se asocia en la tercera edad como las afasias o las demencias.
- Apreiciar a los distintos sujetos susceptibles de intervención logopédica de manera global, atendiendo no solo a sus necesidades logopédicas, sino también, a sus características personales, su situaciones actual, tanto familiar como social, etcétera.
- Incidir en la importancia de una evaluación individualizada, elabora conjuntamente con la familia, el paciente y el evaluador.
- Destacar la importancia de la familia tanto en el proceso de evaluación como de intervención logopédica.
- Establecer las distintas áreas de actuación de la intervención logopédica.
- Proponer un programa de intervención logopédica para dos sujetos diferentes de la tercera edad que incluya ámbitos como actividades de la vida diaria, lenguaje, memoria, afectividad y situación familiar.
- Destacar la importancia de la logopedia y la labor de la misma en la población de la tercera edad, tanto en centros geriátricos como fuera de los mismos.

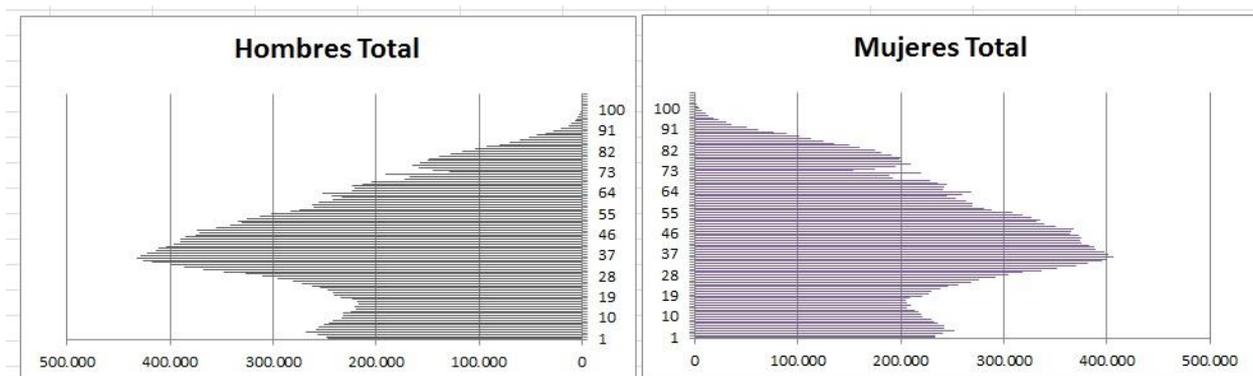
III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

- **Población.**

España es uno de los países más envejecidos de la Unión Europea (UE), según Eurostat, el 5,7 % de la población española tiene más de 80 años, es por ello también uno de los países con mayor esperanza de vida. Como podemos ver en la figura inferior, que corresponde a la pirámide de población española, elaborada a partir del censo de 2011, las personas que corresponden al grupo de tercera edad, desde los 65 años en adelante, en España asciende a un total de 8.116.347 personas.

Por este motivo, este tipo de población es de gran interés para la realización de este trabajo.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE



Estos datos son reveladores, la población envejecida es cada vez más numerosa, y tenemos que tener en cuenta sus necesidades, que parten de los cambios más importantes que se producen en las personas en esta etapa.

- **Tercera edad.**

El envejecimiento es un proceso continuado que empieza en el momento del nacimiento.

La tercera edad según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) corresponde a:

“Período avanzado de la vida de las personas en el que normalmente disminuye la vida laboral activa.”

Según Orosa Fraix (2003):

...La llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, [...] Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años...

Tenemos que conseguir disociar el término tercera edad del de patología, porque estas palabras no son sinónimos, ni van unidas, como podemos ver en el trabajo de Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2002) en el que explican: “La tercera edad no es una situación patológica, sino un periodo del ciclo vital en el que el deterioro biológico y cognitivo es un factor importante.”

Según Belando Montoro, M. (2000), son muchos los cambios que se producen durante el envejecimiento de una persona, pero es importante distinguir los cambios patológicos de la evolución normal en el envejecimiento.

Algunos de los cambios funcionales que se producen a esta edad son:

- El corazón pierde progresivamente su fuerza contráctil por lo que se produce una insuficiencia cardiaca.
- Disminuye la capacidad pulmonar y la eficiencia respiratoria.
- Hay una pérdida progresiva de dientes y deterioro de las encías.
- La digestión es más lenta, y hay una menor absorción de nutrientes.
- Los riñones funcionarán de manera menos eficaz y además se verá reducido su volumen.
- Se pierde tono muscular, masa ósea y elasticidad en las articulaciones.
- Se establece una postura encorvada flexionada hacia delante y una ligera inestabilidad.

También se producen cambios psicológicos como podemos ver en González, E (2012).

Se produce un deterioro en la inteligencia fluida, disminuye la memoria a corto plazo, disminuye la capacidad para resolver problemas y muestran una mayor dificultad para la realización de tareas simultáneas. También disminuye la percepción, en cambio, aumenta el tiempo de reacción, la respuesta ante los estímulos se encuentra reducida.

Se producen cambios en su carácter, se vuelven más irritables, tienden a discutir más.

En relación con el lenguaje tienen dificultades en encontrar la palabra adecuada, característica de la cual se hablará más adelante.

Estas son algunas de las características más importantes de esta población. Un objetivo que toda persona busca a lo largo de su existencia es la calidad de vida, aspecto importante que durante el envejecimiento sigue siendo definitivo.

- **Calidad de vida.**

Uno de los aspectos determinantes que podríamos decir que busca toda persona, es la calidad de vida, lo que podríamos definir como una compleja interacción de factores objetivos y subjetivos. Los factores objetivos constituirían unas condiciones externas como son las socioeconómicas, políticas, culturales o ambientales. Los factores subjetivos sería una auto-valoración que hace el sujeto de su vida. García-Viniegras, C. R. V., Gonzales Blanco, M., Fernández Garrido, J., & Ruiz Ros, V. (2005).

Mejorar la calidad de vida, debería ser un objetivo final de toda intervención, ya que es la base sobre la que se sustenta todo.

La calidad de vida es un término subjetivo, ya que cada persona tendrá unos objetivos que perseguir para que esto pase.

Aunque el bienestar es un objetivo final en cualquier programa de intervención, la parte que más nos concierne como logopedas será el lenguaje y todos los aspectos que lo componen.

- **El lenguaje en la tercera edad.**

Uno de los aspectos en los que nos vamos a centrar en este trabajo será el lenguaje, la disciplina que lo trabaja como ya sabemos es la logopedia.

Entendemos la logopedia como “la disciplina científica que se ocupa de la prevención, detección, evaluación e intervención reeducadora y rehabilitadora de los trastornos de la comunicación, del lenguaje, del habla, de la voz, de la audición y de la deglución, tanto en niños como en adultos”.

En relación al lenguaje cabe considerar que durante el proceso de envejecimiento continúa el desarrollo del lenguaje especialmente en algunos aspectos semánticos y a nivel de información general relacionado con las experiencias pero simultáneamente pueden aparecer problemas de acceso al léxico. Puyuelo, M., & Bruna, O. (2006).

El lenguaje es una de las áreas que pueden resultar afectadas en las personas de la tercera edad. Cada persona es un mundo y puede haber diferentes dificultades que se desarrollen en su lenguaje, aunque una de las más recurrentes será el fenómeno **“punta de la lengua” (PDL)**, el cual se refiere, a la dificultad para recordar palabras conocidas caracterizada por la sensación de que su recuerdo puede ser inminente. Mayo, D. F., Álvarez, M., Juncos, O., & González, M. S. R. (2006).

Existen diferentes estudios en los que explican varias teorías por las cuales este fenómeno es una de las características del lenguaje que más se ven afectados en la edad adulta como son: Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2002). Mayo, D. F., Álvarez, M., Juncos, O., & González, M. S. R. (2006). Puyuelo, M., & Bruna, O. (2006). Rabadán, O. J. (1993) Rabadán, O. J., de Juan, R. E., Rozas, A. P., & Maroño, M. D. C. T. (1998).

En este último, se encuentra una teoría “La teoría de déficit en la transmisión” en la cual explica cómo puede producirse este fenómeno. Esta teoría se explica por la **“Teoría de Nodos”**, los nodos son una amplia red de procesamiento donde se encuentra el léxico, ésta, está compuesta por tres niveles: 1) Nivel semántico, 2) nivel fonológico, 3) nivel articulatorio. La primera está compuesta por nodos posicionales y léxicos, la segunda por nodos que representan los componentes fonológicos de las unidades léxicas y la tercera por nodos que representan los diferentes grupos musculares. El problema vendría porque se reduce la transmisión de facilitación desde los nodos léxicos hasta los nodos fonológicos, es decir, las unidades léxicas se activan, pero la información fonológica queda inaccesible. Esto se produciría por un debilitamiento en las conexiones dentro de la red.

Además podemos encontrar otros estudios como el Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2003) en el que se evalúa la locuacidad, complejidad gramatical, el contenido informativo y la cohesión en 80 sujetos de edades comprendidas entre los 40 y 91 años. Los resultados son claros, existe un patrón de deterioro progresivo en la

mayoría de las dimensiones narrativas, excepto la locuacidad, que se hace patente a partir de los 60 años y se agrava a partir de los 70.

Este estudio abarca el lenguaje del anciano desde un punto de vista más amplio, ya que no solo se centra en el fenómeno PDL que se menciona anteriormente, sino que ahora se centra en los puros determinantes de un discurso narrativo. A la hora de plantear un programa de intervención, como logopedas tendremos que centrarnos en la globalidad del lenguaje de una persona y no ceñirnos a determinadas áreas del mismo.

El acceso al léxico, la comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso son aspectos del lenguaje donde entre en juego la memoria operativa, y son éstos, donde se manifiesta un mayor deterioro del lenguaje durante el proceso de envejecimiento. Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2002).

La memoria operativa, o memoria a corto plazo, es uno de los aspectos que más se deteriora durante la tercera edad, y su influencia en el lenguaje es clave por lo que debemos centrarnos en trabajarla y analizar sus componentes para mejorar su eficiencia.

Como vemos la importancia del lenguaje es clave y estos problemas que aparecen en la tercera edad es labor del logopeda resolverlos. La labor del logopeda en esta población es muy amplia, como veremos a continuación.

- **La labor del logopeda.**

“Cada vez es mayor el número de personas que, por diversos motivos, y en diversos contextos familiares, sociales y asistenciales, requieren una intervención en el área del lenguaje.” Rabadán, O. J. (1993).

Cuando nos referimos a atención logopédica no debemos centrarnos solamente en personas con determinadas patologías como demencias, afasias, disfonías, disartrias sino que debemos ampliarlo a toda esta población, ya que la logopedia tiene como objetivo **la prevención, atención y compensación del deterioro.**

Como se puede ver en el artículo de Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2002):

“Los logopedas no verán limitada su labor a la rehabilitación de ancianos con patologías específicas, como afasias o demencias, sino que tendrán que

actuar sobre los ancianos normales que ven como sus capacidades comunicativas se van deteriorando.”

Siguiendo con este artículo, las características que ha de tener una buena intervención logopédica en ancianos serían: tener un carácter sistémico, es decir, incidir en todos los ambientes del sujeto, tanto el familiar como el social. La intervención tiene que ser multidisciplinar, que incluya a diversos profesionales de distintas áreas, que se coordinen entre ellos. Debe ser una intervención basada en el análisis psicolingüístico de los sujetos. Por último, tiene que tener un objetivo final, favorecer las posibilidades de comunicación de los ancianos.

El papel del logopeda en esta intervención es clave entre sus funciones están: participar en el diagnóstico de los problemas de comunicación y lenguaje, participar en la programación general de la intervención, desarrollar los programas específicos en el medio hospitalario o en las residencias y desarrollar programas de intervención en la comunicación y el lenguaje en las familias.

Todas estas funciones se pueden desarrollar a través actividades específicas del lenguaje que se desarrollan en programas más específicos de las diferentes áreas del mismo, u otras actividades más relacionadas con otras dimensiones que pueden formar parte de un programa de intervención global. Como por ejemplo actividades de terapia ocupacional, terapia física, terapia socializadora, actividades de la vida diaria, actividades específicas de la voz y del canto...

Una intervención específica en el lenguaje tiene que tener como objetivo principal: reorganizar los procesos léxicos sintácticos y discursivos afectados y paliar el deterioro de los sistemas centrales atencionales y de inhibición.

Existen diferentes contextos en los cuales el logopeda puede desempeñar este programa de intervención como son: hospitales, residencias de ancianos o centros de atención primaria. Desgraciadamente la presencia de los logopedas en estos marcos institucionales no siempre está reconocida. Debemos luchar por que en un futuro los logopedas puedan formar parte de estas instituciones, en los que su figura es tan importante.

IV. METODOLOGÍA.

A lo largo de este apartado vamos a desarrollar la metodología seguida para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

La realización de este apartado se divide en 3 partes, primero hablaremos de la fundamentación teórica y de los pasos que se han seguido para la elaboración de la misma. Después pasaremos a explicar las características de las pruebas utilizadas para la evaluación, y por último hablaremos del procedimiento a seguir en este proceso de evaluación.

- **Fundamentación teórica.**

Una vez elegido el tema y el tutor se concretó una tutoría para abordar distintos contenidos relacionados con el Trabajo de Fin de Grado. Tras ello se procede primero a la elaboración del marco teórico, para el cual, se necesita la lectura detallada de diferentes artículos relacionados con el tema a tratar, en este caso la tercera edad y la logopedia.

La búsqueda de material bibliográfico se llevó a cabo a través de diferentes buscadores como son: Google Académico, Índice Médico Español, Dialnet, ElSevier y Jstor.

Los criterios de búsqueda utilizados fueron: “Tercera edad”, “Tercera edad y lenguaje”, “Tercera edad y logopedia”, “Tercera edad y familia”, “Calidad de vida en la tercera edad”, “Cambios en el envejecimiento”, “Características del envejecimiento”, “Envejecimiento y lenguaje”, “El papel del logopeda en los centros geriátricos”, “Envejecimiento y deterioro cognitivo”, “Intervención logopédica en tercera edad”, “Lenguaje en la vejez”, “Fenómenos punta de la lengua en la Tercera edad”, “Cambios en el adulto mayor”, “Labor de la familia de las personas de la tercera edad”, “elderly”, “elderly and lenguaje”, “aging”, “aging and lenguaje”, “elderly and speech therapy”, “aging and verbal abilities”...

Otro criterio de búsqueda para reducir el primer cribado fue que los textos estuvieran completos, lo cual redujo el número considerablemente.

Tras una primera búsqueda, los artículos seleccionados ascienden a un total de 25. Después de una lectura previa de los mismos, se seleccionan un total de 13 artículos, posteriormente utilizados para la realización del marco teórico. Finalmente

los 13 artículos seleccionados son en castellano porque lo encontrado en otros idiomas no se ajustaba a los intereses del trabajo.

Los artículos seleccionados corresponden a los siguientes buscadores: Google académico 7, Dialnet 3 e Índice Médico Español 3.

Buscador	Total de artículos	Seleccionados
Google académico	831	7
Dialnet	174	3
Índice Médico Español.	198	3

Además de estos artículos también se consultaron algunos libros relacionados con la logopedia en la biblioteca pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, finalmente se utilizó 1: “Los logopedas hablan”, libro coordinado por profesores del Grado de Logopedia de la Universidad de Valladolid.

Finalmente para poder completar la fundamentación teórica, se consultaron varias páginas web: el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua y la página de estadísticas europeas “Eurostat”.

Una vez terminada esta parte nos centramos en el siguiente apartado del trabajo, en el cual, está inmersa la parte práctica del mismo.

- **Pruebas utilizadas.**

Para cumplir los objetivos propuestos en un principio, nos planteamos pasar una serie de pruebas de evaluación a los dos sujetos componentes del trabajo para poder proceder a un posterior análisis de los datos y un planteamiento de la intervención.

Dadas las características individuales de las personas de la tercera edad, citadas anteriormente, se considera especialmente relevante una evaluación completa que agrupe todas las esferas. Por este motivo las pruebas utilizadas fueron:

- Para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria el “Índice Barthel”.

- Para la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria la “Escala de Lawton y Brody”.
- Para la valoración de la función cognitiva y del lenguaje: “Miniexamen Cognoscitivo o MEC de Lobo”, el “Cuestionario de Pfeiffer. Valoración de la esfera cognitiva” y la “Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth”.
- Para valorar la función afectiva se utilizaron la “Escala de Depresión de Yesavage” y el “Inventario de Depresión de Beck”.
- Por último para la evaluación de la función social se eligieron el “Cuestionario de Baber” y el “Test de Apgar Familiar”.

El índice de Barthel fue diseñado por Mahoney y Barthel. Valora la capacidad de una persona de realizar de forma dependiente o independiente actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, deposición...). Consta de 10 parámetros, se les asigna a cada uno una puntuación entre cero y quince, pudiendo obtener una puntuación final de cien.

La Escala de Lawton y Brody nos permite valorar la capacidad de una persona para realizar actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente (usar dinero, cuidar la casa, transporte...). Consta de 8 ítems, y se suma un punto por cada actividad que se realice de manera independiente y cero si se necesita ayuda para realizarla.

El Miniexamen cognoscitivo o MEC de Lobo es una herramienta que se utiliza como ayuda al diagnóstico de demencias. Consta de 12 ítems separados en 5 áreas: orientación, micción, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. Cada ítem tiene una puntuación entre uno y cinco puntos, considerándose deterioro cognitivo una puntuación igual o menor a veinticuatro.

El cuestionario de Pfeiffer fue elaborado para valorar el deterioro cognitivo en pacientes mayores. Valora un conjunto de funciones relativamente básicas como son: memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática. Consta de 10 ítems y cada error suma un punto, se considera deterioro cognitivo a partir de cuatro o más errores.

La Escala de Demencia de Blessed, Tomilson y Roth elaborada por estos autores para la evaluación de las capacidades para el desarrollo de actividades cotidianas y la sintomatología clínica del paciente. Consta de 22 ítems divididos en 3 áreas: actividades de la vida diaria, hábitos y personalidad y conducta. Se considera deterioro mental puntuaciones superiores a cuatro puntos.

Escala de depresión de Yesavage elaborada para la evaluación del estado afectivo de los ancianos. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio. Consta de 15 ítems, las puntuaciones de cada uno de ellos están entre cero y un punto. Diez o más puntos indican una depresión establecida.

El Inventario de Depresión de Beck sirve para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Consta de 21 ítems con 4 respuestas posibles cada uno. Las puntuaciones van de los cero a cuatro puntos en cada ítem. A partir de once puntos se considera ya una leve perturbación del estado del ánimo.

El cuestionario Barber nos indica situación de riesgo psicosocial que hace al paciente más vulnerable ante los problemas de salud. Consta de 9 ítems, cada respuesta afirmativa vale un punto y se considera situación de riesgo a partir de una respuesta positiva.

El test de Apgar familiar es un instrumento de evaluación que nos muestra el funcionamiento de la unidad familiar del anciano de forma global. Se trata de un test que consta de 5 ítems en los que puedes contestar: casi nunca, a veces o casi siempre. Con una puntuación menos o igual a seis puntos se consideraría disfunción familiar.

Una vez vistas todas las particularidades de cada prueba pasaremos a ver el desarrollo del proceso de su aplicación en dos sujetos de la tercera edad.

- **Proceso de evaluación.**

Estas nueve pruebas fueron pasadas a los sujetos en dos sesiones diferentes.

En una primera sesión administramos las pruebas: “Índice Barthel”, “Escala de Lawton y Brody”, “Miniexamen Cognoscitivo o MEC de Lobo”, “Escala de Depresión

de Yesavage”, “Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth” y “Cuestionario de Pfeiffer. Valoración de la esfera cognitiva”.

Estas pruebas las pasamos a los dos sujetos por separado, de manera individual en una sala sin distracciones y sin ninguna interrupción, el día 27 de Febrero de 2016, con una duración total de 19 minutos al sujeto 1 y 22 minutos al sujeto 2.

Una semana después el 5 de Marzo de 2016 procedimos a pasar el resto de las pruebas: “Inventario de Depresión de Beck”, “Cuestionario de Baber” y el “Test de Apgar Familiar”.

Siguiendo el mismo procedimiento que la semana anterior las pruebas se administraron por separado, en el mismo lugar. La duración de las pruebas fue de un total de 8 minutos en el caso del sujeto 1 y 10 minutos en el caso del sujeto 2.

Tras un análisis de estas pruebas se llegó a la conclusión de que los datos obtenidos eran insuficientes para poder realizar un planteamiento de una intervención, por lo que se tomaron dos decisiones diferentes.

Por una parte realizamos una breve entrevista sobre aspectos referidos al anciano, en los que se incluía tanto características personales de cada uno como posibles expectativas futuras. Esta entrevista fue contestada por los hijos de los sujetos, para poder ampliar la información que teníamos de la mano de las personas que mejor les conocen. (Véase Anexo 1)

Por otra parte decidimos pasarles a ambos sujetos una prueba más, esta vez más relacionada con el lenguaje, el Test Token para valorar la de comprensión y percepción del lenguaje. Esta prueba consta de 20 fichas de 5 colores y dos tamaños que son manejados por el sujeto atendiendo a las órdenes verbales del examinador. Hay 5 partes de órdenes verbales, en las cuales, aumenta progresivamente su complejidad. Una de las características especiales de este test es que la comprensión de cada palabra de la orden dada, es indispensable para cumplir la tarea.

Las entrevistas fueron enviadas a los familiares de los sujetos durante el mes de Marzo y las respuestas fueron recibidas al finalizar el mismo. Viendo las respuestas obtenidas, pudimos darnos cuenta que algunos aspectos obtenidos en las pruebas

no se correspondían al cien por cien con la realidad, por lo que además se concertó una reunión con cada familia para abordar distintos detalles de la vida diaria de los sujetos, historia clínica, aspectos relevantes que se llevaron a cabo durante una toma de contacto con la familia.

El Test Token fue administrado el día 2 de Abril de 2016 a ambos sujetos de manera individual con una duración aproximada de 8 minutos.

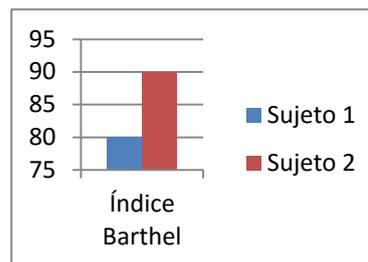
De esta manera añadíamos a las pruebas de evaluación utilizadas una subjetiva, que son las entrevistas, y una objetiva que es el Test Token.

Una vez pasadas todas las pruebas, procedemos al análisis de los resultados de las mismas.

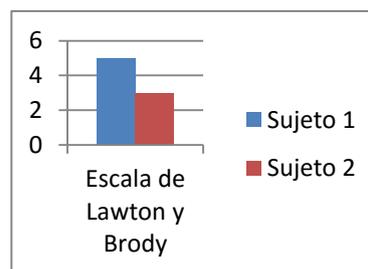
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

- **Resultados de las pruebas.**

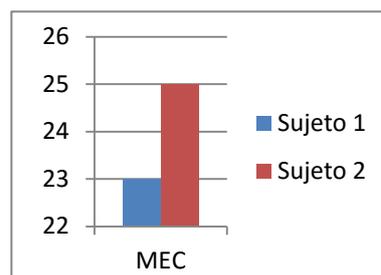
Índice Barthel. Ambos sujetos obtuvieron una puntuación parecida, el sujeto: ochenta sobre cien y el sujeto 2: noventa sobre cien. Esto indica una dependencia ligera en las actividades básicas de la vida diaria.



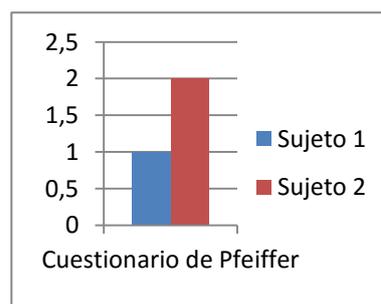
Escala de Lawton y Brody ambos sujetos obtuvieron una puntuación parecida, el sujeto 1, cinco puntos y el sujeto 2, tres puntos. Este resultado indica en el primer sujeto una independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, y por el contrario en el segundo sujeto indica una dependencia.



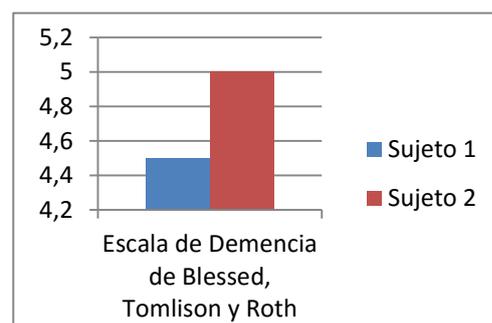
Miniexamen Cognoscitivo. El sujeto 1 obtuvo una puntuación de veintitrés, lo cual indica deterioro cognitivo leve. El sujeto 2 obtuvo una puntuación de veinticinco, lo cual indica un discreto déficit cognitivo.



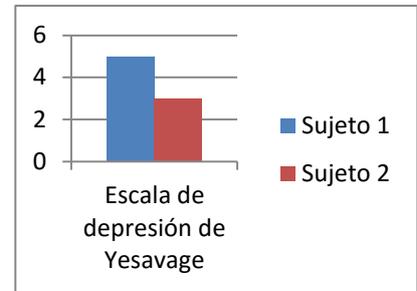
Cuestionario de Pfeiffer. El sujeto 1 obtuvo un punto en esta prueba y el sujeto 2 obtuvo dos puntos en esta prueba. Ambos resultados se encuentran dentro de la normalidad.



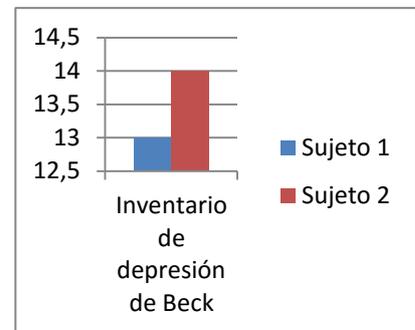
Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth. El sujeto 1 obtiene una puntuación de cuatro y medio y el sujeto 2, cinco puntos, lo cual indica en ambas situaciones la existencia de un deterioro mental.



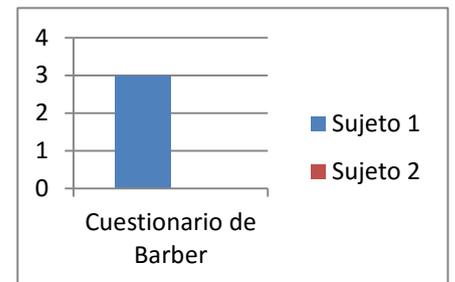
Escala de depresión de Yesavage. El sujeto 1 obtiene en esta prueba cinco puntos mientras que la puntuación del sujeto 2 son tres puntos. Los dos resultados se encuentran dentro de la normalidad en esta escala.



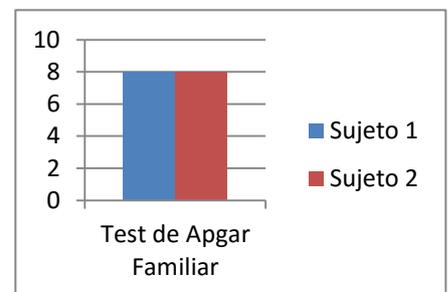
Inventario de depresión de Beck. El sujeto 1 obtiene en este inventario un total de trece puntos y el sujeto 2, catorce puntos. Tras el análisis de resultados se concluye que ambos sujetos tienen una leve perturbación del estado de ánimo.



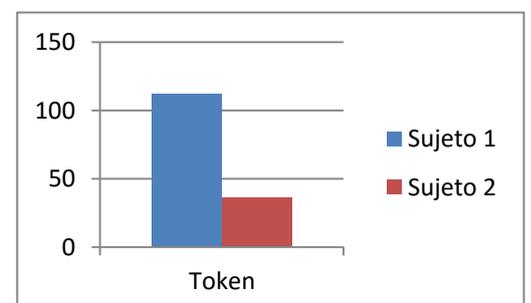
Cuestionario de Barber. El sujeto 1 obtiene una puntuación de tres y el sujeto 2 obtiene cero puntos. En este caso el primer sujeto obtiene una puntuación que podría sugerir una situación de riesgo, mientras que el segundo sujeto no se encontraría en esta situación.



Test de Apgar Familiar. Tanto el sujeto 1 como el 2 obtienen una puntuación de ocho, lo cual establece la funcionalidad del núcleo familiar.



Token. El sujeto 1 obtiene un total de ciento veintidós puntos mientras que el sujeto 2, obtiene un total de 36 puntos. A pesar de la diferencia de los resultados, ambos se mantienen dentro de los percentiles normales.



Véase Anexo 2 donde aparecen las pruebas completas con los resultados de los sujetos 1 y 2.

Analizando los resultados obtenidos hasta ahora podemos llegar a estas conclusiones:

- Ambos sujetos son independientes a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria, no obstante es un área que podemos trabajar ya que ninguno de los dos es totalmente independiente.
- En las actividades instrumentales de la vida diaria, a pesar de tener puntuaciones muy próximas (cinco puntos sujeto 1 y tres puntos sujeto 2), al sujeto 2 no se le considera independiente en este campo, mientras que al sujeto 1 sí.
- Cuando hablamos de la esfera cognitiva trabajamos con los datos de tres pruebas, el Miniexamen cognoscitivo, el Cuestionario Pfeiffer y la Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth en los cuales vemos resultados opuestos:
 - En el Miniexamen cognoscitivo el sujeto 1 obtiene un resultado de deterioro cognitivo leve, mientras que el sujeto 2 tiene un discreto déficit.
 - En el Cuestionario Pfeiffer ambos sujetos obtiene un resultado que descarta el deterioro cognitivo.
 - En la Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth ambas puntuaciones indican deterioro mental.
- Los resultados obtenidos en el área afectiva forman parte de la Escala de Depresión de Yesavage y el Inventario de Depresión de Beck, en el cual en la primera prueba ambos sujetos obtienen un resultado normal, y en la segunda los resultados obtenidos muestran una leve perturbación del estado de ánimo en los dos sujetos.
- A la hora de evaluar la situación de los sujetos se obtienen resultados dispares: el primer sujeto se encontraría en una situación de riesgo, mientras que el segundo no. Por lo tanto a la hora de planear nuestro programa de intervención deberíamos tener en cuenta estos datos.
- El núcleo familiar de ambos sujetos es bueno, por lo que es un punto fuerte donde podemos apoyarnos y completar la información obtenida durante el proceso de evaluación.
- Los resultados relativos a la comprensión de los sujetos son buenos, no obstante es un área que a la hora de intervenir no podemos dejar de lado, ya

que por las características de esta población, es una capacidad que puede ser susceptible de empeorar.

Además de los resultados de las pruebas tenemos que tener en cuenta las entrevistas pasadas a los familiares de ambos sujetos.

- **Entrevistas y toma de contacto con la familia.**

Después de analizar estas entrevistas y de tener diferentes reuniones con los familiares de estos sujetos podemos concluir que:

- Uno de los problemas que más preocupa dentro de la familia del sujeto 1 es el progresivo empeoramiento de la marcha en los últimos meses, que provoca una pérdida de autonomía notable.
- Ambos sujetos acuden al neurólogo como especialista. Incidir en la importancia del deterioro cognitivo sufrido por el sujeto 2 durante los últimos años, problema que más preocupa a su familia.
- Ninguno de los sujetos tiene una enfermedad diagnosticada, sin embargo, el sujeto 1 está a la espera de confirmación de un diagnóstico de Enfermedad de Parkinson.
- Ninguno de los familiares del sujeto 1 cree que su lenguaje haya empeorado, por el contrario en el sujeto 2 es un aspecto que todos creen que ha decaído.
- El sujeto 2 se ha sometido a tres intervenciones en el labio debido a la aparición repetida de un bulto y que esto le ha supuesto un empeoramiento en la articulación que hace que se dificulte su comprensión.
- La familia del sujeto 1 cree que una intervención logopédica no sería de ayuda ahora mismo, mientras que por el contrario la familia del sujeto 2 se muestra muy receptiva en cuanto a los beneficios que le reportaría una intervención logopédica.
- Ninguno de los familiares de los sujetos se muestra optimista respecto a la evolución de su progenitor.
- Las familias de los dos sujetos piensan que han perdido autonomía y que no podrían vivir solos. Los dos viven con sus cónyuges, y en el caso del sujeto 1 recibe ayuda de sus hijos diariamente y de una cuidadora que le ayuda con las tareas de la casa. La información sobre los aspectos personales de los dos pacientes lo encontramos en el Anexo 3 datos de los sujetos.

VI. PLANTEAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.

Una vez elaborada una exhaustiva evaluación a ambos sujetos pasamos a plantear un plan de intervención diferente en cada caso, la intervención del sujeto 1 se basará en la metodología y la intervención del sujeto 2 se basará en las actividades. Lo hacemos de esta manera porque aunque ambos programas tendrán los mismos apartados, como se verá a continuación, hemos querido que cada uno destaque por un aspecto diferente, enriqueciendo de esta manera el trabajo. Cada intervención constará de los siguientes apartados: objetivos, contenidos, metodología, actividades y temporalización.

- **Programa de intervención Logopédica basado en la metodología. Sujeto 1.**

OBJETIVOS.

Los objetivos de la intervención derivan de la evaluación inicial realizada al paciente, centrándonos en el lenguaje. En concreto son los siguientes:

1. Estimular las habilidades comunicativo-lingüísticas del sujeto.
 - 1.1. Favorecer la comprensión verbal en distintas situaciones de la vida cotidiana.
 - 1.2. Evitar el deterioro de las habilidades de expresión oral.
2. Prevenir el posible deterioro de la autonomía personal.
 - 2.1. Desarrollar destrezas necesarias para mantener las habilidades de autonomía personal.
3. Mejorar el desarrollo cognitivo.
 - 3.1. Potenciar el desarrollo de la memoria a corto plazo.
 - 3.2. Mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas.

CONTENIDOS.

De los objetivos que acabamos de exponer se obtienen los contenidos de nuestra intervención que son los siguientes:

- Esfuerzo por recordar aspectos que se le solicitan.
- Interés por expresarse de forma adecuada.
- Atención hacia las tareas que se le piden.
- Comprensión verbal oral y comprensión verbal escrita.
- Resolución de cálculos aritméticos propios de la vida cotidiana.
- Ejecución de praxias.
- Componentes del lenguaje: fonético-fonológico, morfo-sintáctico, léxico-semántico y pragmático.
- Destrezas de autonomía personal.
- Memoria a corto plazo.
- Funciones ejecutivas.

METODOLOGÍA.

Uno de los aspectos más importantes de este sujeto es el papel que la familia forma en su vida. Como hemos podido ver durante las entrevistas y el periodo de evaluación, el sujeto 1 recibe las visitas de su familia diariamente, debido a la progresiva pérdida de autonomía sufrida por las dificultades en la marcha. Este es un aspecto muy positivo que utilizaremos para el proceso de intervención, y por eso hemos decidido que este sea el “punto fuerte del programa”.

Para aprovechar todo este tiempo que pasan sus familiares con ella, lo que haremos será formar a la familia, en los aspectos relacionados con el proceso de intervención.

La labor del logopeda en este caso será, evaluación del sujeto, planteamiento del proceso de intervención, formación a la familia y supervisión de dicho proceso.

El proceso de formación se llevará a cabo en un par de sesiones con todos los miembros de la familia involucrados en el cuidado del sujeto. Tendremos en cuenta que los familiares no son profesionales de la logopedia, ni lo pretendemos. Serán los intermediarios que harán que la intervención funcione por el vínculo que poseen con su pariente. Este aspecto lo tendremos en cuenta a la hora de ofrecerles las pautas, las actividades, las tareas a realizar...

Durante el mismo les explicaremos el proceso que hemos seguido de evaluación y de planteamiento de la intervención, les mostraremos los objetivos que hemos

elaborado y las actividades que hemos pensado para su cumplimiento, les explicaremos que no es una intervención cerrada, sino que está sujeta a cambios dependiendo de la evolución del sujeto, y que además todas las actividades nuevas que se les ocurran se pueden incluir.

Les solventaremos todas las dudas que tengan y supervisaremos el proceso semana a semana. No fijaremos los días de la semana en los que la familia tiene que intervenir, ni la duración de las sesiones, todo ello dependerá de su disponibilidad y el tiempo que tengan cada día. A pesar de no tener una temporalización prefijada tendremos que hacer conscientes al sujeto y a la familia de la importancia de seguir un proceso continuado y del trabajo semana a semana.

El contenido de cada sesión dependerá solamente de lo que el sujeto o la familia quieran trabajar en ese momento, no obstante tienen que tener en cuenta la importancia de trabajar todas las áreas y los objetivos de manera equitativa.

Le proporcionaremos a la familia una hoja de registro, que podemos ver en el apartado de temporalización, la cual tendrán que rellenar cada día de trabajo.

Le proporcionaremos a la familia una serie de pautas para guiar su trabajo:

- El área de trabajo tiene situarse siempre en el mismo espacio.
- Hacer conscientes al sujeto de que ha empezado la sesión.
- Evitar interrupciones durante las sesiones.
- Evitar la frustración del sujeto.
- Las actividades se administrarán de menor grado de dificultad a mayor grado.
- Potenciar la colaboración y las producciones orales del sujeto.
- Motivar al sujeto.

Este proceso, no es más sencillo para el logopeda, ni le quita carga de trabajo, sino todo lo contrario, ya que en un principio tendrá que explicar cada paso a seguir y exponer las actividades a la familia para que ésta pueda llevarlo a cabo. Luego tendrá que supervisar el trabajo de la misma. Además el logopeda hará algunas sesiones de control.

Con el objetivo de elaborar una intervención lo más completa posible ofreceremos actividades variadas, desde la utilización de material cotidiano, hasta el manejo de TICs.

A medida que avance la intervención podemos plantearnos hacer alguna sesión conjunta con el otro sujeto. Esto se cumplirá solamente cuando ambos sujetos hayan tenido una continuidad en la intervención y serán sesiones puntuales en las que se trabajen aspectos que ambos tengan en común, podremos plantearnos algún taller de estimulación cognitiva y del lenguaje para estas sesiones.

ACTIVIDADES.

Proporcionaremos a la familia material suficiente para poder trabajar. Creemos que además de enseñarle una serie de actividades para realizar, les facilitaremos material en el cuál tengan trabajo suficiente para los primeros meses de trabajo.

Para mejorar el desarrollo cognitivo del sujeto hemos elegido:

Cuaderno de estimulación cognitiva “Esteve” que podemos encontrar en la página web de Demencia y Alzheimer, en el apartado de Cuadernillos para la estimulación cognitiva para personas con deterioro cognitivo leve, Cuadernillo número 3.

También queremos fomentar el uso de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación), por lo que recomendaremos a la familia alguna aplicación como el Smartbrain. Es una aplicación muy completa con la que no solo trabajaremos la estimulación cognitiva, sino también la orientación temporo-espacial, las funciones ejecutivas o el lenguaje. Además podemos adaptar los niveles de dificultad a las necesidades del sujeto.

Para la estimulación de las habilidades comunicativo-lingüísticas del sujeto utilizaremos los medios de comunicación, tanto la prensa como la radio o la televisión. Le pediremos al sujeto que lea, escuche o vea alguna noticia y que luego nos la resuma, también podemos hacerle preguntas sobre la noticia que acabe de leer...

Además también pediremos la realización de un trabajo, la Historia de vida del sujeto http://www.afabenavente.com/alze/LibroAlzmemoria_esp.pdf. Los diferentes apartados por los que se compone este documento y que el sujeto tendrá que

completar son: ¿Quién soy?, mi infancia, adolescencia y juventud, madurez, así soy ahora, antes y ahora, día a día y mis cosas.

Por último para trabajar la autonomía personal, no desarrollaremos actividades específicas para este campo sino que les pediremos a los familiares que promuevan esta autonomía. Con ello no queremos privar al sujeto de la ayuda necesaria, sino más bien dejarle libertad.

Ofreceremos pautas a la familia para favorecer la autonomía personal, explicándoles que los mayores problemas que tiene el sujeto con su autonomía son debidos al empeoramiento de la marcha, podemos ayudarle en este sentido a desplazarse cuando lo necesite sobre todo cuando sale fuera de casa. Cuando está en casa utiliza un andador que le da la suficiente autonomía para moverse por sí sola, por lo que las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales podrá hacerlas de manera independiente aunque con cierta supervisión por sus dificultades de movimiento.

TEMPORALIZACIÓN.

No impondremos a la familia los tiempos de trabajo, pero sí que les daremos unos máximos y unos mínimos que deberán cumplir semana a semana.

El tiempo mínimo de trabajo será de 20 minutos en una sesión y 1 sesión por semana.

El tiempo máximo de trabajo diario será de 45 minutos – 1 hora, y el máximo de sesiones a la semana será de 3.

El logopeda supervisará el trabajo al principio de la intervención semanalmente y a medida que avanza el tiempo y que ve progresos pasará a supervisarlo cada dos semanas, nunca pasará más tiempo de éste, ya que así podrá seguir la evolución de la intervención.

Se le proporcionará a la familia la siguiente hoja de registro:

Fecha.	Hora de inicio.	Hora de finalización.	Aspectos que se trabajan.	Actitud.	Observaciones.

- **Programa de intervención Logopédica basado en las actividades. Sujeto 2.**

Se debe destacar este programa en sus actividades para intentar llevar la atención del paciente, previendo que este paciente puede requerir una mayor predisposición a la negativa del tratamiento.

OBJETIVOS.

Los objetivos que presentamos a continuación se derivan de la evaluación inicial, su planteamiento se ha enfocado queriendo relacionarlo con la logopedia.

1. Mejorar la precisión de los movimientos de la musculatura orofacial.
 - 1.1. Favorecer el cierre labial.
 - 1.2. Mejorar la articulación.
 - 1.3. Adquirir un patrón respiratorio correcto.
2. Fomentar la independencia en determinadas actividades.
 - 2.1. Facilitar el aprendizaje de actividades instrumentales.
 - 2.2. Favorecer su autonomía, aumentando sus responsabilidades y la capacidad de toma de decisiones.
3. Potenciar las funciones cognitivas: memoria, atención, concentración y orientación.
 - 3.1. Mejorar la orientación tanto espacio-temporal como personal.
 - 3.2. Entrenar la memoria secuencial y la memoria a corto/largo plazo.
4. Estimular las habilidades comunicativo-lingüísticas del sujeto.
 - 4.1. Favorecer la comprensión verbal tanto oral como escrita.
 - 4.2. Evitar el deterioro de las habilidades de expresión oral.

CONTENIDOS.

Los contenidos se obtienen a partir de los objetivos planteados, en este caso hemos elegido:

- Interés por mejorar su articulación.
- Esfuerzo por intentar recordar hechos recientes.

- Interés por el aprendizaje de nuevas actividades para mejorar su autonomía.
- Empeño por expresarse oralmente de manera correcta.
- Comprensión verbal oral y escrita.
- Capacidad de toma de decisiones.
- Orientación temporo-espacial.
- Respiración costo-diafragmática.
- Destrezas de autonomía personal.
- Tono muscular del orbicular.

METODOLOGÍA.

Las sesiones serán individuales, el lugar en el que se llevarán a cabo será el domicilio del paciente, debido a que el paciente no dispone de carnet de conducir para desplazarse, seremos nosotros los que nos desplazemos hasta él.

Una vez que haya transcurrido un tiempo desde que comenzamos la intervención, podemos plantearnos hacer alguna sesión conjunta con el sujeto 1, elaborando algún taller, o poniendo en común alguna actividad que ambos elaboren como puede ser la historia de vida.

La sesión conjunta puede servir para que ambos sujetos se den cuenta de que hay más personas en la misma situación que ellos, podemos poner en común distintos puntos de las intervenciones...

ACTIVIDADES.

En este apartado expondremos un extracto de algunas de las actividades que trabajaremos con el sujeto.

- **Actividad 1. “La caja de los recuerdos”.**
 - Descripción.

Disponemos de una caja que dividiremos en tres apartados: recuerdos familiares, viajes e historia y sociedad.

En el primer apartado contaremos con la ayuda de la familia, ellos nos darán recuerdos que hayan vivido con el sujeto. El sujeto al leerle el recuerdo, tendrá que hacer memoria, y explicarlo con sus palabras fomentando con ello la expresión oral.

En el segundo apartado de viajes, recopilaremos todas las fotos de sus viajes, el sujeto tendrá que elaborar una línea cronológica, con lo que favoreceremos la estimulación cognitiva.

En el tercer apartado recurriremos a noticias importantes que han sucedido en la sociedad durante los años de vida del sujeto, elaboraremos un texto que el sujeto tendrá que leer y después de esto contestar a unas preguntas para trabajar la comprensión lectora.

- Objetivos que se trabajan: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2.

– **Actividad 2. “Ordena las tareas”.**

- Descripción.

Le proporcionamos al sujeto viñetas con diferentes procesos, como poner la lavadora, hacer las camas, hacer la comida, poner la mesa... Todo relacionado con actividades instrumentales. Le damos las viñetas de un proceso, por ejemplo poner la mesa, de manera desordenada, el sujeto tendrá que ordenarlas y una vez hecho verbalizar de principio a fin la situación.

- Objetivos que se trabajan: 2.1, 2.2, 3.1, 4.2.
- Variantes: hacer viñetas con la rutina del sujeto y que las ordene y posteriormente verbalice el proceso.

– **Actividad 3. “La huerta”.**

- Descripción.

Aprovechando que el sujeto tiene una huerta y que le gusta pasar mucho tiempo en ella, le pediremos que haga un ejercicio de memoria y dibuje su huerta tal como es, con cada verdura u hortaliza que planta en el orden en el que están. Le pediremos además que escriba cual es el proceso de cuidado de la misma. Para corroborar el dibujo que ha hecho, iremos hasta a huerta, ya que en el caso de que se haya equivocado, pueda ver sus errores, además durante la visita a la misma, fomentaremos la expresión oral, ya que nos contará todo lo relacionado con el trabajo que hace para su mantenimiento.

- Objetivos que se trabajan: 2.2, 3.1, 3.2, 4.2.

– **Actividad 4. “Historia de vida”.**

- Descripción.

Le proporcionaremos al sujeto este documento http://www.afabenavente.com/alze/LibroAlzmemoria_esp.pdf.

Le pediremos al sujeto que vaya completándolo con los recuerdos de las diferentes etapas de su vida. No dedicaremos sesiones completas a este trabajo, más bien lo iremos completando poco a poco en algunos ratos durante la sesión. Además podemos proponer sesiones conjuntas con los dos sujetos para que vayan haciendo el trabajo simultáneamente.

- Objetivos que se trabajan: 3.1, 3.2, 4.1.

– **Actividad 5. “Musicoterapia”.**

- Descripción.

El ámbito musical es uno de los temas que podemos tratar en las sesiones. Podemos pedir al sujeto que nos cuente cuáles son sus canciones preferidas y que nos diga por qué, o que recuerdos le traen dichas canciones.

Luego le podemos poner una serie de canciones y tendrá que relacionarlas con diferentes estados de ánimo según lo que le susciten. O que relacione las diferentes canciones con distintas situaciones.

Por último eligiendo una música relajante para el sujeto, podemos hacer una sesión de relajación, en la que incluyamos el control de la respiración, y la articulación.

- Objetivos que se trabajan: 1.2, 1.3, 3.2, 4.2.

– **Actividad 6. “Cierre labial”.**

- Descripción.

Para trabajar el cierre labial, además de la realización de praxias bucofonatorias, le daremos al sujeto una serie de ejercicios, de manera escrita, que tendrá que leer, comprenderlos y efectuarlos.

Le daremos un botón para que se lo meta en la boca y ataremos al mismo hilo dental, así mientras él sujeta el botón con los labios nosotros tiraremos haciendo un poco de fuerza.

Sujetar una cuchara de plástico con los labios por el extremo, podremos ir añadiendo algo de peso a la cuchara para que tenga que hacer más fuerza con los labios para sujetarla.

Colocar un depresor entre los labios y moverlo hacia arriba y hacia abajo.

Además nosotros como logopedas algunos trucos que podemos usar para aumentar el tono y favorecer el cierre labial son:

- Hielo de forma rápida en los músculos de la boca para aumentar el tono.
 - Liger tapping (pequeños golpes suaves y repetitivos sobre los músculos para activarlos) sobre el orbicular de los labios.
 - Presión firme y continua entre el labio superior y la nariz para estimular el cierre y reducir el babeo.
- Objetivos que se trabajan: 1.1, 1.2, 4.1.

TEMPORALIZACIÓN.

Se llevarán a cabo 2 sesiones a la semana de 45 minutos de duración cada una. Las sesiones serán los martes y los jueves y el horario será de 18:30- 19:15. Este será el horario habitual, no obstante se puede adaptar a la disponibilidad del sujeto en casos puntuales. Además en actividades en las que se necesite más tiempo para desempeñarlas se podrá aumentar el tiempo de sesión.

VII. CONCLUSIONES GENERALES.

- La búsqueda de información referente a la revisión bibliográfica ha sido satisfactoria, encontrando muchos artículos relacionados con la tercera edad, aunque no tantos relacionando este término con la logopedia, pero suficientes para poder fundamentar este trabajo.
- La labor del logopeda va más allá de la rehabilitación de afasias o demencias, teniendo especial relevancia en la tercera edad y abriéndose camino en residencias y centros geriátricos como personal indispensable para este colectivo, bien para tratamiento, bien para prevención y/o estimulación.
- Tenemos que ver al anciano como un conjunto global, incidiendo en todas sus esferas, teniendo en cuenta sus capacidades por encima de sus dificultades.
- Una amplia evaluación es la base para una buena intervención, lo importante de la familia en este proceso para corroborar la información obtenida en las pruebas y ampliarla para obtener un correcto diagnóstico es clave.
- El planteamiento de las intervenciones además de cumplir el objetivo ya nombrado de demostrar la creatividad y la innovación, sirve para concienciar de las diferentes formas de trabajo que puede asumir un logopeda adaptándose siempre a las necesidades de cada paciente individualmente.
- La logopedia no solo es lenguaje, aunque es sin duda un aspecto vital dentro de esta disciplina, no debemos limitarnos a ello y actuar en todas las áreas del sujeto para poder hacer una intervención lo más completa posible.
- La logopedia es una disciplina muy amplia que no se limita a un tipo de población. La importancia de la logopedia en la población de la tercera edad, es un aspecto determinante que se está abriendo camino dentro de los centros geriátricos, pero que aún queda un largo trecho para que al logopeda se le conozca como un profesional indispensable para esta población, tanto dentro como fuera de los centros geriátricos.
- El papel de la familia durante a la evaluación fue clave, ya que tras administrar todas las pruebas a los sujetos, la información obtenida no se asemejaba con la realidad, por lo que tanto las entrevistas, como la toma de

contacto con la familia, han sido tan importantes como las pruebas en el proceso de evaluación.

- El planteamiento de un programa de intervención a partir de una evaluación tan exhaustiva hace que la intervención sea lo más individualizada posible, adaptándose de la mejor forma a sus características.

Una vez expuestas las principales conclusiones obtenidas del trabajo podemos sintetizar comentando que lo que pretendemos enseñar es, la importancia de una evaluación exhaustiva en el cual incluimos todas las esferas de los sujetos, y recogemos información no solamente relativa a las pruebas sino también de las personas que mejor les conocen, su familia, que sin duda tiene un papel revelador dentro del todo el proceso. También pretendemos mostrar cómo se planifica una intervención y como está será diferente en función de las características detectadas en el paciente.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

Libros y artículos.

Belando Montoro, M. (2000). Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento. ¿Es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socioeducativos?.

Facal, D., González, M. F., Buiza, C., Laskibar, I., Urdaneta, E., & Yanguas, J. J. (2009). Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29(1), 4-12.

Franco Módenes, P., & Sánchez Cabaco, A. (2009). Patrón de envejecimiento en procesos cognitivos (perceptivo-atencionales) y ejecutivos.

García-Viniegras, C. R. V., Gonzales Blanco, M., Fernández Garrido, J., & Ruiz Ros, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(3).

González, E (2012). Práctica logopédica en un centro geriátrico. En R.B. Santiago, N. Jimeno y N. García (coords.), *Los logopedas hablan* (pp. 161-180). Valencia: Nau Llibres.

Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2002). Problemas del lenguaje en la tercera edad: Orientaciones y perspectivas de la logopedia. *Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación: revista de estudos e investigación en psicología y educación*, (8), 387-398.

Juncos, O., & Rozas, A. X. P. (2003). Relación entre cambios cognitivos y lenguaje narrativo en la vejez. *Psicothema*, 15(1), 71-74.

Martin, M., & Sánchez, M. M. (2009). La vivencia del envejecimiento. *Cuadernos de relaciones laborales*, 27(2), 83.

Mayo, D. F., Álvarez, M., Juncos, O., & González, M. S. R. (2006). El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*, 18(3), 501-506.

Orosa Fraiz, Teresa. "La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor." *La Habana: Editorial Félix Varela* (2003): 67-93.

Puyuelo, M., & Bruna, O. (2006). Envejecimiento y lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*, 26(4), 171-173.

Rabadán, O. J. (1993). Consideraciones sobre el lenguaje y la intervención logopédica en la tercera edad. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiolología*, 13(2), 79-88.

Rabadán, O. J., de Juan, R. E., Rozas, A. P., & Maroño, M. D. C. T. (1998). Problemas de acceso léxico en la vejez. Bases para la intervención. *Anales de psicología*, 14(2), 169-176.

Sánchez, R. L. H., Valdehita, S. R., Aragoneses, M. T. M., & Grande, D. D. R. (2008). Variabilidad en la comprensión gramatical en el envejecimiento normal. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiolología*, 28(1), 15-27.

Páginas Web.

Demencia y Alzheimer. (s.f.). Consultado el 22 de mayo de 2016 de <http://www.demenciayalzheimer.com/ejercicios-cognitivos-para-descargar/>

Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. (2016). Consultado el 22 de marzo de 2016 de <http://www.rae.es/ayuda/diccionario-de-la-lengua-espanola>

Fundación La Caixa. (s.f.) *El libro de la memoria. Historia de vida*. Consultado el 22 de mayo de 2016 de http://www.afabenavente.com/alze/LibroAlzmemoria_esp.pdf.

Eurostat. (s.f.). Consultado el 23 de marzo del 2016 de <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Smartbrain. (2016). Consultado el 25 de mayo de 2016 de <http://www.smartbrain.net/smartbrainpro/>.

IX. ANEXO 1.

- **Entrevistas sujeto 1.**

ENTREVISTA 1.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?
Pendiente de diagnóstico.
2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?
Movilidad y autonomía
3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico?
Es posible, estoy segura.
4. ¿Siente que ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años.
Si, los dos últimos.
5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?
 - a. Deterior cognitivo
 - b. Lenguaje
 - c. Autonomía personal
 - d. Movimiento**
 - e. Fuertes cambios de humor
 - f. Dificultades para adaptarse socialmente
6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año?
Respecto al movimiento.
7. ¿Cree que ha perdido autonomía?
Si
8. ¿Es optimista respecto a la evolución?
No estoy segura
9. ¿A qué médicos acude actualmente?
Neurología
10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola?
No

11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre.

El trastorno del movimiento y la poca movilidad e inseguridad.

12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del lenguaje, habla, voz, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado?

Mi madre creo que no.

ENTREVISTA 2.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?

Trastorno del movimiento de carácter neurológico.

2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?

La falta de autonomía.

3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico?

Si

4. ¿Siente qué ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años.

Uno o dos años.

5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?

a. Deterior cognitivo

b. Lenguaje

c. Autonomía personal

d. Movimiento

e. Fuertes cambios de humor

f. Dificultades para adaptarse socialmente

6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año?

Si

7. ¿Cree que ha perdido autonomía?
Si
8. ¿Es optimista respecto a la evolución?
No
9. ¿A qué médicos acude actualmente?
Neurólogo, médico de familia.
10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola?
No
11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre.
Falta de calidad de vida.
12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del lenguaje, habla, voz, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado?
No

ENTREVISTA 3.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?
No, a la espera de confirmación de parkinson.
2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?
Apenas puede andar
3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico?
Tal vez, aunque no soy muy optimista.
4. ¿Siente qué ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años.
Si, ha empeorado notablemente en los últimos 3 meses.
5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?
 - a. Deterior cognitivo

- b. Lenguaje
- c. Autonomía personal**
- d. Movimiento**
- e. Fuertes cambios de humor
- f. Dificultades para adaptarse socialmente

6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año?

Si, en el último año podía andar ella solo, y en los últimos días no.

7. ¿Cree que ha perdido autonomía?

Totalmente

8. ¿Es optimista respecto a la evolución?

Soy muy pesimista

9. ¿A qué médicos acude actualmente?

Neurólogo

10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola?

No

11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre.

La movilidad

12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del lenguaje, habla, voz, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado?

Creo que su problema es mucho más profundo. Porque el lenguaje conocimiento y todo lo referente al habla lo tiene en perfectas condiciones.

Son sus piernas las que no reciben órdenes para poder andar.

ENTREVISTA 4.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?

Si, en espera de diagnóstico de parkinson.

2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?
Problemas de movilidad.
3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico?
No lo sé.
4. ¿Siente que ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años.
Si, ha empeorado mucho más rápido los últimos 5 meses.
5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?
 - a. Deterior cognitivo
 - b. Lenguaje
 - c. Autonomía personal**
 - d. Movimiento**
 - e. Fuertes cambios de humor
 - f. Dificultades para adaptarse socialmente
6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año?
No pero ha perdido la movilidad en las piernas.
7. ¿Cree que ha perdido autonomía?
Si
8. ¿Es optimista respecto a la evolución?
No lo sé, confío en que sí.
9. ¿A qué médicos acude actualmente?
Neurólogo en la seguridad social y consulta privada.
10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola?
No
11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre.
Con el tiempo se puede quedar en una silla de ruedas.
12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del lenguaje, habla, voz, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas

capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado?

Ahora no.

- **Entrevistas sujeto 2.**

ENTREVISTA 1.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?
No
2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?
Movilidad lenta, a veces le cuesta hablar y problemas de memoria
3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico?
Sí, creo q podría mejorar algo.
4. ¿Siente que ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años.
Si, sobre todo en movilidad. Desde hace unos 3 años aproximadamente.
5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?
 - a. Deterior cognitivo un poco
 - b. Lenguaje si
 - c. Autonomía personal si
 - d. Movimiento si
 - e. Fuertes cambios de humor a veces
 - f. Dificultades para adaptarse socialmente no
6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año?
Yo le veo más tranquilo, pero más torpe en cuanto a movilidad.
7. ¿Cree que ha perdido autonomía?
Sí, pero también hay que tener en cuenta la edad, (son 80 años).
8. ¿Es optimista respecto a la evolución?
No, porque creo que esto irá a más, perderá cada vez más facultades, pero si es lentamente
9. ¿A qué médicos acude actualmente?

10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola?

No, mientras este acompañado y con alguien que controle un poco sus movimientos, él se encuentran más seguro.

11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre.

-Disminución de la movilidad.

-Su desorientación cuando se encuentra fuera de su ámbito más común.

12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del lenguaje, habla, voz, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado?

Sí, porque se sabe que cualquier rehabilitación, ejercicios adecuados... estimulan a las personas y sobre todo hace que su progreso mejore o por lo menos no vaya a mas o vaya más lento.

Sería un gran beneficio para todo tipo de pacientes.

ENTREVISTA 2.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?

No

2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?

Pérdida de memoria, y escasa movilidad sobre todo en las manos.

3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico? Creo que si, porque la medicina ha avanzado mucho.

4. ¿Siente que ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años. Desde hace dos años.

5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?

- a. **Deterioro cognitivo**
- b. **Lenguaje**
- c. **Autonomía personal**
- d. **Movimiento**
- e. Fuertes cambios de humor
- f. Dificultades para adaptarse socialmente

6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año? La diferencia del año pasado a este es muy leve, veo que su estado se deteriora poco a poco.

7. ¿Cree que ha perdido autonomía? Un poco, le cuesta más abotonarse.

8. ¿Es optimista respecto a la evolución? No

9. ¿A qué médicos acude actualmente? Neurólogo.

10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola? No

11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre.

El principal problema que me preocupa es que pueda perder su memoria totalmente y pase a ser una persona dependiente. Porque actualmente se vale por sí solo, con pequeñas ayudas de mi madre.

12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del **lenguaje, habla, voz**, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado?

Creo que sí, cualquier tratamiento le iría bien, ya que también ha dejado de vocalizar correctamente.

ENTREVISTA 3.

1. ¿Tiene su padre/madre alguna enfermedad diagnosticada?
No
2. ¿Cuáles son los problemas que más nota que afectan a su padre/madre?
la movilidad y memoria
3. ¿Cree que estos problemas podrían mejorar con tratamiento no farmacéutico, como fisioterapéutico o logopédico? si
4. ¿Siente que ha empeorado más progresivamente en los últimos años? En caso afirmativo indique desde hace cuantos años. dos años
5. ¿En qué aspectos de los siguientes cree que ha empeorado?
 - a. Deterior cognitivo si
 - b. Lenguaje si
 - c. Autonomía personal si
 - d. Movimiento si
 - e. Fuertes cambios de humor no
 - f. Dificultades para adaptarse socialmente no
6. ¿Nota una gran diferencia en su estado de salud respecto al último año? si
7. ¿Cree que ha perdido autonomía? si
8. ¿Es optimista respecto a la evolución? muy poco
9. ¿A qué médicos acude actualmente? especialista y medico de cabecera
10. ¿Cree que su padre/madre podría vivir sola? no
11. Exponga cuales son los problemas que más le preocupan en relación a su padre/madre. la movilidad y ser independiente

12. Teniendo en cuenta que la logopedia es una ciencia que se encarga de prevenir evaluar rehabilitar y diagnosticar los trastornos del lenguaje, habla, voz, deglución, y audición ¿Cree que su padre/madre tiene alguna de estas capacidades? ¿Cree que podría beneficiarse de un tratamiento logopédico continuado? claro que si

X. ANEXO 2.

- Datos referidos al sujeto 1.

INDICE DE BARTHEL:

Este índice constituye una escala de VALORACIÓN FUNCIONAL para las actividades básicas de la vida diaria.

BAÑO:

5 INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.

0 DEPENDIENTE.

VESTIDO:

10 INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.

5 AYUDA. Necesita ayuda, pero, al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.

0 DEPENDIENTE.

ASEO PERSONAL:

5 INDEPENDIENTE. Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita...

0 DEPENDIENTE.

USO DEL RETRETE:

10 INDEPENDIENTE. Usa el retrete o la cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa sola.

5 AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.

0 DEPENDIENTE.

USO DE ESCALERAS:

10 INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones.

5 **AYUDA.** Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.

0 DEPENDIENTE.

TRASLADO SILLÓN-CAMA:

15 INDEPENDIENTE. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.

10 **MÍNIMA AYUDA.** Necesita una mínima ayuda en supervisión.

5 GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.

0 DEPENDIENTE.

DEAMBULACIÓN:

15 INDEPENDIENTE. Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.

10 **AYUDA.** Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.

5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.

0 DEPENDIENTE.

MICCIÓN (Se evalúa la semana anterior).

10 **CONTINENTE.** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector se cuida solo.

5 INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales con una frecuencia menor de una vez al día.

0 INCONTINENTE. Episodios de incontinencia con frecuencia igual o superior a una vez al día.

DEPOSICIÓN (Se evalúa el mes anterior).

10 **CONTINENTE**. No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo.

5 INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales una vez a la semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.

0 INCONTINENTE.

ALIMENTACIÓN:

10 **INDEPENDIENTE**. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.

5 AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla

0 DEPENDIENTE.

Puntuación: **la incapacidad funcional se valora según la puntuación total como:**

- Dependencia Total: <20 puntos.
- Dependencia Severa: 20-44 puntos.
- Dependencia Grave: 45-49 puntos.
- Dependencia Moderada: 60-80 puntos.
- **Dependencia Ligera: >80 puntos.**
- Autonomía: 100 puntos.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar	1
No utiliza el teléfono	0
COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por si solo toda su ropa	1

Lava por si solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0

Se valora un punto en los aspectos en los que se consideran independientes y 0 si se consideran dependientes. Si tiene una puntuación menor de 4 se considera una persona totalmente dependiente. **Puntuación: 5**

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO O MEC DE LOBO:

1. ORIENTACIÓN

Dígame el día: Sábado Fecha: 27 Mes: Octubre X Estación: Invierno
 Año: 2016 (5)

Dígame el lugar Cocina Planta Ciudad: Osorno Provincia: Palencia.
Nación: España. **(5)**

2. FIJACIÓN

Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana. **(3)**

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando? **(5)**

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

Ahora hacia atrás **(3)**

4. MEMORIA

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

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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

Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros”. **(1)**

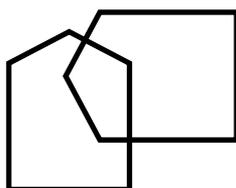
Una manzana y una pera son frutas. ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y un gato? **(2)**

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. **(3)**

Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos. **(1)**

Escriba una frase. Mañana es el bautizo. **(1)**

Copie este dibujo. **(1)**



Puntuación: 23.

≥30 Normal

29-24 Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural.

<24 Deterioro cognitivo.

Punto de corte: 23/24

19-23 deterioro cognitivo leve.

14-18 moderado.

<14 grave.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER. Valoración de la esfera cognitiva

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? 27-October-2016. X
2. ¿Qué día de la semana es hoy? Sábado.
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio? Cocina de mi casa.
4. ¿Cuál es el número de teléfono? Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección?
979817235.
5. ¿Qué edad tiene? 84
6. Dígame su fecha de nacimiento. 8/8/1931.
7. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno? Rajoy.
8. ¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno? Zapatero.
9. Dígame el primer apellido de su madre. García.
10. Reste de tres en tres desde 20. Bien.

Puntuación Total 1 .

Cada error suma un punto. Cuatro o más errores sugieren deterioro cognitivo.

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TOMLINSON Y ROTH

	Total	Parcial	Ninguna
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			
1. Incapaz para realizar tareas domésticas	1	½	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	½	0
3. Incapacidad para recordar pequeñas listas (p.ej., compras)	1	½	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	½	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	½	0
6. Incapacidad para interpretar el entorno (saber si está en casa o en el hospital, distinguir entre pacientes, médicos, enfermeras, etc.)	1	½	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (salidas, visitas)	1	½	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	½	0
HÁBITOS			
9. Comer Limpiamente, con los cubiertos adecuados Desaliñadamente, sólo con la cuchara Sólidos simples (galletas) Necesita que le den la comida			0 1 2 3
10. Vestirse Se viste sin ayuda A veces se equivoca (con los botones) Errores en las secuencias, con frecuencia se olvida de algo Incapaz de vestirse			0 1 2 3
11. Control de esfínteres Normal Incontinencia urinaria ocasional Incontinencia urinaria frecuente Doble incontinencia			0 1 2 3
PERSONALIDAD Y CONDUCTA			
Sin cambios			0

12. Retraimiento creciente			1
13. Egocentrismo aumentado			1
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros			1
15. Afectividad embotada			1
16. Descontrol emocional (susceptibilidad, irritabilidad)			1
17. Hilaridad inapropiada			1
18. Respuesta emocional disminuida			1
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)			1
20. Falta de interés por las aficiones humanas			1
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva			1
22. Hiperactividad no justificada			1

Puntuaciones superiores a 4 puntos indican deterioro mental (en cada bloque).

PUNTUACIÓN A → Actividad diaria. 2,5.

PUNTUACIÓN B → Hábitos.1

PUNTUACIÓN C → Personalidad y Conducta. 1

PUNTUACIÓN TOTAL = A + B + C. **Puntuación: 4,5.**

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (Versión reducida)

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/aburrida?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/abandonada?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso es vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL: 5.

INTERPRETACIÓN:

- **0 A 5: Normal.**
- 6 a 9: Depresión leve.
- 10 o más: Depresión establecida.

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido a lo largo de esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.

- No me siento triste.**
- Me siento triste.
- Me siento continuamente triste y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarás.**

3.

- No me siento fracasado.**
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.**
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.**
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.**
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.**
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.**
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.**
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.**
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.**

12.

- No he perdido el interés por los demás.**
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.**
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.**
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.**
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.**
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.**
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.**
- He perdido totalmente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.**
- He perdido más de dos kilos y medio.
- He perdido más de cuatro kilos.
- He perdido más de siete kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar. SI/NO.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.**
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.**
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación: 13.

- 1 – 10... Estos altibajos son considerados normales.
- **11 – 16... Leve perturbación del estado de ánimo.**
- 17 – 20... Estado de depresión intermitentes.
- 21 – 30... Depresión moderada.
- 31 – 40... Depresión grave.
- > 40 depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

CUESTIONARIO DE BARBER

1. ¿Vive solo? No.
2. ¿Se encuentra sin nadie a quién acudir si precisa ayuda? No.
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente? No.
4. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo? Sí.
5. ¿Le impide su salud salir a la calle? Sí.
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo? Sí.
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales? No.
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal? No.
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año? No.

Puntuación: 3.

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

Test de Apgar Familiar

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
Casi siempre.
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? A veces.
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? A veces.
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? Casi siempre.
5. ¿Siente que su familia le quiere? Casi siempre.

Puntuación: 0 = casi nunca; 1 = a veces; 2 = casi siempre.

Indicaciones: marca la percepción de un individuo sobre la capacidad de su familia para convertirse en un recurso para los componentes de la familia, o si por el contrario puede influir empeorando la situación.

Descripción: instrumento compuesto por 5 ítems que piden aspectos relacionados con un solo concepto: la función familiar.

Resultados: la puntuación total obtenida por el test establece la funcionalidad de la familia (Apgar > 6 puntos) o su disfunción (Apgar menor o igual que 6 puntos).

Puntuación: 8.

Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____

A. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. La instrucción se puede repetir una vez.		
1.	Toque un círculo	√
2.	Toque un rectángulo	√
3.	Toque una figura amarilla	√
4.	Toque una figura roja	√
5.	Toque una figura azul	√
6.	Toque una figura verde	√
7.	Toque una figura blanca	√
TOTAL		A (7)
		0

B. Presentar solamente las fichas grandes. La instrucción se puede repetir una vez.		
8.	Toque el <u>rectángulo amarillo</u>	√
9.	Toque el <u>círculo azul</u>	√
10.	Toque el <u>círculo verde</u>	√
11.	Toque el <u>rectángulo blanco</u>	√
TOTAL		B (8)
		0

C. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.		
12.	Toque el <u>círculo blanco chico</u>	√
13.	Toque el <u>rectángulo amarillo grande</u>	√

14. Toque el <u>rectángulo verde grande</u>	√
15. Toque el <u>rectángulo azul chico</u>	√
TOTAL	C (12) 0

D. Presentar solamente las ficha grandes. No repetir la instrucción.	
16. Toque el <u>círculo rojo</u> y el <u>rectángulo verde</u>	√
17. Toque el <u>rectángulo amarillo</u> y el <u>rectángulo azul</u>	√
18. Toque el <u>rectángulo blanco</u> y el <u>círculo verde</u>	X
19. Toque el <u>círculo blanco</u> y el <u>círculo rojo</u>	√
TOTAL	D (16) 4

E. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.	
20. Toque el <u>círculo blanco grande</u> y el <u>rectángulo verde chico</u>	X
21. Toque el <u>círculo azul chico</u> y el <u>rectángulo amarillo grande</u>	X
22. Toque el <u>rectángulo verde grande</u> y el <u>rectángulo rojo grande</u>	X
23. Toque el <u>rectángulo blanco grande</u> y el <u>círculo verde chico</u>	X
TOTAL	E (24) 30

F. Presentar solamente las fichas grandes. No repetir la instrucción.	
24. <u>Ponga</u> el <u>círculo rojo sobre</u> del <u>rectángulo verde</u>	√
25. <u>Ponga</u> el <u>rectángulo blanco detrás</u> del <u>círculo amarillo</u>	X
26. <u>Toque</u> el <u>círculo azul con</u> el <u>rectángulo rojo</u>	X
27. <u>Toque</u> el <u>círculo azul y</u> el <u>rectángulo rojo</u>	√
28. <u>Levante</u> el <u>círculo azul o</u> el <u>rectángulo rojo</u>	X

29. <u>Ponga</u> el <u>rectángulo verde lejos</u> del <u>rectángulo amarillo</u>	X	
30. <u>Ponga</u> el <u>círculo blanco en frente</u> del <u>rectángulo azul</u>	√	
31. <u>Si hay</u> un <u>círculo negro</u>, <u>levante</u> el <u>rectángulo rojo</u>	√	
32. <u>Levante todos</u> los <u>rectángulos</u>, <u>excepto el amarillo</u>	√	
33. <u>Ponga</u> el <u>rectángulo verde al lado</u> del <u>círculo rojo</u>	√	
34. <u>Toque</u> los <u>rectángulos lentamente</u> y los <u>círculos rápido</u>	√	
35. <u>Ponga</u> el <u>círculo rojo entre</u> el <u>rectángulo amarillo</u> y el <u>rectángulo verde</u>	X	
36. <u>Toque todos</u> los <u>círculos</u>, <u>excepto el verde</u>	√	
37. <u>Levante</u> el <u>círculo rojo</u>, <u>no</u> el <u>rectángulo blanco</u>	√	
38. <u>En lugar del rectángulo blanco</u>, <u>levante</u> el <u>círculo amarillo</u>	√	
39. <u>Junto al círculo amarillo</u>, <u>levante</u> el <u>círculo azul</u>	X	
TOTAL	F (96)	78
TOTAL	A-F (163)	112

Puntuación: 112. Percentil: 5.

- **Datos referidos al sujeto 2.**

INDICE DE BARTHEL:

Este índice constituye una escala de VALORACIÓN FUNCIONAL para las actividades básicas de la vida diaria.

BAÑO:

5 INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.

0 DEPENDIENTE.

VESTIDO:

10 INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.

5 AYUDA. Necesita ayuda, pero, al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.

0 DEPENDIENTE.

ASEO PERSONAL:

5 INDEPENDIENTE. Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita...

0 DEPENDIENTE.

USO DEL RETRETE:

10 INDEPENDIENTE. Usa el retrete o la cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa sola.

5 AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.

0 DEPENDIENTE.

USO DE ESCALERAS:

10 INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones.

5 **AYUDA.** Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.

0 DEPENDIENTE.

TRASLADO SILLÓN-CAMA:

15 INDEPENDIENTE. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.

10 **MÍNIMA AYUDA.** Necesita una mínima ayuda en supervisión.

5 GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.

0 DEPENDIENTE.

DEAMBULACIÓN:

15 **INDEPENDIENTE.** Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.

10 AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.

5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.

0 DEPENDIENTE.

MICCIÓN (Se evalúa la semana anterior).

10 **CONTINENTE.** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector se cuida solo.

5 INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales con una frecuencia menor de una vez al día.

0 INCONTINENTE. Episodios de incontinencia con frecuencia igual o superior a una vez al día.

DEPOSICIÓN (Se evalúa el mes anterior).

10 CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo.

5 INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales una vez a la semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.

0 INCONTINENTE.

ALIMENTACIÓN:

10 INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.

5 AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla

0 DEPENDIENTE.

Puntuación: 90.

la incapacidad funcional se valora según la puntuación total como:

- Dependencia Total: <20 puntos.
- Dependencia Severa: 20-44 puntos.
- Dependencia Grave: 45-49 puntos.
- Dependencia Moderada: 60-80 puntos.
- **Dependencia Ligera: >80 puntos.**
- Autonomía: 100 puntos.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no marcar	1
No utiliza el teléfono	0
COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por si solo toda su ropa	1

Lava por si solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0

Se valora un punto en los aspectos en los que se consideran independientes y 0 si se consideran dependientes. Si tiene una puntuación menor de 4 se considera una persona totalmente dependiente.

Puntuación: 4.

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO O MEC DE LOBO:

6. ORIENTACIÓN

Dígame el día: sábado. Fecha: 27. Mes: febrero Estación:
 invierno Año: 2016. **(5)**

Dígame el lugar : Salón. Planta Ciudad: Melgar de Yuso. Provincia:
Palencia. Nación: España. (5)

7. FIJACIÓN

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

8. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando? (5)

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

Ahora hacia atrás (3)

9. MEMORIA

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

10. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

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

Repita esta frase: "En un trugal había cinco perros". (1)

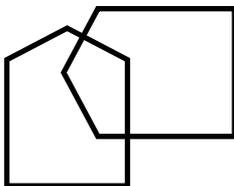
Una manzana y una pera son frutas. ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y un gato? (2)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. (3)

Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos. (1)

Escriba una frase. Tengo una nieta muy guapa. (1)

Copie este dibujo. (1)



Puntuación: 25.

≥30 Normal

29-24 Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural.

<24 Deterioro cognitivo.

Punto de corte: 23/24

19-23 deterioro cognitivo leve

14-18 moderado

<14 grave

CUESTIONARIO DE PFEIFFER. Valoración de la esfera cognitiva

11. ¿Cuál es la fecha de hoy? 27-2-2016.
12. ¿Qué día de la semana es hoy? Sábado.
13. ¿Cuál es el nombre de este sitio? Salón.
14. ¿Cuál es el número de teléfono? Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección?
979151755.
15. ¿Qué edad tiene? 80.
16. Dígame su fecha de nacimiento. 23/8/1935.
17. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno? X
18. ¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno? X
19. Dígame el primer apellido de su madre. Atienza.
20. Reste de tres en tres desde 20.√

Puntuación Total 2 .

Cada error suma un punto. Cuatro o más errores sugieren deterioro cognitivo.

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TOMLINSON Y ROTH

	Total	Parcial	Ninguna
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			
1. Incapaz para realizar tareas domésticas	1	½	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	½	0
3. Incapacidad para recordar pequeñas listas (p.ej., compras)	1	½	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	½	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	½	0
6. Incapacidad para interpretar el entorno (saber si está en casa o en el hospital, distinguir entre pacientes, médicos, enfermeras, etc.)	1	½	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (salidas, visitas)	1	½	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	½	0
HÁBITOS			
9. Comer Limpiamente, con los cubiertos adecuados Desaliñadamente, sólo con la cuchara Sólidos simples (galletas) Necesita que le den la comida			0 1 2 3
10. Vestirse Se viste sin ayuda A veces se equivoca (con los botones) Errores en las secuencias, con frecuencia se olvida de algo Incapaz de vestirse			0 1 2 3
11. Control de esfínteres Normal Incontinencia urinaria ocasional Incontinencia urinaria frecuente Doble incontinencia			0 1 2 3
PERSONALIDAD Y CONDUCTA			
Sin cambios			0

12. Retraimiento creciente			1
13. Egocentrismo aumentado			1
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros			1
15. Afectividad embotada			1
16. Descontrol emocional (susceptibilidad, irritabilidad)			1
17. Hilaridad inapropiada			1
18. Respuesta emocional disminuida			1
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)			1
20. Falta de interés por las aficiones humanas			1
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva			1
22. Hiperactividad no justificada			1

Puntuaciones superiores a 4 puntos indican deterioro mental (en cada bloque).

PUNTUACIÓN A → Actividad diaria. 4

PUNTUACIÓN B → Hábitos. 0

PUNTUACIÓN C → Personalidad y Conducta. 1

PUNTUACIÓN TOTAL = A + B + C. Puntuación: 5.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (Versión reducida)

	SI	NO
16. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
17. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
18. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
19. ¿Se encuentra a menudo aburrido/aburrida?	1	0
20. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
21. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
22. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
23. ¿Se siente a menudo abandonado/abandonada?	1	0
24. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
25. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0

26. ¿Piensa que es maravilloso es vivir?	0	1
27. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
28. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
29. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
30. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

PUNTUACIÓN TOTAL: 3.

INTERPRETACIÓN:

- **0 A 5: Normal**
- 6 a 9: Depresión leve
- 10 o más: Depresión establecida.

Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido a lo largo de esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.

- No me siento triste.**
- Me siento triste.
- Me siento continuamente triste y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.**
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarás.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.**
- Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.**
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.**
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.**
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.**
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.**
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.**
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.**
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.**
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.**
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.**
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.**
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.**
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.**
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.**
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.**
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido totalmente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de dos kilos y medio.**
- He perdido más de cuatro kilos.
- He perdido más de siete kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar. SI/NO.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.**
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.**
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación: 14.

- 1 – 10... Estos altibajos son considerados normales.
- **11 – 16... Leve perturbación del estado de ánimo.**
- 17 – 20... Estado de depresión intermitentes.
- 21 – 30... Depresión moderada.
- 31 – 40... Depresión grave.
- > 40 depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

CUESTIONARIO DE BARBER

10. ¿Vive solo? No.
11. ¿Se encuentra sin nadie a quién acudir si precisa ayuda? No.
12. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente? No.
13. ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo? No.
14. ¿Le impide su salud salir a la calle? No.
15. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo? No.
16. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales? No.
17. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal? No.
18. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año? No.

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

Test de Apgar Familiar

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
Casi siempre.
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? Casi nunca.
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? Casi siempre.
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? Casi siempre.
5. ¿Siente que su familia le quiere? Casi siempre.

Puntuación: 0 = casi nunca; 1 = a veces; 2 = casi siempre.

Indicaciones: marca la percepción de un individuo sobre la capacidad de su familia para convertirse en un recurso para los componentes de la familia, o si por el contrario puede influir empeorando la situación.

Descripción: instrumento compuesto por 5 ítems que piden aspectos relacionados con un solo concepto: la función familiar.

Resultados: la puntuación total obtenida por el test establece la funcionalidad de la familia (Apgar > 6 puntos) o su disfunción (Apgar menor o igual que 6 puntos).

Puntuación: 8.

Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____

A. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. La instrucción se puede repetir una vez.		
1.	Toque un círculo	√
2.	Toque un rectángulo	√
3.	Toque una figura amarilla	√
4.	Toque una figura roja	√
5.	Toque una figura azul	√
6.	Toque una figura verde	√
7.	Toque una figura blanca	√
TOTAL		A (7) 0

B. Presentar solamente las fichas grandes. La instrucción se puede repetir una vez.		
8.	Toque el <u>rectángulo amarillo</u>	√
9.	Toque el <u>círculo azul</u>	√
10.	Toque el <u>círculo verde</u>	√
11.	Toque el <u>rectángulo blanco</u>	√
TOTAL		B (8) 0

C. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.		
12.	Toque el <u>círculo blanco chico</u>	√

13. Toque el <u>rectángulo amarillo grande</u>	√
14. Toque el <u>rectángulo verde grande</u>	√
15. Toque el <u>rectángulo azul chico</u>	√
TOTAL	C (12) 0

D. Presentar solamente las ficha grandes. No repetir la instrucción.	
16. Toque el <u>círculo rojo</u> y el <u>rectángulo verde</u>	√
17. Toque el <u>rectángulo amarillo</u> y el <u>rectángulo azul</u>	√
18. Toque el <u>rectángulo blanco</u> y el <u>círculo verde</u>	√
19. Toque el <u>círculo blanco</u> y el <u>círculo rojo</u>	√
TOTAL	D (16) 0

E. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.	
20. Toque el <u>círculo blanco grande</u> y el <u>rectángulo verde chico</u>	√
21. Toque el <u>círculo azul chico</u> y el <u>rectángulo amarillo grande</u>	√
22. Toque el <u>rectángulo verde grande</u> y el <u>rectángulo rojo grande</u>	√
23. Toque el <u>rectángulo blanco grande</u> y el <u>círculo verde chico</u>	√
TOTAL	E (24) 0

F. Presentar solamente las fichas grandes. No repetir la instrucción.	
24. <u>Ponga</u> el <u>círculo rojo sobre</u> del <u>rectángulo verde</u>	√
25. <u>Ponga</u> el <u>rectángulo blanco detrás</u> del <u>círculo amarillo</u>	√
26. <u>Toque</u> el <u>círculo azul con</u> el <u>rectángulo rojo</u>	√
27. <u>Toque</u> el <u>círculo azul y</u> el <u>rectángulo rojo</u>	√

28. <u>Levante</u> el <u>círculo azul</u> o el <u>rectángulo rojo</u>	X
29. <u>Ponga</u> el <u>rectángulo verde lejos</u> del <u>rectángulo amarillo</u>	√
30. <u>Ponga</u> el <u>círculo blanco en frente</u> del <u>rectángulo azul</u>	X
31. <u>Si hay</u> un <u>círculo negro</u>, <u>levante</u> el <u>rectángulo rojo</u>	X
32. <u>Levante todos</u> los <u>rectángulos</u>, <u>excepto el amarillo</u>	√
33. <u>Ponga</u> el <u>rectángulo verde al lado</u> del <u>círculo rojo</u>	√
34. <u>Toque</u> los <u>rectángulos lentamente</u> y los <u>círculos rápido</u>	√
35. <u>Ponga</u> el <u>círculo rojo</u> <u>entre</u> el <u>rectángulo amarillo</u> y el <u>rectángulo verde</u>	√
36. <u>Toque todos</u> los <u>círculos</u>, <u>excepto el verde</u>	√
37. <u>Levante</u> el <u>círculo rojo</u>, <u>no</u> el <u>rectángulo blanco</u>	√
38. <u>En lugar del rectángulo blanco</u>, <u>levante</u> el <u>círculo amarillo</u>	√
39. <u>Junto al círculo amarillo</u>, <u>levante</u> el <u>círculo azul</u>	X
TOTAL F (96)	36
TOTAL A-F (163)	36

XI. ANEXO 3.

- **Datos referidos al sujeto 1.**

Fecha de nacimiento: 8/8/1931

Edad: 84

Estado civil: casada

Número de hijos: 4

Número de nietos: 6

Lugar de residencia: Osorno, municipio de la provincia de Palencia situado a 50 km de la misma. Con una población de 1350 habitantes.

Prestaciones del lugar de residencia: Centro médico, urgencias, farmacia.

Tipo de vivienda: Casa

Núcleo familiar: Vive con su marido.

Ayudas prestadas: Una persona acude a limpiar la casa dos veces por semana, pendiente de una ayuda más continuada en más tareas como el aseo, la cocina etc.

Lugar de residencia de los hijos: 2 en Osorno, Madrid, y Valladolid

Frecuencia de visitas de sus hijos: Diariamente los residentes en el pueblo y semanalmente los residentes en las otras dos ciudades.

Médico especialista al que acude: neurólogo.

Tratamientos farmacéuticos:

Tratamientos no farmacéuticos: ninguno.

- **Datos referidos al sujeto 2.**

Fecha de nacimiento: 23/8/1935

Edad: 80 años

Estado civil: casado

Número de hijos: 3

Número de nietos: 7

Lugar de residencia: Melgar de Yuso, pueblo de la provincia de Palencia situado a 38 km de la ciudad, con una población de 266 habitantes.

Prestaciones del lugar de residencia: centro médico, pero sin urgencias, las urgencias más cercanas están en Osorno o Frómista a unos 20 km. No hay farmacia.

Tipo de vivienda: Casa.

Núcleo familiar: vive con su esposa de 79 años, que es la que le ayuda.

Ayudas prestadas: ninguna

Lugar de residencia de los hijos: Osorno, Palencia y Villamuriel.

Frecuencia de visitas de sus hijos: Semanalmente.

Médico especialista al que acude: Neurólogo.

Tratamientos farmacéuticos:

Tratamientos no farmacéuticos: ninguno.