



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN LOGOPEDIA

“NECESIDADES LOGOPÉDICAS EN LA TERCERA EDAD”.

AUTORA: María del Rocío Cerrejón Martín

TUTORA: Natividad García Atarés

Valladolid, 7 de Julio de 2016.



ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN..... | 3 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. | 6 |
| Las residencias de la tercera edad | |
| Envejecimiento, tercera edad y calidad de vida | |
| Logopedia en la tercera edad | |
| III.OBJETIVOS | 9 |
| IV. METODOLOGÍA..... | 10 |
| V. RESULTADOS..... | 133 |
| Resultados de la encuesta de necesidades logopédicas en residencias de la tercera edad..... | 13 |
| Análisis Residencia Asistida Valladolid..... | 21 |
| VI. DISCUSIÓN | 27 |
| VII. CONCLUSIONES..... | 35 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA..... | 36 |
| ANEXOS | 40 |

RESUMEN

El papel de la logopedia en la tercera edad es un campo de trabajo poco conocido. Sin embargo, son muchas las patologías que podemos encontrarnos en la población anciana y diversa la sintomatología relacionada con las funciones del lenguaje y la comunicación. En muchos de estos trastornos la intervención logopédica puede aportar ayuda y mejorar la calidad de vida de los sujetos.

El presente trabajo pretende evidenciar la necesidad del logopeda en la tercera edad y su escasa presencia en los centros geriátricos. Para ello elaboramos una encuesta que se envió a todos los centros geriátricos de Valladolid y provincia, en la que se cuestionaba la presencia o no de logopeda entre los profesionales de cada entidad y sobre las patologías más frecuentes susceptibles de intervención logopédica.

Además, se realizó un estudio de las necesidades logopédicas en un centro geriátrico concreto viéndose la estrecha relación entre estas y las señaladas en las encuestas.

Después de exponer los resultados de ambos análisis se lleva a cabo una discusión donde se justifican las funciones de la intervención logopédica en las patologías que se presentan con más frecuencia en la población de la tercera edad. Por último, se reflejan las conclusiones más relevantes extraídas del estudio.

Palabras clave: tercera edad, logopedia, residencias, demencias, Parkinson, audición, daño cerebral.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay un gran desconocimiento entorno a la logopedia en la tercera edad. Son pocos los logopedas que ejercen su profesión en centros de la tercera edad o que se dedican en exclusiva a esta población. Se pueden encontrar publicaciones e investigaciones en las que se hace referencia al papel del logopeda en el ámbito de la tercera edad, concluyendo en todos ellos la mejora de la calidad de vida y los beneficios de su intervención tanto en población con patología como sin ella. En determinadas patologías es bien reconocida la importancia de este profesional. A pesar de ello, y de la alta frecuencia con la que se presentan muchas de estas alteraciones, resulta raro encontrar centros de tercera edad que cuenten con un logopeda.

El objetivo de este trabajo es valorar las necesidades logopédicas que presentan los usuarios de centros de la tercera edad y llamar la atención sobre la escasa presencia de logopedas entre los equipos multidisciplinares de estos centros. Esto se realizará analizando las alteraciones más frecuentes presentes en los centros y su relación con la logopedia.

El estudio se lleva a cabo mediante una encuesta de elaboración propia que fue difundida por varios centros de la tercera edad de Valladolid y provincia, y se complementa con el análisis de las necesidades relacionadas con la comunicación y el lenguaje en un centro geriátrico concreto.

La elección de este tema está motivada por la realización de mis prácticas en la Residencia Asistida de la Tercera Edad de la Junta de Castilla y León. Este centro no cuenta con la figura del logopeda; son los propios alumnos del grado en Logopedia quienes ofrecen, en la medida de sus posibilidades, este servicio durante su periodo de prácticas, bajo la supervisión de los tutores del centro y de la UVa.

En los meses en los que desarrollé mis prácticas en la Residencia Asistida observé las necesidades logopédicas presentes en este tipo de población y su escasa atención. Este desconocimiento general se encuentra tanto en los propios profesionales del centro como en los ancianos y sus familias que desconocen las posibilidades de ayuda que puede ofrecerles el logopeda.

Son muchos los trabajadores de estos centros geriátricos, que no ven la funcionalidad de la intervención logopédica en la tercera edad alegando que esta población no solo no va a mejorar, sino que su deterioro va a ir en aumento. Pero si mirasen más allá verían que la intervención logopédica en la tercera edad puede prevenir, retrasar, mejorar y rehabilitar algunas de las alteraciones propias de este grupo de población ayudando así a mejorar la calidad de vida del anciano y de sus familias.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Las residencias de la tercera edad.

Las residencias de la tercera edad son centros de atención socio-sanitaria interdisciplinar donde las personas mayores, en general, con algún tipo de dependencia, permanecen de forma temporal o permanente.

Estos centros son un lugar de desarrollo personal y de vida, por lo que debe existir un proyecto que abogue por la calidad de vida donde presida una filosofía de atención.

El Libro Blanco de Atención a las personas en Situación de Dependencia en España (2004) divide esta filosofía de la atención en cuatro puntos: a) Atención socio sanitaria; b) Atención multiprofesional completa e integrada en un plan general de intervención; c) Estancias temporales o permanentes; y d) Atención destinada a personas mayores con algún grado de dependencia.

Envejecimiento, tercera edad y calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años y para los próximos 20 años se espera que esta cifra aumente en un 70%. La OMS expone que este proceso debe instar a los gobiernos a desarrollar acciones sociales y sanitarias, favoreciendo un envejecimiento sano, sin discapacidades y con una mejor calidad de vida.

En la actualidad, nuestra sociedad es una sociedad envejecida. El último censo en España del Instituto Nacional de Estadística (INE), realizado en 2011 (citado en Pinto 2015), reflejaba el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, y como consecuencia un incremento de la población de más de 60 años respecto a la población menor de 15 años. Este aumento de la esperanza de vida hace pensar en un incremento de la población de la tercera edad en unos años, que se verá reflejado en un mayor número de usuarios de residencias de la tercera edad en un futuro

A día de hoy en España, en los servicios gerontológicos ha aumentado el interés por el enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP), aplicado también en los países más avanzados en cuanto a política social, como son Estados Unidos, Países Nórdicos, Reino Unido, Australia y Canadá. En estos países la ACP se ha señalado como uno de los elementos determinantes en la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores.

Morgan y Joder definen la ACP como un “enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención” (Morgan y Yoder, 2012, citado en Rodríguez 2013, p.3)

En cuanto a los profesionales, el logopeda puede actuar dentro de este enfoque centrado en la persona, mejorando la calidad de vida de las personas de la tercera edad ofreciendo una atención individualizada. Es muy importante la relación del logopeda no solo con los ancianos sino también con el resto de profesionales y familiares.

Logopedia en la tercera edad.

Juncos y Pereiro (2002) señalan tres marcos clínicos donde la asistencia logopédica sería deseable: hospitales, residencias de ancianos y centros de atención primaria. Estos autores concluyen que las instituciones públicas o privadas comprometidas con el bienestar social y la salud deben responder a las demandas referentes a las áreas de la comunicación y el lenguaje.

Juncos (1993) también expuso la existencia de diferentes situaciones sociales, que estaban aumentando con los años y que daban lugar a que un mayor número de personas desarrollasen su vida en otros contextos como: instituciones, centros o clubes.

Juncos (1993), habla de la afasia y de la demencia, como dos de las alteraciones más frecuentes en la tercera edad, pero de nuevo haciendo referencia a la importancia de no limitar la intervención logopédica en la tercera edad a estas dos patologías; y haciendo hincapié en la importancia de la

intervención logopédica con carácter preventivo realizando tareas de mantenimiento de la actividad comunicativa y lingüística en ancianos sanos.

La actuación del logopeda en la tercera edad, como en todos sus campos de actuación, tiene que estar coordinada con todos los profesionales que se encuentran en los centros, formando un equipo multidisciplinar que favorezca un mayor desarrollo de las personas, potencie una mejor calidad de vida de los residentes y dé respuesta a todas las necesidades que puedan presentarse.

Las posibilidades de actuación del logopeda en un centro geriátrico pueden dividirse en tres tipos: a nivel general; en función de la patología; y en población anciana sin patología.

Otra de las posibles clasificaciones en función de los campos de actuación de los logopedas en la tercera edad son: Intervención como consecuencia de la edad; Intervención como consecuencia de un daño cerebral; e Intervención como consecuencia de una enfermedad neurodegenerativa.

III. OBJETIVOS

1. Conocer la existencia o no de logopedas en las residencias de la tercera edad en la provincia de Valladolid.
2. Determinar las patologías más frecuentes que se presentan en las residencias de la tercera edad, susceptibles de intervención logopédica.
3. Determinar si se reconocen los problemas de la comunicación, el lenguaje y la deglución en los centros de la tercera edad de Valladolid.
4. Descubrir el conocimiento de las competencias de los logopedas en la tercera edad.
5. Conocer las razones por las que no cuentan con un logopeda en su centro.
6. Concienciar sobre el papel del logopeda en estos centros para la mejora de la calidad de vida de los ancianos.

IV. METODOLOGÍA

1- Revisión bibliográfica

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos del campo de las Ciencias Sociales y de la Salud: Dailnet, PubMed, Google Académico...y a través de la base de datos “Almena Plus” de la biblioteca de la Universidad de Valladolid.

Para la búsqueda de información los criterios que se seleccionaron fueron los relativos a los centros de la tercera edad, el envejecimiento y las patologías asociadas más representativas: deterioro cognitivo, demencias, Parkinson, daño cerebral y alteraciones auditivas.

2- Creación de la encuesta

Conociendo las diferentes necesidades logopédicas en la tercera edad nos planteamos ¿en cuántas residencias se incluye al logopeda entre sus profesionales?. Para resolver esta cuestión e indagar más en el conocimiento de los centros geriátricos y las diferentes necesidades logopédicas que podrían presentarse en ellos decidimos crear una encuesta.

La encuesta titulada “Necesidades Logopédicas en Residencias de la Tercera Edad” (véase Anexo I) es un formulario que consta de 25 preguntas y un último apartado para los comentarios que deseen realizar. Se trató de crear una herramienta accesible, fácil de responder y no demasiado extensa para recoger de forma sencilla los aspectos generales y específicos más relevantes, recopilando así la información de más interés.

La encuesta se ha creado con la aplicación Formularios Google. Esta aplicación nos permite construir, de forma gratuita, una encuesta con preguntas a las que podemos asignar diferentes respuestas. En función de las preguntas se pueden establecer diferentes tipos de respuestas: única o múltiple, campo obligatorio o no, respuestas predeterminadas o cuadro de texto donde responder...

Tras la creación de la encuesta esta aplicación genera un enlace a través del cual los diferentes participantes acceden al formulario, responden y al finalizar hacen *click* en enviar y todas sus respuestas quedan registradas.

Para difundir la encuesta, en primer lugar, se expone el proyecto a la Federación Castellano-Leonesa de Atención a la Dependencia (ACALERTE) y son ellos quienes se encargan de hacerla llegar a los centros de carácter privado de Valladolid y provincia.

En cuanto a los centros públicos lo hicimos llegar de forma directa, por medio de correo electrónico.

Junto con el enlace que daba acceso a la encuesta se envió una carta de presentación del proyecto donde se exponían los objetivos y la finalidad del proyecto, así como el agradecimiento a los centros por la colaboración.

La muestra conseguida en el presente estudio resultó algo limitado, contando con la respuesta de sólo 16 centros, si bien las respuestas presentan muy poca variabilidad repitiéndose las mismas contestaciones en muchas de ellas lo que nos permite obtener una panorámica bastante homogénea y con pocas desviaciones.

3- Análisis de necesidades logopédicas en un centro geriátrico.

Dada la escasa respuesta por parte de los centros, se decide realizar un análisis de las necesidades logopédicas en un centro de tercera edad concreto, “la residencia asistida de la tercera edad” de Valladolid, donde realicé el Practicum III del Grado en Logopedia.

La residencia asistida para la tercera edad, depende de la Junta de Castilla y León, más en concreto de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y dentro de ésta en la Gerencia de Servicios Sociales.

Lo primero fue realizar un escrito a la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta solicitando el acceso a los datos de los usuarios de la Residencia Asistida y comprometiéndonos a hacer un uso adecuado de ellos cumpliendo con la Ley de protección de datos vigente actualmente.

Concedido el correspondiente permiso, recopilamos los datos de los usuarios atendiendo a tres ítems: sexo, edad y características patológicas. Dentro de este último ítem nos centramos en las patologías con repercusiones a nivel logopédico obviando las de carácter más médico, innecesarias para este proyecto.

El tipo de población que atiende esta residencia son personas con alguna dependencia para las actividades de la vida diaria mayores de 60 años. También pueden ingresar en este centro el cónyuge o familiar (por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado) junto con la persona dependiente que lo solicita, con una demostrada convivencia de forma continuada.

El centro se organiza en tres tipos de **servicios**:

- Servicio de estancias permanentes. (288 plazas)
- Servicio de estancias diurnas. (20 plazas)
- Servicios de estancias socio – sanitarias. (12 plazas)
- Servicio de estancias temporales.(3 plazas)

Los profesionales con los que cuenta este centro dentro del área asistencial y social son: médicos, enfermeros, auxiliares, psicóloga, dos fisioterapeutas, una terapeuta ocupacional, dos animadoras socio-culturales y dos trabajadores sociales.

4- Análisis y comparación resultados.

Tras haber reunido las encuestas contestadas, se analizan las respuestas de cada una de las preguntas.

En cuanto al centro geriátrico, una vez recopilados los datos de interés de las historias clínicas de todos los usuarios, se procede a realizar un análisis más exhaustivo de los mismos, estableciendo el número de usuarios que podrían ser susceptibles de intervención logopédica de forma directa o indirecta.

En tercer lugar, se establece una relación entre los resultados de la encuesta con los datos extraídos del centro de prácticas confirmando un paralelismo entre los resultados de ambos análisis.

V. RESULTADOS

Peña Casanova (2013, p.10) define al logopeda como:

“Es el especialista en evaluar, diagnosticar, pronosticar, rehabilitar y prevenir los trastornos de la comunicación humana. Es por ello que debe intervenir en las siguientes alteraciones: 1-Del habla; 2-De la voz; 3-Del lenguaje; 4-De la cognición; 5-Orales no verbales; y 6-De la audición”.

La logopedia en la tercera edad no se centra sólo en la intervención cuando existe una patología, sino que también tiene un papel fundamental en el área preventiva. Esta prevención se puede trabajar desde todas las áreas como la comunicación, el habla, la voz, el lenguaje y la deglución; tanto en sujetos con riesgo de padecer alguna patología como en sujetos sin riesgo.

En ocasiones puede que el logopeda no actúe de forma directa, sino que otro profesional solicite nuestro trabajo de forma puntual para evaluar o diagnosticar a un sujeto, complementando así su evaluación.

Resultados de la encuesta de necesidades logopédicas en residencias de la tercera edad.

Los resultados de la encuesta se pueden dividir en dos partes, al igual que la encuesta. Por una parte, los resultados sobre los aspectos generales, y por otro lado, los resultados de los aspectos específicos sobre logopedia.

- Aspectos generales.

En primer lugar, después de conocer el **nombre** del centro, preguntamos sobre el **carácter público o privado** de los centros. De los 16 que participan, el 68.8% son de carácter privado y sólo el 25% de carácter público; uno de los centros marca la opción otro tipo de carácter (centro privado con plazas públicas).

A continuación, se consulta sobre los **regímenes** con los que cuentan. Todas ellas cuentan con un régimen de estancia permanente y el 87.4% de ellas con un régimen de estancia temporal. Algo menos de la mitad, un 43.8% cuentan con Centro de día. (Figura 1)

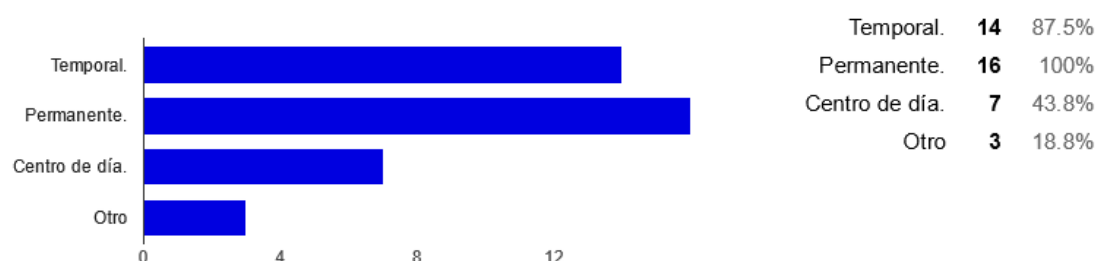


Figura 1. Regímenes de estancia de los centros de la tercera edad.

La **capacidad de los centros** que participan en la encuesta es variable, el 50% responde que tienen entre 10 y 50 usuarios y el 43.8% tiene capacidad para más de 100 usuarios.

Otra de las cuestiones es el **tipo de usuarios** con los que cuentan los centros. El 87.5% de los centros responden que los usuarios de sus centros son tanto personas dependientes o asistidas como personas independientes o válidas.

Nos interesamos por las **razones de ingreso** en los centros, si es por iniciativa propia, por elección de la familia como consecuencia de una enfermedad o situación de dependencia o las razones son otras. En más de un 60% el ingreso es decisión de la familia y en algo más de un 37% los centros indican que las razones son otras.

Referente a los **profesionales** con los que forman los equipos multidisciplinares de los centros, todos tienen en sus plantillas: médico, personal de enfermería, fisioterapeuta y auxiliares sanitarios (Figura 2). El 93.8% cuentan con terapeutas ocupacionales, es decir, todos los centros que participan en la encuesta excepto uno. El 43.8 % incluyen entre sus profesionales psicólogos y trabajadores sociales. Y 6 de los 16 centros que participan tienen entre sus empleados un animador socio-cultural. Ninguno de los 16 centros que participan en la encuesta cuenta con un logopeda entre sus profesionales.

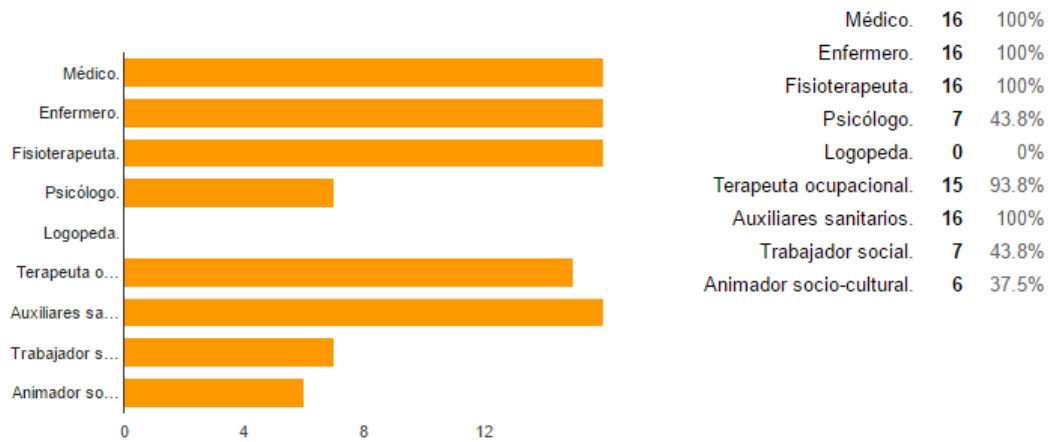
Profesionales socio-sanitarios con los que cuenta el centro.

Figura 2. Profesionales socio-sanitarios con los que cuenta el centro.

Todos los centros responden afirmativamente a la cuestión ¿cuentan con **actividades de ocio o talleres ocupacionales** dentro de la residencia?

En la siguiente pregunta, describen los **talleres** más frecuentes y quien o quienes son los encargados de llevarlos a cabo. En la mayoría de los casos son los terapeutas ocupacionales los responsables de estas actividades. En otros casos indican que son los animadores sociales, los trabajadores sociales y los psicólogos quienes desarrollan estos talleres o actividades.

Una de las preguntas se refiere a la **salud general** con la que los usuarios llegan a los centros. La mayoría de los centros, responden que casi en la totalidad de los casos los sujetos tienen algún grado de dependencia, deterioro o patología, aunque en algunos casos, los usuarios son totalmente válidos.

La última cuestión de la parte general es ¿cuáles son las **patologías** más frecuentes que se encuentran en el centro? (Figura 3). El 93.8% expone que sus usuarios tienen algún tipo de demencia, el 81.3% tienen pacientes con dificultades motoras, enfermedad de Parkinson o enfermedades neurodegenerativas y también, el 81.3 % cuentan con sujetos que han sufrido algún tipo de accidente cerebro vascular.

¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se encuentran en el centro?

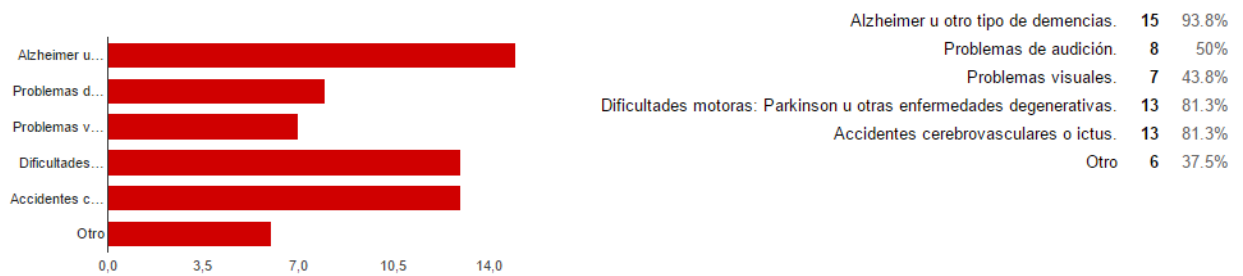


Figura 3. Patologías más frecuentes que se encuentran en los centros.

- **Aspectos específicos.**

Se pregunta a los centros su opinión sobre la presencia o no de **problemas de comunicación** en sus usuarios. El 75% de ellos creen que sus usuarios los presentan en mayor o menor medida, como consecuencia de enfermedades neurológicas, la evolución de las demencias, el deterioro cognitivo y problemas de audición. Uno de los centros indica también como factor el aislamiento social, característico en personas de edad avanzada.

El 56.3% dice que las familias de sus residentes no muestran un especial interés por estos problemas del lenguaje o la comunicación ni demandan la solución de estos

Entre las **alteraciones** que están presentes con relativa frecuencia (Figura 4), destacan las pérdidas de la audición; 13 de los 16 centros marcan esta opción. Las segundas alteraciones significativas son aquellas que afectan la deglución; 12 de los 16 centros seleccionan estas alteraciones. Diez de los 16 centros marcan también las alteraciones de la comprensión del lenguaje. Estas tres alteraciones han resultado ser las más numerosas pero también la mitad de los centros (8 de 16) cuentan con relativa frecuencia con alteraciones en el habla. Las alteraciones de la voz resultan ser, según las opciones elegidas por los centros, las que tienen una menor incidencia, 18.8 %.

Marque aquellas alteraciones que los residentes tienen con relativa frecuencia:

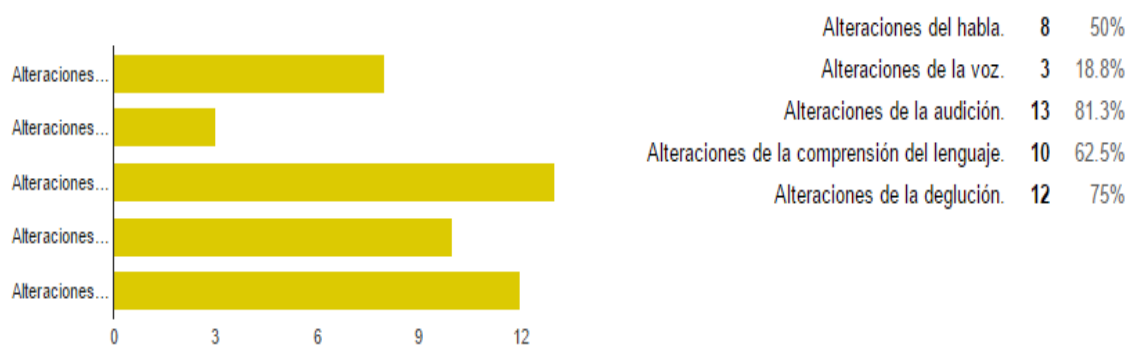


Figura 4. Alteraciones que los residentes de los centros de la tercera edad tienen con relativa frecuencia.

Los resultados obtenidos en cuanto a los trastornos logopédicos específicos dejan ver que, en todos los centros, en mayor o menor porcentaje, existen unas necesidades logopédicas que no son cubiertas.

Se plantea una cuestión referente a las **patologías** con un mayor **interés logopédico** (Figura 5). Las respuestas son:

- El 100% de los centros cuentan con sujetos con deterioro cognitivo y/o demencias.
- El 87.5% de los centros creen que sus usuarios tienen una alteración o una pérdida de las habilidades sociales.
- El 68.8% de los centros incluyen entre sus usuarios sujetos con problemas de deglución.
- El 50% refiere tener usuarios con afasias.
- El 50% de los centros tienen sujetos que presentan disartria.
- El 81.3% de los centros tienen usuarios con problemas de audición, voz... (Otros trastornos logopédicos).
- En el 25% de los casos (4 de los 16 centros que participan), en las residencias están presentes usuarios laringectomizados.
- En 18.8% hay usuarios con parálisis faciales.

¿Presentan los usuarios de su centro alguno o varios de los trastornos señalados a continuación? Marque cuales.



Figura 5. Trastornos de interés logopédicos presentes en los centros de la tercera edad.

En una de las cuestiones se plantea el conocimiento de las **funciones del logopeda**, el 68.8% de los centros dice conocerlas. Cuando describen estas muchos de ellos hacen hincapié en el papel del logopeda en la recuperación tras los accidentes cerebrovasculares, en la estimulación y mantenimiento de la comunicación y el lenguaje y algunos hablan de la intervención logopédica a nivel respiratorio, en disfonías y en la deglución.

Se les plantea si opinan que para alguno de sus residentes sería de ayuda contar con un profesional como el logopeda, a la que el 93.8 % responden afirmativamente. De los 16 centros que participan 15 opinan que sería de ayuda para alguno de sus residentes contar con un profesional como el logopeda, pero como ya se expone de forma anterior ninguno cuenta con uno.

Dado que en ocasiones se reduce el trabajo del logopeda a la intervención cuando se presenta una patología, se pregunta a los centros si conocen la **intervención logopédica a nivel preventivo**. El 75% de los centros (12 de 16) dicen conocerlo.

Los **motivos** por los que estos centros **no incluyen al logopeda** entre sus profesionales resultan ser diversos (Figura 6):

- 1 de las 16 residencias dice no contar con logopeda porque desconoce su función.

- 2 de los 16 centros creen que el logopeda es un profesional innecesario en el centro.
- 3 de las 16 residencias señalan que los motivos son económicos.
- 4 de los 16 centros exponen que depende de personas ajenas a la gerencia del centro.
- 6 de las 16 residencias marcan como respuesta que los motivos de no contar con logopeda son otros.



Figura 6. Motivos por los que los centros no cuenta con logopeda.

Desconocemos a que se refieren los centros con otras razones, pero esta opción es la más elegida con respecto al resto (37.5%).

En este punto resulta incoherente que el 93.8% opinen que el logopeda sería de ayuda para alguno de sus residentes y en esta cuestión dos centros respondan que creen que es innecesario y otro centro que desconoce la función del logopeda.

Respecto a la **deglución**, el 87.5% dice conocer la importancia de los problemas de deglución y su alta frecuencia en la población de la tercera edad y por ello les prestan atención. Resulta alarmante la respuesta de 2 centros, que indican no tratar estos problemas a no ser que se presenten complicaciones.

Sabiendo que ninguno de los centros cuenta con logopeda, queda patente que no es este profesional quien se encarga de los problemas de la deglución, a pesar de que sería su cometido trabajarlo junto con el resto de profesionales sanitarios.

Casi en la totalidad de residencias, es el médico quien se encarga de estas dificultades, en el 93.8% de los casos. En los centros que participan en la encuesta las enfermeras también tienen un papel importante en el tratamiento de estos problemas; en un 87.5% son ellos quienes se encargan de tratarlos, en consenso con los médicos.

Los auxiliares sanitarios, son en un 57.3% de los casos, los encargados de los problemas de deglución, incluso otros profesionales son los responsables en el 12.5% de los casos (Figura 7).

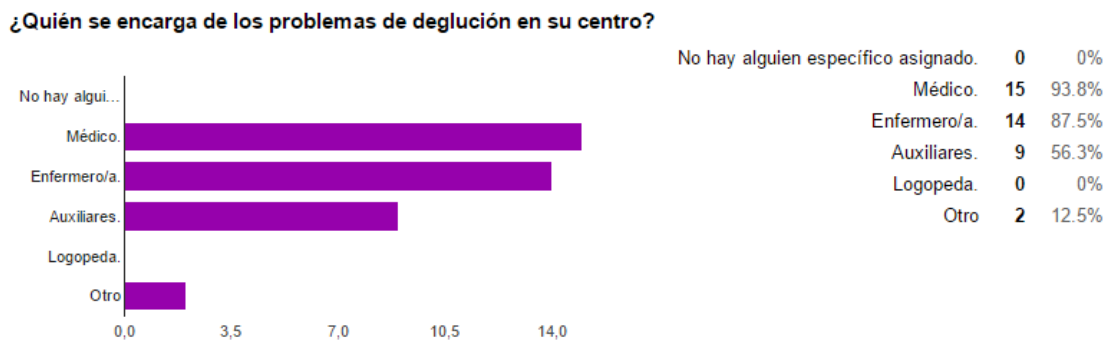
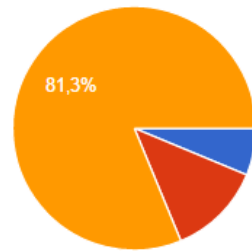


Figura 7. Profesionales encargados de intervenir en las alteraciones de la deglución en los centros geriátricos.

En el caso de que considerasen interesante la intervención logopédica, las mejores opciones varían en función de cada centro, pero de forma mayoritaria, creen que la mejor opción sería contar con un servicio de logopedia externo que acuda cuando se le requiera. De esta forma, el servicio de logopedia se adaptaría a las necesidades del centro. Sólo un 12.5% (2 de los 16 centros) cree que la mejor opción sería incluir un profesional de la logopedia entre los profesionales del centro (Figura 8).



| | | |
|--|----|-------|
| La familia de forma particular buscar un logopeda profesional. | 1 | 6.3% |
| Incluir el servicio de logopedia dentro del centro. | 2 | 12.5% |
| Contar con un servicio de logopedia externo que acuda al centro cuando se le requiera. | 13 | 81.3% |

Figura 8. Mejor opción considerada por los centros para incluir al logopeda entre sus profesionales.

Análisis Residencia Asistida Valladolid.

El análisis de datos que realizamos se centra en los sujetos servicio de estancia permanente. Las plazas que se ofrecen son 288, pero en el momento del estudio están cubiertas 285.

Las variables que seleccionamos, como se expone anteriormente, son: sexo, edad y patologías con relación directa o indirecta con la logopedia.

Análisis de los datos.

Analizando la primera variable, el **sexo**, los resultados muestran un número mayor de mujeres, el 74.03% (n=211), frente al 25.97 % (n=74) de hombres.

La **edad** a la que se permite ingresar a estos sujetos es a los 60 años, aunque hay excepciones. Dentro de los rangos de edad que se contemplan se concentra un mayor número de sujetos entre los 80 y los 92 años (Figura 9).

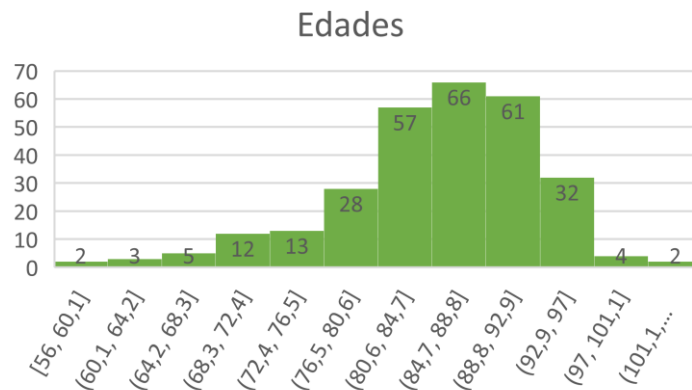


Figura 9. Rangos de edad de los sujetos de la Residencia Asistida.

La variable de máximo interés que incluimos es la de **patologías de interés logopédico** que presentan estos sujetos.

El deterioro cognitivo es la alteración que se presenta con más frecuencia. De los 285 sujetos que allí residen 200 cursan con deterioro cognitivo (Figura 10). Dentro de este grupo no hacemos una distinción en cuanto al grado de deterioro, sino que incluimos a todos: usuarios con deterioro cognitivo ligero, moderado y grave.

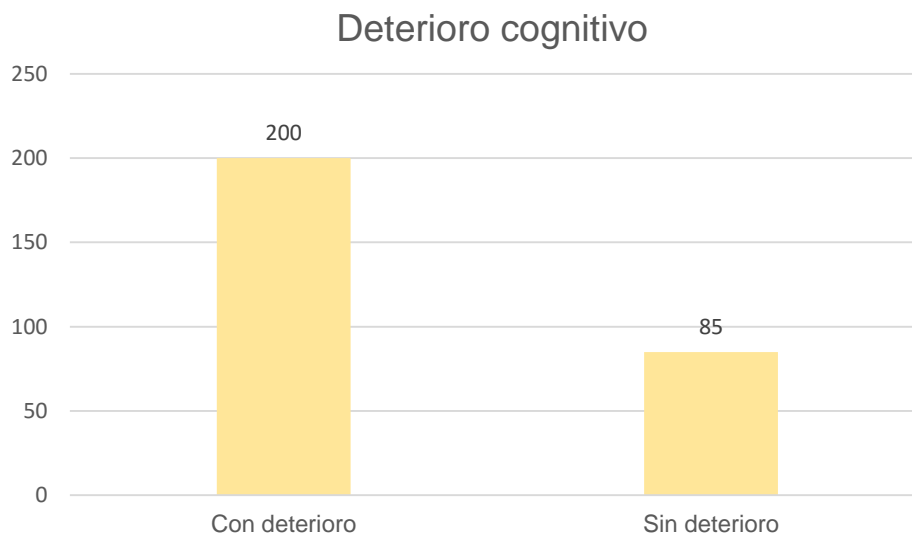


Figura 10. Sujetos con y sin deterioro cognitivo en la Residencia Asistida.

De los 285 usuarios 87 han sido diagnosticados de demencia (68,77%), dentro de las cuales se encuentran demencias diagnosticadas recientemente o de larga evolución, así como diferentes etiologías.

De estos 87 sujetos con demencia 44 han sido diagnosticados de la enfermedad de Alzheimer (Figura 11), lo que corresponde al 50.57% de las demencias y al 15.43 % del total de la muestra.

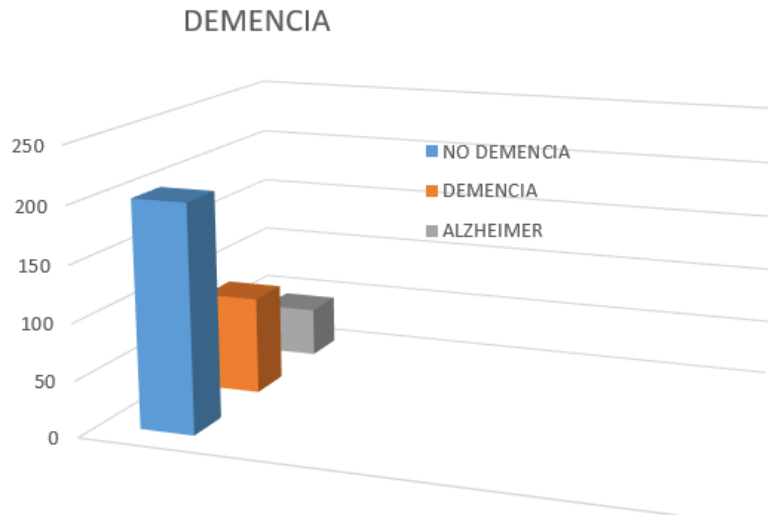


Figura 11. Comparativa del número de sujetos sin demencia, con demencia y con demencia tipo Alzheimer.

Las alteraciones auditivas representan la tercera patología más frecuente, 34 sujetos cursan con algún tipo de alteración auditiva (Figura 12). Dentro de esta variable se han incluido a todos los sujetos con deterioro auditivo, sin establecer diferencias entre las distintas etiologías ni el momento en el que se diagnosticó la discapacidad auditiva.

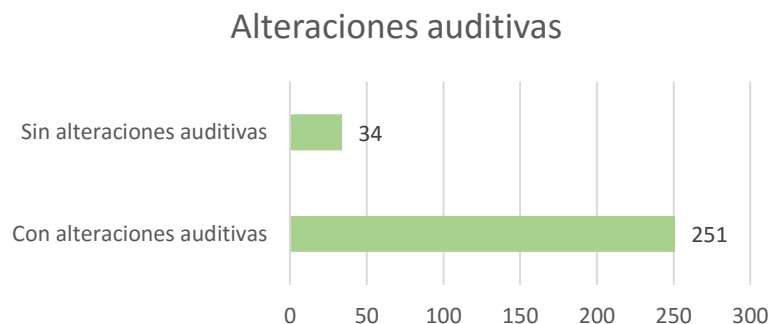


Figura 12. Sujetos de la Residencia Asistida con alteraciones auditivas.

La enfermedad de Parkinson es otra de las patologías cuya incidencia aumenta con la edad. En el grupo de casos revisados se han encontrado 17 casos de Parkinson o Parkinsonismo (Figura 13). Esta enfermedad lleva asociada

trastornos del habla y de la deglución, por lo que son población susceptible de intervención logopédica. No diferenciamos entre sujetos con la enfermedad de Parkinson y sujetos con parkinsonismos, dado que los síntomas que presentan son similares.

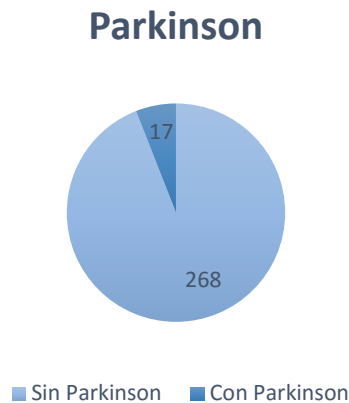


Figura 13. Sujetos con enfermedad de Parkinson o parkinsonismo.

Después de sufrir un daño cerebral algunos sujetos pueden presentar secuelas a nivel de comunicación, lenguaje (afasias o disartrias), parálisis faciales y deglución. El 9% de la muestra seleccionada ha presentado en una o varias ocasiones un ictus (Figura 14). De los 26 sujetos con antecedentes de daño cerebral, cabe resaltar que algunos de ellos han sufrido ictus de repetición.

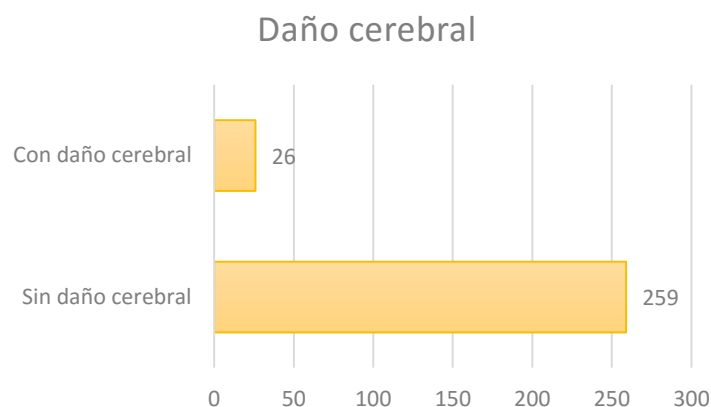


Figura 14. Número de sujetos de la Residencia Asistida que han sufrido un daño cerebral.

Resumiendo las patologías susceptibles de mejorar o de frenar su progresión con intervención logopédica son (Figura 15):

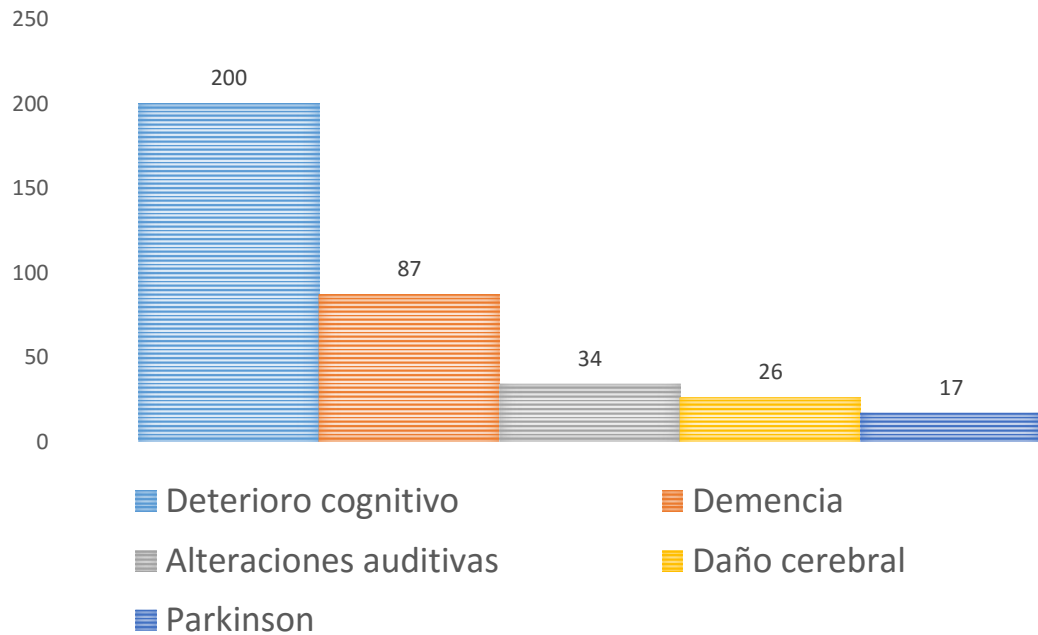


Figura 15. Patologías más frecuentes susceptibles de intervención logopédica en la Residencia Asistida.

No pudimos obtener datos concretos sobre el número de pacientes que cursan con alteraciones de la deglución, disfagias, pero estas dificultades están presentes de forma significativa en muchos de los síndromes anteriores y también podemos encontrarlos de forma aislada. Las disfagias tienen asociadas riesgo de broncoaspiraciones, atragantamientos y posible muerte.

En este punto cabe resaltar que no se han estudiado los pacientes correspondientes al servicio de estancias socio sanitarias, que tiene como objetivo la rehabilitación o convalecencia de residentes con enfermedades previsiblemente recuperables, evitando así la estancia hospitalaria prolongada. Las patologías con las que cuenta este servicio son diferentes, pero con frecuencia se trata de pacientes que ingresan como consecuencia de un daño cerebral. Estos sujetos derivados de un centro hospitalario en muchas ocasiones cursan con patologías susceptibles de beneficiarse del tratamiento logopédico como las afasias, disartrias y alteraciones de la deglución, alteraciones en las cuales la intervención temprana es fundamental.

El estudio de este servicio es complicado dada la duración variable de las estancias y el continuo ingreso y alta de pacientes en este servicio.

En cuanto a los casos correspondientes al servicio de centro de día no fueron seleccionados como parte de la muestra, pero esto no quiere decir que dentro de este grupo no exista también una población susceptible de intervención logopédica.

VI. DISCUSIÓN

Después de mostrar en el apartado anterior los resultados obtenidos de las encuestas y del análisis del estado de salud de los usuarios de la Residencia Asistida, quedan reflejadas las patologías que se pueden encontrar con más frecuencia en los centros de la tercera edad.

En todas ellas la logopedia tiene un papel importante interviniendo en diferentes aspectos como se justifica a continuación.

Nos centraremos en las patologías que se presentan de forma más significativa según nuestros datos lo que no quiere decir que no se pueda intervenir logopédicamente en otras alteraciones que no han sido incluidas, como son las alteraciones de la voz o las dificultades sociales.

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas que está presente en todos o casi todos los centros de la tercera edad en mayor o menor número.

Este deterioro cognitivo puede presentarse aislado o asociado a otras enfermedades y se clasifica según el grado de afectación en leve, moderado, grave y muy grave.

Tirapu y cols., (2008) señalan que el paciente con deterioro cognitivo presenta trastornos de la memoria episódica visual y verbal, trastornos en las funciones ejecutivas, reducción de la fluencia verbal y de la capacidad de denominación (anomia). Estos trastornos los encontramos en mayor o menor gravedad en función del paciente.

El lenguaje es una de las áreas que se ve afectada en estos sujetos, como consecuencia de la alteración de los procesos cognitivos complejos. A medida que aumenta el deterioro, mayor es la afectación del lenguaje. Esto sugiere que la presencia del logopeda en esta población es necesaria.

El envejecimiento progresivo de la sociedad plantea la necesidad de una detección e intervención precoz del deterioro cognitivo asociado a la edad,

previniendo y ralentizando su desarrollo. Esta detección precoz permite una intervención temprana y la aplicación de programas para prevenir, mejorar o estimular memoria (Subirana y cols., 2009).

Estos mismos autores dividen en tres las tareas clásicas de estimulación del lenguaje: tareas a nivel oral, tareas centradas en el nivel semántico y tareas orientadas a promover los procesos de lectoescritura. También podrían incluirse como aspectos a trabajar en esta población, la fluidez verbal y la interacción o habilidades sociales, estos últimos pueden llevar a situaciones depresivas o de aislamiento a medida que el deterioro aumenta, y sobre todo cuando los sujetos son conscientes de sus dificultades.

Este nivel de estimulación e intervención en sujetos con deterioro cognitivo es tarea del logopeda, en colaboración con otros profesionales.

Como hemos observado en los resultados de la encuesta ninguno de los centros cuenta con logopeda pero si con talleres de estimulación cognitiva dentro de los cuales se incluyen actividades de estimulación del lenguaje, pero desarrollados por profesionales no expertos.

Demencias

La demencia es el “síndrome clínico caracterizado por déficits cognitivos múltiples que ocurren en un paciente alerta, y que son suficientes como para interferir con las actividades diarias del sujeto y en su calidad de vida” (Villareal y Morris, 1998, citado en Facal y cols, 2009, p. 5).

Garrad y cols., (2004) señalan que las primeras manifestaciones en las demencias están asociadas al lenguaje, estas se encuentran en el léxico, en forma de trastornos de la denominación y de la comprensión de palabras y asociados a un deterioro de la organización semántica y conceptual.

El lenguaje y las alteraciones comunicativas son aspectos que se ven afectados desde las fases iniciales de las demencias, por lo que no sólo es importante la intervención sino la detección de estas dificultades ya que actúan

como signos de alerta para un diagnóstico precoz en conjunto con otros profesionales.

La O.M.S. (2016) habla de cifras y expone que la demencia afecta a nivel mundial a unos 47,5 millones de personas y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. En cuanto a incidencia señala que entre un 5% y un 8% de la población de 60 o más años sufre demencia en un determinado momento. Las previsiones de futuro son que el número total de personas con demencia superen los 75,6 millones de afectados en el 2030 y los 135,5 millones en el 2050.

La etiología de las demencias es múltiple y diversa, pero destaca por su incidencia la enfermedad de Alzheimer, responsable del 60-70% de las demencias (OMS, 2016). Estos datos se ven reflejados en el análisis de la Residencia Asistida donde el 50,5 % de las demencias son de tipo Alzheimer

En cuanto a la incidencia le siguen las demencias por cuerpos de Lewi, demencias vasculares y demencias asociadas a la enfermedad de Parkinson. Cabe destacar que en muchos casos las enfermedades degenerativas también llevan asociados cuadros de demencia a largo plazo.

Hernández (2010, p.108) expone que:

“los procesos que hacen posible la comunicación, como son el lenguaje, la cognición, el habla y la audición, se ven comprometidos gradualmente en las demencias. Los procesos verbales se ven afectados como consecuencia de las alteraciones progresivas en la memoria y en las funciones cognitivas”.

En cuanto a las alteraciones que se presentan con más frecuencia (Hernández, 2010) predominan las alteraciones semánticas, con la presencia del fenómeno de la anomia. En estadios iniciales la fonología, la sintaxis, la lectura y la escritura se muestran relativamente conservadas, viéndose afectados de forma progresiva con el avance de la enfermedad.

Por tanto, el logopeda en las demencias tiene un papel destacado en la detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Alteraciones auditivas

La pérdida progresiva de la capacidad auditiva se asocia al paso del tiempo. En la tercera edad las pérdidas auditivas aparecen con más asiduidad y suelen ser más significativas. Este deterioro auditivo asociado al envejecimiento recibe el nombre de presbiacusia.

Pedraza y Delgado (2008, p.91) definen la presbiacusia como “la degeneración progresiva de la cóclea, que produce un descenso progresivo de la curva audiométrica, comenzando por los tonos más agudos y con aparición frecuente a partir de los 40 años de edad, de etiología multifactorial”.

En el Libro Blanco sobre la presbiacusia se hace referencia a Caspary y cols. (2008), que señalan que la pérdida auditiva asociada a la edad supone dificultades de procesamiento del sonido y en especial del lenguaje.

Las pérdidas auditivas pueden llevar asociadas alteraciones cognitivas, comportamentales y psicológicas, alteraciones como el aislamiento, la depresión, la demencia o cambios en la personalidad y en el comportamiento. La disminución de la audición puede ser la causa de estas alteraciones, estar asociadas a estas patologías o empeorarlas. Por ejemplo, la pérdida auditiva puede ser la causa de que un sujeto se aisle o puede empeorar el curso de una demencia por privar de audición a un sujeto, pero la pérdida auditiva no es la causa de la demencia.

Pedraza y Delgado (2008) señalan que la amplificación acústica es importante en el proceso de rehabilitación del paciente con presbiacusia.

La rehabilitación logopédica acompaña, en algunos casos, a la colocación de una prótesis auditiva. Esta rehabilitación sobre todo es importante en los casos de privación de la audición durante un largo periodo de tiempo o de pérdidas moderadas o profundas.

Lo que se persigue con una intervención conjunta del logopeda, el otorrino y el audioprotesista es lograr la máxima funcionalidad de la audición, que el usuario entienda mejor los sonidos de su entorno y la palabra hablada de sus interlocutores, que sea un medio para mejorar o recuperar la comunicación y autorregular sus producciones.

La colocación de audífonos y los programas de rehabilitación auditiva, sobre todo de forma grupal, son positivos para reducir las limitaciones de los pacientes hipoacúsicos, mejorando su participación social y su calidad de vida (Cardemil y cols., 2014). En el caso de los sujetos de la Residencia Asistida, con alteraciones auditivas no todos son por causa del envejecimiento, sino que algunos las presentaban con anterioridad, como sorderas congénitas.

El logopeda debe intervenir precozmente, en coordinación con el resto de profesionales implicados, así como actualizar de forma continua sus conocimientos sobre los diferentes tipos de prótesis auditivas y su manejo.

Daño cerebral

El accidente cerebro vascular (ACV) es un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal, afectando al funcionamiento cerebral de una o varias partes del cerebro, que pueden durar más de 24 horas o tener como resultado la muerte sin otra causa aparente que su origen vascular. El funcionamiento cerebral puede verse afectado de forma transitoria o definitiva. (OMS, citado por Balmaseda et al., 2002). La incidencia promedio mundial es alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

A nivel nacional la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) señala que 420.000 personas se ven afectadas anualmente por un daño cerebral, de las cuales el 78% son consecuencia de un ACV, y dentro de estos el 65.03% son mayores de 65 años. Cifras del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de los años 2010-2012 apoyan esto (dentro del estudio de FEDACE), añadiendo los traumatismos craneoencefálicos y las anoxias como otras causas de daño cerebral adquirido, pero con una incidencia mucho menor.

El estudio Iberictus (Díaz Guzman y cols. 2008), centrado en la población española, expone que en cuanto a la incidencia del daño cerebral las tasas se multiplican por 10 en la población mayor de 75 años y que entre un 5 y un 11 % de la población mayor de 65 años refiere antecedentes clínicos de ictus.

La etiología del daño cerebral no es única, por lo que debe entenderse este término como un concepto clínico heterogéneo. A pesar de las diferentes etiologías, tanto en fases postagudas como en fases crónicas el abordaje es similar en cuanto a rehabilitación y atención (Castellanos Pinedo, y cols., 2012).

Varios profesionales de los hospitales de Gorniz y Santa Marina, en Bizkaia, (2006) exponen en un estudio sobre el daño cerebral adquirido que los ACV y los traumatismos son las causas más frecuentes de daño cerebral en el adulto y señalan que estas lesiones pueden dar lugar a diferentes tipos de déficits: físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y de la comunicación. En este mismo estudio, los resultados reflejaron que un 20% de los sujetos que sufren un ictus requieren de logopedia.

Todas estas cifras indican que la incidencia del daño cerebral es alta y aumenta con la edad. Esto junto con el envejecimiento de la población apunta hacia un incremento de las cifras de afectados por daño cerebral.

A nivel logopédico las alteraciones que se presentan con más frecuencia acompañando el daño cerebral son: disartrias y afasias. Además de los problemas a nivel comunicativo, un gran número de sujetos con daño cerebral adquirido cursa con disfagia, pudiendo remitir de forma espontánea o necesitar de rehabilitación. Otra manifestación frecuente en estos pacientes es la parálisis facial.

La intervención logopédica en daño cerebral debe ser constante y se alarga en el tiempo. Se presentan mayores avances el primer año después del daño, después los logros se dilatan más en el tiempo, pero son igual de importantes. Por ello la rehabilitación logopédica es fundamental en todo el proceso de recuperación, haciendo hincapié en que la intervención en los primeros meses es primordial.

Síndrome de Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa que tiene más presencia en las personas de edad avanzada. La federación española de Parkinson habla de un rango de edad entre los 40 y los 70 años, de lo que se deduce que se encuentran numerosos casos en centros de la tercera edad.

Asociada a la EP se dan diferentes síntomas susceptibles de tratamiento logopédico entre los que destacan la disartria hipocinética y problemas de deglución. En cuanto al momento en que se presentan estos trastornos Clemente Benaiges y Aviño Farret (2007) señalan que lo hacen tanto en estadios precoces de la enfermedad como en estadios avanzados.

El 70% de los pacientes parkinsonianos sufren de alteraciones en la fonación, la resonancia, la prosodia y en la articulación del lenguaje, que tienen como resultado un lenguaje hipofónico, monótono, farfulleante y atropellado, llegando a ser ininteligible en estadios avanzados de la enfermedad (Torres y cols, 2001).

La rehabilitación en estos pacientes, como indican Cabrejo y cols., (2005) debe ser algo presente y continuo durante toda la evolución de la enfermedad. Estos autores proponen tratar a estos pacientes mediante la reeducación de diferentes aspectos que afectan al habla como: relajación, postura, respiración, fonación, articulación y prosodia.

Alteraciones de la Deglución

La disfagia se define, según el Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello (2007) (citado en Murciego, 2015), como la dificultad en el transporte de secreciones endógenas o de los alimentos hacia el tracto digestivo superior.

En un estudio de prevalencia de disfagia llevado a cabo en una residencia de mayores por Irlés Rocamora y cols., (2009) se expone que los problemas de la alimentación relacionados con la dificultad de la masticación y la deglución son

de una elevada prevalencia en personas mayores, y aumentan de modo progresivo con la edad, la dependencia y las enfermedades asociadas. Las complicaciones de la disfagia incluyen: malnutrición y aspiraciones, lo que prolonga la estancia hospitalaria y un aumento del riesgo de muerte.

Estos autores, indican que los ACV y las demencias son las patologías más relacionadas con la disfagia. Señalan que entre el 27% y el 50% de pacientes que sufren un ACV presentan disfagia.

VII. CONCLUSIONES

- El desconocimiento es la razón más importante de la escasa presencia de logopedas entre los profesionales que intervienen en centros de la tercera edad.
- Son muchas las patologías del habla, la voz, la comunicación, el lenguaje, la audición o la deglución que se observan en un centro de la tercera edad.
- El logopeda puede realizar un trabajo preventivo en ancianos sin patología o con riesgo de padecerla, y una intervención rehabilitadora en personas mayores diagnosticadas de trastornos del lenguaje, la comunicación o la deglución.
- Si los centros geriátricos son por definición centros que velan por la atención y cuidado de los residentes, los logopedas sin duda contribuyen a alcanzar una mejor calidad de vida de los mismos.
- En la actualidad nuestra sociedad es una sociedad envejecida esto indica un aumento de la población de la tercera edad de aquí a unos años y por tanto se verá reflejado en una mayor demanda de plazas en los centros de la tercera edad.
- El análisis de un centro geriátrico concreto nos permitió corroborar lo que anticipamos con los resultados de la encuesta.
- Es necesario que los logopedas investiguen y difundan a la sociedad en general y a las entidades públicas y privadas que corresponda, sobre el importante papel en la tercera edad.

SI LAS NECESIDADES LOGOPÉDICAS SON EVIDENTES Y MUY HOMOGÉNEAS EN TODOS LOS CENTROS DE LA TERCERA EDAD, LA INTERVENCIÓN DE UN PROFESIONAL EXPERTO DEBERÍA FORMALIZARSE PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN MÁS ADECUADA Y EFICAZ PARA CADA PROCESO.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez de Cózar, F., Ortega, P., Gil Carcedo, L.M., Gil Loyzaga., Cenjor, C., Algaba, J., ... Carreño, F. (2013). *Libro Blanco sobre la presbiacusia*. Recuperado de:

http://www.lacomunidadpublicitaria.com/files/field/file/libro_presbiacusia_ok.pdf

Balmaseda, R., Barroso y Martín, J.M., León Carrión, J. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. *Revista española de neurología*, 4(4), 312-330.

Cabrejo L, Auzou P, Ozsancak C, & Hannequin D. Speech therapy for the dysarthria of Parkinson's disease. *Rev Neurol Paris* 2005;161:857-61.

Cardemil, F., Aguayo, L., & Fuente, A. (2014). Programas de rehabilitación auditiva en adultos mayores, ¿qué sabemos de su efectividad?. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 65(4), 249-257.

Carro, O. T., León, M., Alvarez, E., Maragoto, C., Alvarez, L., & Rivera, O. (2001). Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2(4), 241-244.

Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque, P., Ramírez Moreno, J. M., & Zurdo Hernández, J. M. (2012). Daño cerebral sobrevenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Revista Neurología*, 357-366.

Clemente Benaiges, I., & Aviño Farret, C. (2007). Papel de la logopedia en el tratamiento de la disartria y la disfagia en la enfermedad de Parkinson. *Neurología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología*, 3(7), 30-33.

Díaz-Guzmán, J., Egido-Herrero, J. A., Gabriel-Sánchez, R., Barberà, G., Fuentes, B., Fernández-Pérez, C., & Abilleira, S. (2008). Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Revista Neurología*, 47(12), 617-623.

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.

Federación española de Parkinson. Preguntas con respuestas. Recuperado de: http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=30&title=Preguntas_c_on_respuestas&idm=58

Garrard, P., Lambon, R. M. A., Patterson, K., Pratt, K. H., & Hodges, J. R. (2004). Semantic feature knowledge and picture naming in dementia of Alzheimer's type: A new approach. *Brain and Language*, 93, 79-94.

Hernández Jaramillo, J. (2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. *Acta Neurológica Colombiana*, 26, 101-111

Hospital de Gorniz (2006). Rehabilitación del daño cerebral adquirido en Bizkaia: análisis del estado actual y consideraciones sobre un modelo asistencial de calidad. Recuperado de:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgor_rehabilitacion_dano_cereb/es_hgor/adjuntos/rehabilitacionDanoCerebralAdquirido.pdf

Irles Rocamora, J. A., Sánchez-Duque, M. J., de Valle Galindo, P. B., Bernal López, E., Fernández Palacín, A., Almeida González, C., & Torres Enamorado, D. (2009). Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4), 498-503.

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

Las personas con daño cerebral adquirido en España. FEDACE (Federación española de daño cerebral) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013 Recuperado de:

<http://fedace.org/wp-content/uploads/2013/09/Informe-FEDACE-RPD-para-DDC-1.pdf>

Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2004). Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España (capítulo 5, Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia, página 420). Recuperado de: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/bi_nario/libroblanco.pdf

Murciego, P. (2015) Eficacia del tratamiento logopédico en la disfagia neurógena basado en el conocimiento de la anatomofisiología. Trabajo Fin de Grado en Logopedia 2014-2015. Universidad de Valladolid. Valladolid, España.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental (2004). Informe Compendiado, Ginebra. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. Demencia, Centro de Prensa notas descriptivas (2016). Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Pedraza García, Z. P., & Delgado Solís, M. (2008). El déficit de audición en la tercera edad. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 51(3), 91-95.

Pinto, N. (2014-2015) Calidad de vida en las residencias de ancianos. Universidad de Valladolid. Valladolid, España.

Subirana, J., Bruna, O., Puyuelo, M., & Virgili, C. (2009). Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo Alzheimer. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29(1), 13-20.

Tirapu, J., Ríos, M. y Maestú, F. (2008). Manual de Neuropsicología. Barcelona: Viguera.

Valles, B. (2011). Representaciones y creencias en torno a la evaluación lingüística del adulto mayor con trastorno cognitivo leve. *Revista de investigación en Logopedia Universidad de Castilla la Mancha* 1(1), 12-34.

Peña-Casanova, J. (Ed.). (2013). *Manual de logopedia*. Elsevier España.

Torres Carro, O., León, M., Álvarez, E., Maragoto, C., Álvarez, L., Rivera, O. (2001) Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2(4), 241-244.

ANEXOS

ENCUESTA DE NECESIDADES LOGOPÉDICAS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD EN LA PROVINCIA DE VALLADOLID.

*Obligatorio

1. Nombre del centro y ciudad donde se encuentra. *

2. Tipo de residencia *

Marca solo un óvalo.

- Pública.
- Privada.
- Otro: _____

3. ¿Existen varios regímenes de estancia? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Temporal.
- Permanente.
- Centro de día.
- Otro: _____

4. ¿Cuál es la capacidad del centro? *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 10.
- Entre 10 y 50.
- Entre 50 y 100.
- Más de 100.

5. ¿Cómo son los usuarios del centro? *

Marca solo un óvalo.

- Personas dependientes o asistidas.
- Personas independientes o válidas.
- Ambos tipos de personas.

6. **¿Cuáles son las razones de ingreso en el centro más frecuentes? ***

Marca solo un óvalo.

- Iniciativa propia del paciente.
- Decisión de la familia como consecuencia de una enfermedad o una situación de dependencia.
- Otro: _____

7. **Profesionales socio-sanitarios con los que cuenta el centro. ***

Selecciona todos los que correspondan.

- Médico.
- Enfermero.
- Fisioterapeuta.
- Psicólogo.
- Logopeda.
- Terapeuta ocupacional.
- Auxiliares sanitarios.
- Trabajador social.
- Animador socio-cultural.

8. **¿Cuentan con actividades de ocio o talleres ocupacionales dentro de la residencia? ***

Talleres de manualidades, de lectura, habilidades sociales, de memoria, bingo...

Marca solo un óvalo.

- No.
- Si.

9. **En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa, indique brevemente cuáles y quién los lleva a cabo.**

10. **¿Cómo es la salud general de las personas cuando llegan a la residencia? ***

11. ¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se encuentran en el centro? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Alzheimer u otro tipo de demencias.
- Problemas de audición.
- Problemas visuales.
- Dificultades motoras: Parkinson u otras enfermedades degenerativas.
- Accidentes cerebrovasculares o ictus.
- Otro: _____

12. ¿Cree que los residentes tienen problemas de comunicación y lenguaje con frecuencia? *

Marca solo un óvalo.

- No.
- Si.

13. En caso afirmativo diga cuál es, o cuál cree que es, la causa de esos problemas del lenguaje.

14. Marque aquellas alteraciones que los residentes tienen con relativa frecuencia: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Alteraciones del habla.
- Alteraciones de la voz.
- Alteraciones de la audición.
- Alteraciones de la comprensión del lenguaje.
- Alteraciones de la deglución.

15. ¿Presentan los usuarios de su centro alguno o varios de los trastornos señalados a continuación? Marque cuales. *

Selecciona todos los que correspondan.

- Afasias.
- Disartrias.
- Parálisis facial.
- Demencia o deterioro cognitivo.
- Laringectomizados.
- Problemas de deglución.
- Alteración o pérdida de las habilidades sociales.
- Otros trastornos logopédicos (sordera, voz cansada...).

16. ¿Conoce las funciones que puede desarrollar un logopeda en un centro de la tercera edad? *

Marca solo un óvalo.

- No.
- Si.

17. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, descríballo brevemente.

18. En caso de no contar con logopeda en su centro, marque las razones: *

Marca solo un óvalo.

- Desconozco su función.
- Por motivos económicos.
- Creo que es un profesional innecesario en el centro.
- Depende de personas ajenas a la gerencia del centro.
- Otro: _____

19. **¿Considera que sería de ayuda para algunos de residentes contar con un profesional de este tipo? ***

Marca solo un óvalo.

- No.
 Si.

20. **¿Conocen la importancia de los problemas de deglución y su alta frecuencia en la tercera edad? ***

Marca solo un óvalo.

- No.
 Si, y por ello les prestamos especial atención.
 Si los conocemos pero no los tratamos a no ser que se presenten complicaciones.

21. **¿Quién se encarga de los problemas de deglución en su centro? ***

Selecciona todos los que correspondan.

- No hay alguien específico asignado.
 Médico.
 Enfermero/a.
 Auxiliares.
 Logopeda.
 Otro: _____

22. **Además de la intervención en las alteraciones del lenguaje y la deglución ¿sabe que el logopeda también puede prevenir la aparición de algunas de estas alteraciones? ***

Marca solo un óvalo.

- No.
 Si.

23. **En el caso de considerar interesante la intervención logopédica para su centro, ¿cuál cree que sería la mejor opción? ***

Marca solo un óvalo.

- La familia de forma particular buscar un logopeda profesional.
 Incluir el servicio de logopedia dentro del centro.
 Contar con un servicio de logopedia externo que acuda al centro cuando se le requiera.

24. ¿Las familias de sus residentes se interesan y demandan la solución de los problemas de la comunicación, lenguaje y deglución? *

Marca solo un óvalo.

No.

Si.

25. Para finalizar, ¿podría usted decir un número aproximado de residentes que necesitarían el servicio logopédico en su centro en la actualidad? *

26. Nos serán de gran ayuda sus respuestas. Si desea hacer algún comentario respecto a alguno de los puntos tratados, a continuación puede hacerlo.
