



Universidad de Valladolid

Facultad de medicina

Grado en Logopedia

TRABAJO DE FIN DE GRADO 2019-2020



**Las perseveraciones verbales en DCL.
Análisis de 4 casos procedentes de una
residencia sociosanitaria**

AUTORA: Irene Sáez Alonso

TUTORA: Natalia Jimeno Bulnes

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento es un proceso natural, dinámico y gradual que puede ir acompañado de distintos grados de deterioro cognitivo, cuya detección precoz es esencial. El presente trabajo estudia el deterioro cognitivo leve o DCL, que se define como un estado intermedio entre la ausencia de patología y la patología grave, sin llegar a cumplir los criterios de demencia. Las manifestaciones de la afectación del lenguaje en el DCL incluyen las perseveraciones verbales, las cuales consisten en repetir contenidos o ideas, frases o palabras.

OBJETIVOS: 1. Determinar la presencia de perseveraciones verbales en personas procedentes de una residencia sociosanitaria con deterioro cognitivo leve. 2. Identificar una serie de recomendaciones o pautas generales de intervención logopédica para mejorar algunas manifestaciones del lenguaje en personas con deterioro cognitivo leve.

METODOLOGÍA: Se ha diseñado un estudio de carácter transversal y observacional para evaluar el nivel cognitivo y del lenguaje de personas pertenecientes a la residencia *Jireysa Aldeamayor Golf Senior*, todos ellos diagnosticados de DCL. Las pruebas utilizadas han sido el Mini-examen cognoscitivo y el *test* Neurobel, además de recoger una muestra de habla de cada paciente para analizar las perseveraciones verbales. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos recogidos.

RESULTADOS: La muestra estudiada está formada por 4 sujetos (3 mujeres y un hombre), cuya mediana de edad tiene un valor de 84,5 años. Los resultados de las pruebas confirman el diagnóstico del DCL de los pacientes y la presencia de diferentes tipos de perseveraciones verbales en su discurso. Concretamente, las perseveraciones verbales más frecuentes son la repetición de palabras, aquellas que se producen de manera espontánea y las expresivas.

CONCLUSIONES: Las perseveraciones verbales son un fenómeno común en el lenguaje de personas con deterioro cognitivo leve. La intervención logopédica es fundamental para estimular el lenguaje y otras funciones cognitivas, retrasando así en la medida de lo posible la evolución a otros cuadros más graves, como la demencia.

Palabras clave: envejecimiento, deterioro cognitivo leve, perseveración verbal, demencia, lenguaje, logopedia.

ABSTRACT.

INTRODUCTION: Aging is a natural, dynamic and gradual process that can be accompanied by varying degrees of cognitive decline, the early detection of which is essential. The present work studies mild cognitive impairment or MCI, which is defined as an intermediate state between the absence of pathology and severe pathology, without meeting the criteria for dementia. The manifestations of language impairment in MCI include verbal perseveration, which consists of repeating content or ideas, phrases or words.

OBJECTIVES: 1. To determine the presence of verbal perseveration in people with mild cognitive impairment. 2. To identify a series of recommendations or general guidelines for speech therapy intervention to improve the quality of life of people with mild cognitive impairment and their families.

METHODOLOGY: A transversal and observational study has been designed to evaluate the cognitive and language level of people belonging to the Jireysa Aldeamayor Golf Senior Residence, all of whom have been diagnosed with MCI. The tests used were the Mini-cognitive examination and the Neurobel test, in addition to collecting a speech sample from each patient to analyse verbal perseveration. A descriptive analysis of the data collected has been carried out.

RESULTS: The sample studied is made up of 4 subjects (3 women and 1 man), whose median age is 84.5 years. The test results confirm the diagnosis of MCI in the patients and the presence of different types of verbal perseveration in their speech. In particular, the most frequent verbal perseverations are word repetition and spontaneous perseverations.

CONCLUSIONS: Verbal perseverations are a common phenomenon in the language of people with mild cognitive impairment. Speech therapy intervention is essential to stimulate language and other cognitive functions, thus delaying as much as possible the evolution to other more serious conditions, such as dementia.

Key words: aging, mild cognitive impairment, verbal perseveration, dementia, language, speech therapy.

INDICE GENERAL

1. JUSTIFICACION.....	6
2. FUNDAMENTACION TEORICA.....	7
2.1. Envejecimiento y deterioro cognitivo.....	7
2.2. Deterioro cognitivo leve y demencia.....	9
2.3. El lenguaje en el deterioro cognitivo leve y en demencias.....	11
2.4. Perseveraciones verbales en deterioro cognitivo.....	13
3. OBJETIVOS.....	16
4. METODOLOGÍA.....	17
4.1. Sujetos.....	17
4.2. Variables sociodemográficas y clínicas.....	18
4.3. Evaluación del lenguaje.....	19
a) NEUROBEL.....	20
b) Muestra de habla.....	21
4.4. Procedimiento.....	22
4.5. Análisis de las muestras de habla.....	24
4.6. Análisis de los datos.....	24
5. RESULTADOS.....	25
5.1. Resultados sociodemográficos y clínicos.....	25
5.2. Resultados de la evaluación del lenguaje.....	28
a) Resultados del <i>test</i> Neurobel.....	28
b) Resultados de las muestras de habla.....	28

6. DISCUSION.....	33
6.1. Comparación con otros estudios.....	33
6.2. Limitaciones y fortalezas del estudio.....	36
6.3. Futuras líneas de investigación.....	37
7. CONCLUSIONES.....	38
8. BIBLIOGRAFIA.....	39
9. ANEXOS.....	42
9.1. Anexo 1; Modelo de consentimiento informado.....	42
9.2. Anexo 2; Modelo de ficha técnica del participante.....	42
9.3. Anexo 3; Modelo de prueba MEC.....	43
9.4. Anexo 4; Tareas escritas del P1.....	43
9.5. Anexo 5; Tareas escritas del P2.....	44
9.6. Anexo 6; Tareas escritas del P3.....	44
9.7. Anexo 7; Tareas escritas del P4.....	44

1. JUSTIFICACIÓN

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) es una asignatura transversal que pretende integrar el conjunto de experiencias y competencias profesionales adquiridas a lo largo de los cuatro años de estudio del Grado en Logopedia. Su elaboración y presentación forma parte del V módulo de contenidos y es de carácter obligatorio para la obtención del título y capacitación profesional. A continuación se exponen las múltiples razones que justifican la elección del tema del presente estudio.

En primer lugar, siempre me ha despertado un gran interés el deterioro cognitivo, así como la rehabilitación de personas adultas y ancianas. A lo largo de estos 4 años de carrera he descubierto la importancia de la Logopedia para este tipo de pacientes, dejando atrás la idea de que esta disciplina sanitaria se centra únicamente en la población infantil.

Además es innegable la gran cantidad de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo, ya sea en mayor o menor medida. Teniendo en cuenta que esta patología afecta a gran parte a muchas personas de la tercera edad, he querido informarme y estudiar sobre ello para mejorar a nivel personal y profesional.

Por otra parte, he tenido la suerte de poder contar personalmente con la participación de la residencia de ancianos "*Jireysa Aldeamayor Golf Senior*" la cual pertenece a mis padres. Esto me ha allanado mucho el trabajo, ya que he tenido múltiples facilidades para acceder a los pacientes y recoger todos los consentimientos y datos necesarios.

Por último, he querido hacer este trabajo para demostrar la necesidad de incluir la figura del logopeda dentro de los equipos multidisciplinares que conforman las residencias de ancianos, ya que muchas de ellas no disponen de estos servicios porque no los consideran de primera necesidad. De manera general existe un desconocimiento acerca de la rehabilitación logopédica en tercera edad. Como profesional sanitaria me veo en la obligación de contribuir a defender nuestros derechos laborales en todos los campos en los que sea necesario e importante nuestro trabajo.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Envejecimiento y deterioro cognitivo

En la actualidad vivimos una situación singular con respecto a la población de edad avanzada existente en el mundo. Cada día más personas envejecen rebasando el límite cronológico de los 60 años de edad. De hecho, se espera que este conjunto poblacional se cuadrupliche en los próximos 50 años de vida (Vélez et al., 2019). Ante el descenso continuado de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida principalmente en grupos de edades intermedios y mayores, el proceso del envejecimiento continúa avanzando con gran fuerza, más aun en los países desarrollados o en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El envejecimiento se define como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social, que repercuten indiscutiblemente en el estado funcional y físico de las personas, que además transcurre en el tiempo y está delimitado por este (Delgado Silveira et al., 2015). Nos referimos a él como un proceso dinámico porque no se trata de una etapa rígida, sino que es diferente en cada organismo. Comienza ya en el nacimiento, pero a pesar de ello, ejerce una influencia más perjudicial para el organismo en aquellas personas que superan los 60 años de edad, consideradas como “adultos mayores” o “personas de la tercera edad” (Delgado Silveira et al., 2015). Este rango poblacional no constituye un conjunto homogéneo, es decir, no todos los ancianos desarrollan el envejecimiento de la misma manera aunque tengan una edad cronológica similar. Por esta razón se diferencian distintos perfiles de ancianos dentro de la práctica clínica. La clasificación es la siguiente (Reich et al., 2014):

- **Anciano sano:** persona de edad avanzada sin enfermedad objetivable, con su capacidad funcional conservada e independiente para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No presenta problemas mentales ni sociales derivados de su estado de salud.
- **Anciano enfermo:** aquel con enfermedad aguda, no suele presentar enfermedades importantes ni problemas mentales o sociales. Sus problemas de salud pueden ser

resueltos con normalidad dentro de los servicios sanitarios de la especialidad médica correspondiente (All Wales Medicines Strategy Group, 2014).

- **Anciano frágil:** conserva su independencia de manera limitada, es decir, se encuentra en situación de riesgo de volverse dependiente. Presenta una o varias enfermedades de base, que al estar compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica.
- **Anciano dependiente:** en este caso presenta limitaciones para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria. Necesita la ayuda de otra persona, ya sea un cuidador profesional o un familiar.

Como podemos observar, el proceso del envejecimiento supone un cambio importante en la vida de las personas, ya que afecta a sus rutinas diarias. Este fenómeno poblacional ejerce una gran presión sobre los sistemas sociales y de salud, por lo que es necesario conocer las necesidades de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida lo máximo posible (Valera et al., 2019).

Durante el envejecimiento se puede presentar el deterioro cognitivo, el cual se define según el Manual de Clasificación de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría o sistema DSM-5, como la disminución del rendimiento de al menos uno de los dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, habilidades perceptuales motoras, cognición social y lenguaje), acompañada de una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas y un declive funcional de las actividades de la vida diaria. El deterioro cognitivo es uno de los desafíos sociosanitarios más importantes actualmente debido a su alta frecuencia en la población. En nuestro país, la prevalencia de deterioro cognitivo en personas con 65 años de edad o superior, se sitúa entre el 14,5% y el 19% (Rodríguez et al., 2017).

Atendiendo a estos datos, encontramos estudios que afirman la necesidad de aumentar las estrategias de cada país para contribuir a una atención integral del adulto mayor, que permita mejorar la calidad de vida de los ancianos que padecen un envejecimiento patológico (Vélez et al., 2019).

2.2. El deterioro cognitivo leve y la demencia

En función del rendimiento cognitivo en los dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, habilidades perceptuales motoras, cognición social y lenguaje), se diferencian 3 categorías de personas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- **Personas sanas:** sus características cognitivas y lingüísticas son propias de la edad, es decir, no presentan alteraciones cognitivas.
- **Personas con Trastorno Neurocognitivo Leve o Deterioro Cognitivo Leve (DCL):** existe un déficit cognitivo leve o moderado con respecto al funcionamiento previo, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria (AVD) y sin llegar a cumplir los criterios de la demencia. Se trata de un estado intermedio entre la ausencia de patología y la patología grave.
- **Personas con Trastorno Neurocognitivo Mayor o Demencia (DCG):** existe un deterioro cognitivo relevante que afecta significativamente a las actividades de la vida diaria y al funcionamiento global de la persona.

Atendiendo a la clasificación, podemos afirmar que el entrenamiento de los dominios cognitivos supondría un aumento de la capacidad de independencia de las personas, mejorando así la realización de las actividades de la vida diaria y su funcionamiento global en todos los ámbitos (laboral, social, comunicativo y de lenguaje, personal...) (González et al., 2019). En lo que respecta al ámbito de la comunicación y el lenguaje, el entrenamiento forma parte de la competencia profesional de los logopedas. Esto quiere decir que, aquellos adultos mayores que estén incluidos en cualquiera de las categorías anteriores, serán candidatos idóneos para recibir rehabilitación logopédica (González et al., 2019).

El **deterioro cognitivo leve** es un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria y sin que se cumplan criterios de demencia (Petersen, 1999, citado por Rodríguez et al., 2017). Los primeros criterios diagnósticos consideraban al DCL como un problema degenerativo que antecedió a la demencia propia del Alzheimer. Sin embargo, a lo largo de los años este concepto ha evolucionado y se ha demostrado que no todas las formas de DCL evolucionan hacia dicha enfermedad (Rodríguez et al., 2017).

Actualmente existe una clasificación que divide al DCL en dos subtipos: amnésico y multidominio. El DCL amnésico es el foco de la mayoría de los estudios y se caracteriza principalmente por sus problemas de memoria. Por otro lado, en el DCL multidominio existe afectación de otros dominios cognitivos, como el lenguaje o las funciones ejecutivas, sin necesidad de coexistir con alteración de memoria (Petersen, 2003).

Siguiendo de nuevo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 existen una serie de criterios diagnósticos para el DCL (*American Psychiatric Association, 2014*):

1. Las evidencias de un déficit cognitivo moderado comparado con el rendimiento previo en uno o más dominios cognitivos. Estas evidencias pueden estar basadas en la preocupación del individuo por un declive significativo en alguna función cognitiva, o en la documentación de un test neuropsicológico estandarizado que indique un deterioro moderado en el rendimiento cognitivo.
2. Los déficits cognitivos no interfieren en la independencia de las actividades de la vida diaria.
3. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
4. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental.

Por otro lado, el **deterioro cognitivo mayor o demencia** consiste en una pérdida relevante de memoria, así como de otras funciones cognitivas, con síntomas en la esfera conductual y psicológica y pérdida de autonomía. Todo esto provoca una importante sobrecarga para la familia y el entorno social de la persona que lo padece. La demencia interfiere en las actividades cotidianas, laborales y sociales del individuo (Francés et al., 2003).

En función de su origen podemos clasificar las demencias en corticales, como la enfermedad de Alzheimer, y subcorticales, como la de Parkinson. Concretamente, la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, ya que afecta aproximadamente al 10% de las personas mayores de 65 años y a la mitad de las personas mayores de 85 (Alanís-Niño et al., 2008). Otros estudios afirman que la prevalencia internacional de la demencia es del 6,2%, siendo un 8,8% en mujeres y un 3,1% en los hombres (Alanís-Niño et al., 2008). Ante el progresivo aumento de la población mayor, cabe destacar el previsible incremento de la prevalencia de la demencia, ya que la edad es uno de los principales factores de riesgo. Sin

embargo, existen otros factores que también influyen en la aparición de esta patología, como son las enfermedades cardiovasculares, la nutrición y la actividad física y mental (Saavedra, 2011).

La etiología de esta patología aún es algo incierta, y los síntomas, generalmente consisten en pérdida de memoria, problemas de lenguaje, dificultades para ejecutar tareas complejas, depresión, síntomas psicóticos, trastornos visoespaciales y cambios progresivos en la personalidad (Francés et al., 2003).

En definitiva, es fundamental llevar a cabo un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo, ya que de esta manera comenzará antes la rehabilitación de los pacientes y mejorará su calidad de vida lo antes posible (Alanís-Niño, et al., 2008).

2.3. El lenguaje en el deterioro cognitivo leve y en la demencia

El lenguaje es una de las funciones cognitivas más relevantes y complejas del ser humano. Su importancia ha sido constatada desde los principios de la psicología y las ciencias del comportamiento (Buiza, 2010). Las personas mayores con deterioro cognitivo leve o demencia experimentan múltiples modificaciones o alteraciones en el nivel biológico, psicológico, social y, no menos importante, en el ámbito lingüístico (San Miguel et al., 2006).

Las investigaciones acerca del lenguaje en el DCL son poco abundantes, pero a pesar de ello existen evidencias de las alteraciones que experimentan estos sujetos. Concretamente, las habilidades lingüísticas más estudiadas son la memoria semántica, la fluidez verbal y la denominación (Juncos-Rabadan, 2010).

Los estudios sobre la comprensión lingüística han revelado resultados contradictorios (Hodges et al., 2006; Lambon-Ralph et al., 2003; Ribeiro et al., 2006). Por un lado, existen investigaciones que afirman que la comprensión de oraciones empeora en contextos de complejidad sintáctica creciente (Wingfield et al., 2003). Otros autores defienden que la dificultad en la comprensión de oraciones depende de múltiples factores, como son la complejidad de las estructuras, la capacidad de memoria de trabajo y las variables sociodemográficas de género, educación y edad (Goral et al., 2011).

El nivel sintáctico y el discurso narrativo son los menos estudiados en este tipo de población. Algunos estudios muestran evidencias de su alteración en el DCL (Rozas et al., 2003; Sánchez et al., 2018). Dentro del discurso narrativo se han observado alteraciones en el habla (Szatloczki et al., 2015), menor fluidez en el discurso, uso de frases más breves y bajo rendimiento en el relato autobiográfico (Chapman et al., 2002). Por otro lado, los procesos lingüísticos del nivel sintáctico se conservan bastante bien en el DCL (Juncos-Rabadán, 1996, citado por Rozas et al., 2003). Sin embargo, aparecen problemas para usar estructuras gramaticales complejas (Obler et al., 1991; Stine-Morrow et al., 2000). Estas dificultades se deben a las alteraciones de la memoria operativa (Carpenter, 1994, citado por Rozas et al., 2003). Otros autores defienden que la exploración de las habilidades sintácticas puede proporcionar información adicional para detectar de forma temprana el DCL (Taler et al., 2008), lo cual podría facilitar la intervención precoz en estos sujetos.

Respecto al vocabulario es importante destacar que, en general, el léxico se mantiene e incluso aumenta con la edad. Sin embargo, en el DCL aparecen dificultades en el acceso al léxico, es decir, en encontrar la palabra adecuada para nombrar un objeto (Juncos-Rabadán, 2006). Esta dificultad de acceso al léxico supone un incremento del fenómeno de “punta de la lengua” o PDL (Burke et al., citado por Lojo-Seoane et al., 2014). Sin embargo, en la actualidad hay resultados contradictorios con respecto al fenómeno de PDL. Algunos estudios no hallaron diferencias significativas de vocabulario entre los ancianos sanos y los ancianos con DCL (Van Der Hiele et al., 2007). Otros autores sí confirman que las personas con DCL tienen una puntuación menor en el vocabulario, la denominación y las relaciones semánticas (Juncos-Rabadán, 2008). Este hecho se ha enmarcado comúnmente dentro de los problemas del lenguaje oral, aunque también se han observado dificultades de recuperación léxica en el lenguaje escrito que imitan a aquellas que se han experimentado durante la producción oral (Martín-Aragoneses et al., 2012).

Los estudios que avalan las dificultades del lenguaje en las demencias son mucho más abundantes. Los primeros síntomas que aparecen en esta patología están relacionados con un trastorno lingüístico (Subirana et al., 2009).

El deterioro del lenguaje comienza con una alteración en la función pragmática, destacando aspectos como la toma de turno dentro de una conversación y la máxima del principio de

cooperación en el tema de conversación (Jaramillo, 2010; Martín et al., 2019). Posteriormente, se ve afectado el nivel semántico de la lengua en relación con los significados de las palabras y la comprensión de oraciones complejas (Jaramillo, 2010; Martín et al., 2019). Finalmente la demencia provoca dificultades lingüísticas en el componente sintáctico, después en el componente fonológico y termina con un mutismo total en su último estadio (Cuetos et al., 2007). En lo referente al nivel sintáctico las personas con demencia presentan dificultades de comprensión y expresión de oraciones complejas, utilizan estructuras sintácticas cortas y sencillas y omiten las palabras funcionales y los conectores (Jaramillo, 2010). Dentro del componente fonológico del lenguaje destacan las parafasias fonológicas, que son cambios de sonidos dentro de una misma palabra. También se encuentran dificultades en el procesamiento del lenguaje oral (Jaramillo, 2010).

Como podemos observar, en esta patología la alteración del lenguaje evoluciona desde la afectación del contenido, es decir, la pragmática y la semántica, hasta la forma, como son la sintaxis y la fonología (Jaramillo, 2010; Martín et al., 2019).

Por último, existen investigaciones que defienden que los errores de perseveración verbal aparecen frecuentemente en este tipo población (Cabrera et al., 2013).

2.4. Las perseveraciones verbales en el deterioro cognitivo

Las perseveraciones verbales son la repetición de una misma respuesta verbal ante preguntas, situaciones o estímulos diferentes (Pekkala et al., 2008). También se definen como fenómenos en los que un sujeto produce involuntariamente una forma lingüística particular, que previamente ha producido verbalmente o ha procesado de manera visual o auditiva (Stark, 2007). Las ideas también pueden ser perseverantes, incluso cuando son activadas por asociación y no se producen de forma hablada (Von Soelder, 1899, citado por Jacqueline Stark, 2007). Además, los mecanismos individuales que constituyen el camino del pensamiento al habla también pueden estar afectados por las perseveraciones (Pick's, 1914, 1931, citado por Jacqueline Stark, 2007).

Los errores de perseveración verbal aparecen en múltiples trastornos neurológicos, incluida la demencia, principalmente de tipo Alzheimer (Fischer-Baum et al., 2016; McDowd et al., 2011; Pekkala et al., 2007). La enfermedad del Alzheimer produce dificultades para

diferenciar los elementos de una misma categoría semántica, lo cual aumenta los errores de perseveración verbal (Martín et al., 1983, citado por Jacqueline Stark, 2007).

A lo largo de los años, han surgido dos esquemas principales para explicar los fenómenos de perseveración verbal. El primero afirma que las perseveraciones se producen debido a la incapacidad para pasar de una actividad cognitiva a otra, lo cual está relacionado con la disfunción del sistema frontal (Goldberg et al., 1989, citado por Jacqueline Stark, 2007). El segundo esquema sugiere la existencia de 3 formas diferentes de perseveración (perseveración recurrente, en conjunto y continua), y cada una de ellas está influenciada por una red neuroanatómica específica (Sandson et al., 1987, citado por Jacqueline Stark, 2007).

Las perseveraciones recurrentes consisten en la repetición involuntaria, inmediata o retardada de una respuesta anterior tras un estímulo interviniente. (Assal et al., 2007; Pekkala et al., 2008). Por ejemplo, cuando un sujeto nombra en una tarea de fluidez verbal semántica “sombrero, cinturón, sombrero...”. Varios autores coinciden en que los mecanismos cognitivos responsables de las perseveraciones recurrentes son el déficit de atención, el deterioro de la memoria de trabajo y la ausencia de los procesos de inhibición necesarios para centrarse en los elementos ya producidos como respuesta a una tarea, para no permitir su repetición (Azuma, 2004; Rosen et al., 1997, citado por Jacqueline Stark, 2007). La perseveración en conjunto es el mantenimiento de una categoría semántica anterior tras la introducción de una tarea nueva (Assal et al., 2007; Pekkala et al., 2008). Por ejemplo, cuando un sujeto continúa nombrando ropa después de pedirle que nombre frutas. Pueden ocurrir como consecuencia de una alteración de la función del sistema ejecutivo, provocando que las acciones se disocien de la intención (Pekkala et al., 2008). Las perseveraciones continuas son la prolongación o continuación de una respuesta verbal sin la interrupción de un estímulo intermedio (Assal et al., 2007; Pekkala et al., 2008). Por ejemplo, cuando un sujeto repite continuamente la palabra “gorro” en un ejercicio de fluidez verbal semántica. Se producen por una disfunción de los mecanismos de atención y el deterioro de la potencia motriz (Pekkala et al., 2008).

Por otro lado, existen investigaciones que relacionan los errores de perseveración de manera general con el deterioro de la memoria de trabajo y las habilidades ejecutivas (Cervantes et al., 2017).

Además de la clasificación tradicional, cabe destacar que también se reveló un nuevo tipo de perseveración en la demencia con cuerpos de Lewy denominado perseveración espacial. Esta categoría tan particular combina deficiencias ejecutivas y visoespaciales, las cuales son predominantes en este tipo de demencia (Assal et al., 2007). Múltiples autores también afirman que existe la posibilidad de inducir, provocar y regular la aparición de perseveraciones mediante la dificultad de las tareas, la selección de elementos o el orden de presentación de los ejercicios (Heilbronner, 1960; Lissauer, 1890; Pick, 1914; Rosenberg, 1912 & Von Soelder, 1899, citado por Jacqueline Stark, 2007).

Como podemos observar, gran parte de la información referente a las perseveraciones verbales forma parte de estudios clásicos o antiguos. Sin embargo, es importante conocer las aportaciones previas para comprender mejor las características y modelos de las perseveraciones, e incorporar investigaciones más modernas. Así pues, en la actualidad se entiende por perseveración verbal la repetición de contenidos o ideas, frases o palabras.

3. OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden desarrollar con la realización del Trabajo de Fin de Grado son los siguientes:

- Determinar la presencia de perseveraciones verbales en personas procedentes de una residencia sociosanitaria con deterioro cognitivo leve.
 1. Analizar las perseveraciones verbales en función de la forma.
 2. Identificar las perseveraciones verbales en función del contexto.
 3. Diferenciar las perseveraciones verbales según su función.
 4. Estudiar las ecolalias.
- Identificar una serie de recomendaciones o pautas generales de intervención logopédica para mejorar algunas manifestaciones del lenguaje en personas con deterioro cognitivo leve.

4. METODOLOGÍA

Una vez realizada la introducción general se plantea el siguiente estudio de campo de carácter transversal y observacional, cuyo objetivo es estudiar las perseveraciones verbales en personas con DCL.

El presente estudio se engloba dentro de una investigación de lenguaje y envejecimiento llevado a cabo en la Universidad de Valladolid a través de la colaboración multidisciplinar de cuatro profesores de la titulación del Grado en Logopedia de la Facultad de Medicina:

- Natalia Jimeno Bulnes: profesora del Departamento de Psiquiatría.
- Nieves Mendizábal de la Cruz: profesora del Departamento de Lingüística.
- Enrique González Martín: profesor del Departamento de Pedagogía.
- Carolina Sánchez Gil: profesora del Departamento de Pedagogía.

A continuación se describen los materiales y métodos empleados en el estudio.

4.1. Sujetos

La muestra está formada por 4 residentes pertenecientes a *Jireysa Aldeamayor Golf Senior*. Estos sujetos son de ambos sexos, todos ellos mayores de 65 años.

Este centro sociosanitario atiende a ancianos dependientes e independientes. El nivel cultural y socioeconómico de los residentes es muy heterogéneo, dada la diversidad de procedencia de los mismos.

La muestra se estableció de acuerdo con una serie de criterios:

Criterios de inclusión:

1. Usuarios de ambos sexos, de edad superior a los 65 años residentes en la residencia *Jireysa Aldeamayor Golf Senior*.
2. Diagnóstico de deterioro cognitivo leve.
3. Obtención de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Ausencia de colaboración en el estudio.
2. Diagnóstico de enfermedades motoras que impidan su correcta comunicación.
3. Diagnóstico de enfermedades sensoriales que impiden su correcta comunicación y comprensión.

4.2. Variables sociodemográficas y clínicas

Los datos sociodemográficos y clínicos pertinentes se obtuvieron a través de la “Ficha Técnica del Participante”, que recoge las siguientes variables: sexo (hombre, mujer), edad, lugar de residencia (residencia, casa), estudios realizados, profesión que desempeñaba, lenguas que habla, estado civil (soltero, casado, separado, viudo, otros), hijos/hijas (si, no), personas con las que convive (residentes, familiares, solo), tratamiento logopédico (si, no) y observaciones.

Dentro de las variables clínicas, también se encuentran las puntuaciones del Mini-Examen Cognoscitivo. El Mini-Examen Cognoscitivo o MEC (Lobo et al., 1975) es una prueba de cribado para la demencia y el seguimiento de la misma. Actualmente se utiliza para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado en enfermedades neurodegenerativas como por ejemplo, el Alzheimer. Puede ser aplicado por entrevistadores no especialistas.

Se trata de una sencilla escala estructurada que no requiere más de 10 minutos para su aplicación. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas:

1. Orientación temporal y espacial:

- Tiempo: día, fecha, mes, año y estación (5 puntos).
- Espacio: lugar, planta, ciudad, provincia y nación (5 puntos).

2. Fijación (3 puntos): repetir claramente 3 palabras dichas previamente por el examinador.

Se debe hacer hincapié en que las recuerde, ya que más adelante se le volverán a preguntar.

3. Concentración y cálculo:

- Realizar una sustracción de 3 en 3, partiendo desde 30 (5 puntos).
- Repetir una serie de 3 números en voz alta. Después repetir la serie hacia atrás (3 puntos).

4. *Memoria* (3 puntos): recordar las 3 palabras mencionadas anteriormente, es importante dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordarlo sin ayuda.

5. *Lenguaje y construcción*: dentro de este apartado hay varios ejercicios.

- Reconocer campos semánticos, concretamente, animales y colores (2 puntos).
- Repetir una frase correctamente en voz alta dicha previamente por el examinador (1 punto).
- Denominar dos objetos: bolígrafo y reloj (2 puntos).
- Ejecutar una orden verbal (3 puntos).
- Lectura de una frase en voz alta ejecutar la orden que ha leído (1 punto).
- Escribir una frase de elaboración propia (1 punto).
- Copiar un dibujo de pentágonos entrelazados (1 punto).

Es importante no corregir al paciente aunque se equivoque. La puntuación total oscila entre 0 y 35 puntos. Los puntos de corte recomendados por varios autores son los siguientes:

	Ancianos	Adultos
Probable déficit cognitivo global	0-23	0-27
Probable normal	24-35	28-35

Más concretamente, el deterioro cognitivo leve se encuentra entre los 20-24 puntos en los adultos mayores de 65 años.

4.3. Evaluación del lenguaje

En el presente trabajo de investigación se pretende evaluar el lenguaje de una muestra de 4 usuarios pertenecientes a la residencia *Jireysa Aldeamayor Golf Senior*. Para ello se ha utilizado el *test* NEUROBEL y se ha recogido una muestra de lenguaje espontáneo.

a) NEUROBEL

NUEROBEL es una breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos mayores (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015). Es también una prueba de screening o cribado, pensada para logopedas y otros profesionales que necesiten una valoración de los principales procesos implicados en el lenguaje oral en un periodo corto de tiempo.

Esta batería puede considerarse una versión abreviada de otras pruebas más largas de evaluación neuropsicológica del lenguaje como el BETA (Cuetos y González, 2009), ya que ambas siguen el mismo modelo teórico.

Consta de 8 subpruebas o tareas, 4 de ellas valoran la vertiente receptiva y las 4 restantes la vertiente expresiva. Los ítems lingüísticos utilizados se han seleccionado a partir del Diccionario de frecuencias de las unidades lingüísticas del castellano (Alameda y Cuetos, 1995). Las imágenes de las tareas que contiene estímulos visuales han sido escogidas del conjunto estandarizado de dibujos "Snodgrass" (Snodgrass y Vanderwart, 1980). Tiene un tiempo de administración total de 20 minutos, aproximadamente.

Cada una de las tareas incluidas en esta breve batería evalúa uno o varios de los procesos más importantes del lenguaje oral:

1. Tareas de comprensión:

- Discriminación de fonemas: se evalúa la percepción del habla.
- Tarea de decisión léxica auditiva: el paciente debe decidir si las palabras son reales o inventadas para evaluar el reconocimiento de palabras.
- Emparejar una palabra hablada con su dibujo correspondiente: se evalúa el reconocimiento de palabras, el significado, análisis visual, reconocimiento de objetos y comprensión de palabras.
- Comprensión de oraciones: el paciente debe cumplir una serie de órdenes sencillas para evaluar el reconocimiento de palabras, las relaciones lógico-gramaticales y el significado.

2. Tareas de expresión:

- Tarea de repetición: comprobar si el paciente tiene dificultades articulatorias o prácticas.
- Denominación de dibujos: comprobar el reconocimiento de objetos, análisis visual, significado, el acceso al léxico y los fonemas.
- Denominación de acciones: se analizan las posibles dificultades del paciente en la denominación disociada (objeto-acción).
- Completar oraciones: se evalúa la capacidad para completar oraciones semántica y sintácticamente correctas, atendiendo al contexto del dibujo y partiendo de una primera palabra proporcionada por el examinador.

La puntuación máxima de cada actividad es de 12, siendo el máximo global de 96 puntos en todo el test.

b) Muestra de habla

Se recogió una muestra de habla de cada paciente grabada en formato audio. Para ello el examinador grabó una exploración del lenguaje espontáneo, con una duración mínima de 5 minutos. También se encargó de anotar todas las conductas no verbales o gestos que acompañaban al lenguaje del paciente, además de posibles incidencias.

La grabación consta de diferentes apartados:

1. Conversación-narración.

El paciente debe responder a 8 preguntas acerca de temas básicos:

- ¿Cuál es su nombre? ¿Cómo se llama usted?
- ¿Cuál es su domicilio? ¿Dónde vive usted?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cómo está formada su familia?
- ¿Cómo se encuentra usted ahora?
- ¿Ha estado usted antes en este centro?

- ¿Por qué está usted aquí? Explíqueme su enfermedad.
- ¿Qué pruebas le han hecho?

El examinador solo intervendrá con las preguntas expuestas anteriormente o para animar al paciente a responder.

2. Narración temática.

En esta ocasión el paciente responderá una serie de preguntas estructuradas acerca de un bosque.

- ¿Qué es un bosque?
- ¿Hay animales en él? ¿Qué animales hay?
- ¿Hay vegetación en un bosque? ¿Qué vegetación?
- ¿Qué hace la gente en los bosques?
- ¿Qué tipos de bosque conoce usted?
- ¿Qué utilidad tienen los bosques para la industria y el comercio?

El examinador solo intervendrá con las preguntas expuestas anteriormente o para animar al paciente a responder.

3. Descripción de una lámina.

El examinar mostrará una lámina ilustrativa al paciente, y este último debe explicar oralmente qué está sucediendo en ella. Se intervendrá únicamente para animar al paciente a que diga más cosas y preste atención a la imagen, de esta manera sus respuestas serán más elaboradas. Una vez recogidas las muestras completas se procede a la transcripción de las mismas siguiendo las normas pertinentes.

4.4. Procedimiento

Previamente a comenzar la investigación se solicitó la aprobación del proyecto al comité ético correspondiente y a la residencia *Jireysa Aldeamayor Golf Senior*. Durante todo el proceso se han tenido en cuenta las normas éticas y legales vigentes.

Una vez aprobada la investigación por ambas partes, en las primeras semanas del mes de febrero comenzó la búsqueda y revisión sistemática de la información recogida de

numerosos artículos recopilados en plataformas tales como *Dialnet*, *Google Académico* y *Scielo*, así como la consulta de revistas científicas como la *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. Por otro lado, la profesora Jimeno, coordinadora del presente TFG, me proporcionó diferentes recursos bibliográficos para la realización del estudio. Todas las referencias bibliográficas utilizadas se gestionaron a través del programa informático *Mendeley*. Durante la búsqueda y revisión de información, los profesionales de la residencia seleccionaron las posibles personas aptas para el propio estudio según los criterios de inclusión y exclusión expuestos anteriormente.

El siguiente paso consistió en concertar un calendario de visitas para contactar y evaluar a los sujetos participantes. Todo esto se llevó a cabo durante las últimas semanas del mes de febrero y las primeras del mes de marzo.

En la primera visita se llevó a cabo un breve contacto de presentación y familiarización entre los participantes y el examinador. De forma individualizada, se le explicó el estudio a cada sujeto. En caso de interés para participar se entregó el formulario de consentimiento informado para su correspondiente cumplimentación. Dicho consentimiento fue firmado por el propio sujeto o por un familiar del mismo.

Posteriormente se procedió a la evaluación de los sujetos, también de forma individual, para la cual se emplearon otros dos días de visita.

En primer lugar se recogieron los datos sociodemográficos pertinentes a través de la *Ficha técnica del participante*. A continuación se utilizó el *Mini-Examen Cognoscitivo* como prueba de cribado, con el fin de obtener una evaluación rápida y general de la capacidad cognitiva de cada sujeto y comprobar el diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve. Posteriormente, ese mismo día se aplicó la prueba Neurobel siguiendo las normas y características propias de la misma.

El último día que se acudió al centro se recogió la muestra de lenguaje espontáneo de los participantes de manera individual.

Para finalizar, se recogieron los resultados de las pruebas en una base de datos Excel y se realizó el análisis estadístico pertinente.

4.5. Análisis de las muestras de habla

Las muestras de habla fueron transcritas siguiendo las indicaciones de Beatriz Gallardo Paúls y Julia Sanmartín (2005).

El paso siguiente consistió en analizar dichas muestras para identificar el tipo de perseveraciones verbales realizadas por los pacientes. Para clasificarlas, se han utilizado los siguientes criterios acordados con la tutora del trabajo:

- Perseveración según la forma: se repite una sílaba, una palabra, un sintagma, una oración o un tema de conversación.
- Perseveración en función del contexto: diferenciar si se trata de una verbalización espontánea o de una respuesta a una tarea.
- Ecolalia: repetición de una palabra, una pregunta o parte de una pregunta anteriormente escuchada. “El paciente hace como el eco de las palabras del entrevistador” (Andreasen, 1979).
- Perseveración según su función: expresiva (expresa emociones, opiniones, ideas, información, etc.), para aclarar el enunciado o sin funcionalidad.

4.6. Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos obtenidos se divide en un análisis de variables cualitativas y otro análisis de variables cuantitativas. Ambos son meramente descriptivos, ya que se trata de una muestra de tamaño reducido.

Toda la información se introdujo inicialmente en una base de datos Excel, codificada según el protocolo establecido. Las variables cuantitativas se han analizado mediante el cálculo de la mediana y el rango intercuartil, y las cualitativas por medio de número (n) y de porcentajes.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados generales de la muestra (N=4).

5.1. Resultados sociodemográficos y clínicos

Inicialmente se seleccionaron 6 candidatos, de los cuales 4 aceptaron colaborar en el estudio voluntariamente y firmaron el correspondiente consentimiento informado. Concretamente, la muestra está formada por 3 mujeres (75%) y 1 varón (25%).

En la Tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra: sexo (hombre, mujer), edad, lugar de residencia (residencia, casa), estudios realizados, profesión que desempeñaba, lenguas que habla, estado civil (soltero, casado, separado, viudo, otros), hijos/hijas (si, no), personas con las que convive (residentes, familiares, solo), observaciones destacables. También aparece la variable clínica de tratamiento logopédico (si lo reciben o no).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (N=4).

VARIABLE	N=4	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	1	25%
Mujer	3	75%
<i>Edad</i>		
Mayor de 65 años (Años: 80, 83, 86, 90)	4	100%
<i>Lugar de residencia</i>		
Residencia	4	100%
Casa propia	0	0%
<i>Estudios realizados</i>		
Sin estudios	1	25%
Estudios primarios	2	50%
Estudios secundarios	1	25%

Estudios superiores	0	0%
<i>Profesión que desempeñaban</i>		
Asistenta/e del hogar	2	50%
Constructor	1	25%
No trabajó	1	25%
<i>Lenguas que habla</i>		
Español	4	100%
Otros	0	0%
<i>Estado civil</i>		
Soltero	1	25%
Casado	1	25%
Viudo	2	50%
Otros	0	0%
<i>Hijos/hijas</i>		
Sí	3	75%
No	1	25%
<i>Personas de convivencia</i>		
Familiares	0	0%
Residentes	4	100%
Otros	0	0%
<i>Tratamiento logopédico</i>		
Sí	0	0%
No	4	100%

En cuanto a la variable edad, contrastada tras la revisión de la anamnesis de cada usuario, se establece lo siguiente:

- Las edades del grupo que conforma la muestra se encuentran en un rango de 80 a 96 años.
- Valor de mediana: 84,5 años.

Con todos los datos recogidos podemos plantear el perfil tipo del sujeto según las variables sociodemográficas. Se trata de una mujer mayor de 65 años de edad, viuda, vive en una residencia, convive con los residentes de la misma, nivel de estudios primarios, con hijos. En cuanto a las observaciones destacables de la muestra es importante mencionar que 2 de los usuarios presentan alteraciones motoras que dificultan la realización de tareas escritas, concretamente son el P1 y P4.

Los resultados clínicos que se han obtenido a través del Mini-Examen Cognoscitivo, permiten determinar que todos los usuarios de la muestra presentan un deterioro cognitivo leve, ya que su puntuación total está entre 22 y 23 puntos. Todas las puntuaciones se muestran en la Tabla 2. Los resultados son similares entre todos los sujetos, destacando principalmente la memoria y el cálculo como ítems con calificación más baja. En la evaluación del cálculo el 50% de la muestra no recibió puntuación alguna. En la evaluación de la memoria el 75% tampoco consiguió ninguna puntuación. Dentro del área del lenguaje, la tarea de escribir una frase no ha podido ser valorada en el 50% de los casos debido a los problemas motores mencionados anteriormente. La calificación más alta se encuentra en las áreas de la orientación y la fijación. En la orientación, por lo general, las puntuaciones son bastante favorables. En la fijación, el 100% de los participantes obtuvo la máxima puntuación.

Tabla 2. Resultados obtenidos en el Mini-Examen Cognoscitivo de la muestra (N=4).

ÍTEM VALORADO	P1	P2	P3	P4	MEDIANA	RANGO INT.
<i>Orientación</i>	10	7	6	9	8	6-10
<i>Fijación</i>	3	3	3	3	3	3-3
<i>Cálculo</i>	0	3	5	0	1,5	0-5
<i>Memoria</i>	0	0	0	1	0	0-1
<i>Lenguaje</i>	9	9	8	10	9	8-10
<i>Total MEC</i>	22	22	22	23	22	22-23

5.2. Resultados de la evaluación del lenguaje

a. Resultados del test NEUROBEL

A continuación se recogen los resultados *test* Neurobel, cuyas puntuaciones varían en función de cada sujeto.

El 75% de los usuarios ha alcanzado, al menos, el mínimo de puntuación requerido en todas las actividades (6 puntos o más en cada actividad). El otro 25% presenta menos del mínimo únicamente en la prueba de “completar oraciones”, en la que ha obtenido 4 puntos sobre 12.

Tabla 3. Resultados obtenidos en el test NEUROBEL por la muestra (N=4).

TAREAS REALIZADAS	P1	P2	P3	P4	MEDIANA	RANGO INT.
Discriminación de fonemas	8,5	9	8	9	8,75	8-9
Decisión léxica auditiva	11	11	8,5	9	10	8,5-11
Emparejamiento palabra-dibujo	12	9	10	13	11	9-13
Comprensión de oraciones	6	8	8	12	8	6-12
Repetición	8,5	8,5	7,5	8,5	8,5	7,5-8,5
Discriminación de dibujos	9	8	7,5	10	8,5	7,5-10
Denominación de acciones	7	8	6	8	7,5	6-8
Completar oraciones	6	6	8	4	6	4-8
<i>Puntuación total del test</i>	68	67,5	63,5	73,5	67,75	63,5-73,5

b. Resultados de las muestras de habla

Dentro del presente apartado se reflejan los resultados de las muestras de habla realizadas con cada paciente. En primer lugar se ha calculado la duración de la muestra de habla, cuyo mínimo exigido son 5 minutos, el número de perseveraciones verbales totales y el número de perseveraciones verbales por minuto de cada paciente. Una vez obtenidos estos datos se ha estudiado el tipo de cada perseveración teniendo en cuenta la clasificación propuesta anteriormente en el apartado de metodología. Todos estos datos se recogen en la Tabla 4.

El paciente 1 realiza gran cantidad perseveraciones teniendo en cuenta que su muestra es la más corta en cuanto a la duración. Se llevan a cabo 2,22 perseveraciones por minuto. El paciente 2 presenta pocas perseveraciones en comparación con el primer sujeto, sus respuestas en la muestra suelen ser muy cortas y apenas observamos su lenguaje espontáneo. Este lleva a cabo 1,46 perseveraciones por minuto. Por otro lado, el paciente 3 es el que más perseveraciones realiza a lo largo de toda la muestra. Esto concuerda con el tiempo de duración de su muestra, ya que es la más larga. Se llevan a cabo 2,20 perseveraciones por minuto. Por último, el paciente 4 presenta el menor número de perseveraciones realizadas. Generalmente este sujeto tiene mejores resultados en todas las pruebas que se han llevado a cabo y su nivel cognitivo es el más alto. Esto puede justificar que el número de perseveraciones sea inferior. En este caso se llevan a cabo 0,8 perseveraciones por minuto.

A continuación se exponen todos los tipos de perseveración que se han registrado, mostrándose ejemplos concretos obtenidos en las muestras de habla de los sujetos.

- Perseveración formal: se repite una sílaba, palabra, un sintagma, una oración o un tema de conversación.

I: Pues un bosque es donde / hay es pinar // por ejemplo // donde→ /// tienen→en sitios / que tienen // mu_mucho pinar y mucho eso y parece que es como un bosque.

En este ejemplo encontramos una perseveración de la sílaba “mu” en la palabra “mucho”.

I: ¿Alguna prueba? E: Sí I: Sí alguna cosa me han hecho de→ me_medirme o de →cosas de esas si / si E: Para las piernas → o la columna [y eso] I: =Sí sí / medirme la(s) piernas / [sí sí]

Se observa una perseveración formal de la palabra “sí”.

E: Genial / vale Donatila ¿y dónde vives? I: ¿eh? ↑ E: ¿Dónde vives? I: En Aldeamayor E: En Aldeamayor / muy bien // ¿cuál es tu domicilio? Ósea vives I: § Ay si es que → E: § ¿Vives aquí en→ [en la residencia?] ↑ I: = En Aldeamayor / ahora estoy a / vivo aquí y voy a vivir claro

En este caso el sujeto realiza una perseveración formal de sintagma, ya que responde “en Aldeamayor” varias veces.

I: Pues→ ya casi ni me acuerdo E: Bueno a ver / piénsalo un poco // a ver de quién te acuerdas I: Pues están→ viviendo pues / ¿dónde te diría yo? /// (4.0) esque casi ya ni me acuerdo / si he esta(d)o todo el tiempo ya metida aquí

Aquí encontramos una perseveración formal de la oración “ya casi ni me acuerdo”.

I: =Aquí si hija aquí // encerradita (RISAS) // lo paso bien eh / ósea no me quejo E: ¿Cuánto / cuánto tiempo llevas aquí? I: Pues mucho /// y estoy muy contenta además // [no me puedo quejar]

Esta perseveración formal es de tema, ya que se reitera con la expresión “no me puedo quejar o no me quejo” en diferentes partes de la conversación.

- Perseveración en función del contexto: diferenciar si se trata de una verbalización espontánea o de una respuesta a una tarea.

E: =Otras preguntas ¿vale? / De otro tema / es sobre un bosque / [¿vale?] I: = bueno E: Entonces I: § Es que no oigo bien y por [eso (RISAS)] E: =Na(da) yo te lo digo alto no te preocupes I: Sí / es que no oigo bien (RISAS)

Aquí se repite dos veces la oración “Es que no oigo bien”. Esta perseveración es espontánea, ya que no se produce como respuesta a ninguna tarea.

E: ¿Y qué vegetación puede haber? / ¿Conoces algo? I: ¡Anda que puede haber en un bosque! // Pues→ los belloteros / los robles // los olmos/ las→ mmm // mucho puede haber pero / a(ho)ra (RISAS) las o_o_olmos // puede haber→

En este caso debe nombrar la vegetación que puede haber en un bosque y repite dos veces “los olmos”. La perseveración de este fragmento no es espontánea, ya que se produce como respuesta a una tarea.

- Ecolalia: repetición de una palabra, una pregunta o parte de una pregunta anteriormente escuchada. “El paciente hace como el eco de las palabras del entrevistador” (Andreasen, 1979).

E: Vale genial // ¿y en un bosque / hay vegetación? I: ¿Que si hay vegetación? // mm Si hay_no hay animales si / si // pero si les hay no → E: [Vale]

Aquí encontramos un ejemplo de ecolalia, ya que el sujeto repite la pregunta que le ha realizado el examinador anteriormente: “¿en un bosque hay vegetación?”

- Perseveración según su función: expresiva, función de aclaración del enunciado o sin funcionalidad.

E: Si pero quiero decir / cuántos hijos tienes → I: Dos ↑ E: § Dos hijos → I: Y las otras están bien porque una está en el Ayuntamiento / y la otra está en la Diputación // todas están bien.

Esta perseveración de “todas están bien” refiriéndose a sus hijas es un ejemplo de función expresiva ya que se dedica a informar simplemente.

E: Claro (RISAS) / y → a ver // ¿cómo está formada tu familia? I: ¿Cómo está formada? ↑

En este caso el sujeto realiza la perseveración como aclaración del enunciado. Podemos observar como repite la pregunta del examinador “¿cómo está formada tu familia?” para asegurarse de que le ha entendido bien.

E: Vale genial / y → ¿qué utilidad crees que tienen los bosques / para → para el comercio → para todas esas cosas? // [la industria] I: =Bueno si si pueden tener la_la madera para mucha(s) cosas E: ¿Cómo qué? / [por ejemplo] I: =Si // Pues para hacer un_ una mesa / para hacer una silla pa(ra) hacer un armario // pa(ra) mu_pa(ra) muchas cosas un bosque // la madera → y según sea la madera porque si es de → encina // pues / muy dura muy buena / es esa madera

En este caso la perseveración de “la madera” no presenta funcionalidad.

Una misma perseveración puede clasificarse de diferentes maneras, es decir, una perseveración puede ser formal de palabra, espontánea y sin funcionalidad. A continuación mostramos un ejemplo con la palabra “viejilla”:

E: Aham // vale // genial /// eh y bueno // que más ves // ¿me puedes contar algo más de la lámina? I: A mí me encanta cuando → al principio pues → iba → por ahí con esto /// me encantaba (xx) // ahora ya /// está una un poco más ^o(viejilla)^o ^o(viejilla)^o (RISAS)

Atendiendo a la forma de las perseveraciones, se afirma que la perseveración de palabra es la más frecuente en el discurso. Las perseveraciones de sílaba son las que menos aparecen, estando presentes únicamente en el paciente 3. Teniendo en cuenta el contexto de la

perseveración predominan las de tipo espontáneo ante las de respuesta a una tarea en todos los sujetos. Por otro lado, las ecolalias aparecen en todos los pacientes de la muestra. Concretamente el que más presenta es el sujeto 1. Para finalizar, dentro del criterio de función predominan las perseveraciones expresivas ante las demás. En segundo lugar las más frecuentes son las perseveraciones sin funcionalidad. En último lugar encontramos las perseveraciones con función aclaratoria del lenguaje.

Tabla 4. Resultados de los tipos de perseveraciones verbales en cada paciente y su función.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	P1	P2	P3	P4
Duración total de la muestra (minutos)	6´44"	7´30"	11´19"	7´30"
Número de perseveraciones en total	15	11	25	6
Número de perseveraciones por minuto	2,22	1,46	2,20	0,8
Perseveración según la forma (total)	15 (100%)	11 (100%)	25 (100%)	6 (100%)
<i>Sílaba</i>	0 (0%)	0 (0%)	3 (12%)	0 (0%)
<i>Palabra</i>	2 (13,33%)	5 (45,45%)	10 (40%)	4 (66,66%)
<i>Sintagma</i>	6 (40%)	1 (9,09%)	2 (8%)	0 (0%)
<i>Oración</i>	5 (33,34%)	1 (9,09%)	7 (28%)	0 (0%)
<i>Tema</i>	2 (13,33%)	4 (36,37%)	3 (12%)	2 (33,34%)
Perseveración según el contexto (total)	15 (100%)	11 (100%)	25 (100%)	6 (100%)
<i>Espontánea</i>	12 (80%)	7 (63,63%)	16 (64%)	3 (50%)
<i>Respuesta a una tarea</i>	3 (20%)	4 (36,37%)	9 (36%)	3 (50%)
Ecolalias (total)	6 (40%)	2 (18,18%)	2 (8%)	2 (33,33%)
Perseveración según la función (total)	15 (100%)	11 (100%)	25 (100%)	6 (100%)
<i>Expresiva</i>	5 (33,34%)	7 (63,63%)	13 (52%)	2 (33,34%)
<i>Aclaratoria del enunciado</i>	6 (40%)	0 (0%)	1 (4%)	2 (33,33%)
<i>Sin funcionalidad</i>	4 (26,66%)	4 (36,37%)	11 (44%)	2 (33,33%)

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo consistió en la realización de un estudio de campo de carácter transversal y observacional a través de la evaluación del lenguaje de 4 sujetos con deterioro cognitivo leve pertenecientes a un centro sociosanitario. Para ello se utilizaron el Mini-examen cognoscitivo, el *test* NEUROBEL y se recogió una muestra de habla de cada paciente. Los resultados muestran la presencia de perseveraciones verbales en personas con deterioro cognitivo leve.

6.1. Comparaciones con otros estudios

En primer lugar, para estudiar las características del lenguaje de diferentes pacientes es fundamental recoger ciertas variables sociodemográficas y clínicas, ya que estas pueden relacionarse directa o indirectamente con el funcionamiento global y comunicativo de los usuarios y pueden llegar a explicar, en ocasiones, las afectaciones en el lenguaje.

La muestra final del estudio (N=4) está constituida por 3 mujeres y un hombre. En comparación con otras investigaciones los tamaños muestrales son más amplios, N=15 (Kanemoto, Ohigashi, Hadano & Hamanaka., 1986) o N=30 (Adrián, Jorquera & Cuetos, 2015). Sin embargo, también hay trabajos que se han centrado únicamente en un caso concreto (N=1) para llevar a cabo su estudio (Assal & McNamara, 2007). Por otro lado, uno de los criterios de inclusión del trabajo hace referencia a presentar un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, lo cual implica necesariamente el carácter clínico del estado patológico. Otros estudios solamente incluyen personas con Alzheimer (Pekkala, Albert, Spiro Iii & Erkinjuntti, 2008), personas con deterioro cognitivo sin especificar de manera concreta el grado y personas sanas (López-Higes Sánchez, Valdehita & Martín-Aragoneses, 2010). Además, esta investigación únicamente incluye adultos mayores, mientras que otros también evalúan a personas adultas menores de 65 años (Adrián, Jorquera & Cuetos, 2015).

En cuanto a la metodología del trabajo cabe destacar que se han utilizado diferentes pruebas para evaluar el lenguaje verbal y escrito además de otros aspectos cognitivos y se ha grabado una muestra de habla de cada paciente. Otros trabajos solo se centran en la evaluación del lenguaje con tareas de fluidez verbal semántica recogiendo las respuestas literales de los pacientes con una grabación (Pakhomov, Eberly & Knopman, 2018) o con

ejercicios de denominación verbal de diferentes dibujos (Kanemoto, Ohigashi, Hadano & Hamanaka, 1986). También encontramos estudios que han utilizado el MEC y el test del reloj para realizar una evaluación cognitiva más completa, además de diferentes tareas de lenguaje verbal y escrito (Assal & McNamara, 2007).

Por otro lado, la clasificación de las perseveraciones verbales que se ha seleccionado para realizar el trabajo es muy completa, ya que permite observar diferentes tipos en función de varios criterios como son la forma, el contexto, la presencia o ausencia de ecolalias y la función. Otros autores se centran en clasificaciones más tradicionales teniendo en cuenta la presencia de perseveraciones verbales recurrentes, en conjunto y continuas (Pekkala, Albert, Spiro Iii & Erkinjuntti, 2008).

El análisis de resultados se ha llevado a cabo a través de porcentajes, número (n), la mediana y el rango en función de la variable analizada. En otras investigaciones también encontramos un análisis similar mediante porcentajes, números y rangos (Kanemoto, Ohigashi, Hadano & Hamanaka., 1986; Pekkala, Albert, Spiro Iii, & Erkinjuntti, 2008), mientras que otros autores también optan por calcular la media de ciertas variables, como la edad de los pacientes (Pakhomov, Eberly & Knopman, 2018).

Atendiendo a otros aspectos, los resultados de la evaluación cognitiva confirman los hallazgos de autores anteriores que defienden que el rendimiento en los dominios cognitivos está significativamente asociado con el deterioro cognoscitivo (Aguirre-Acevedo et al., 2016; Rajan et al., 2015). También se puede garantizar que las perseveraciones verbales son una característica común en el deterioro cognitivo (Pakhomov, Eberly & Knopman, 2018). Concretamente este trabajo demuestra que las perseveraciones verbales aparecen en personas con DCL, pero otros autores también afirman su presencia en la demencia de tipo Alzheimer (Pekkala, Albert, M. L., Spiro Iii & Erkinjuntti, 2008) o incluso en la demencia con cuerpos de Lewy (Assal & McNamara, 2007).

A pesar de esto, cabe destacar que varios autores coinciden en que las perseveraciones verbales son más frecuentes en el deterioro cognitivo leve y moderado, mientras que en la demencia surgen alteraciones del lenguaje más graves y las perseveraciones verbales van disminuyendo (Miozzo, Fischer-Baum, & Caccappolo-van Vliet, 2013; Pekkala et al., 2007). Por lo tanto, las perseveraciones verbales pueden servir como señal de alarma para prevenir

la demencia en la medida de lo posible. Para ello es fundamental llevar a cabo una detección precoz de las perseveraciones verbales y del DCL, además de crear estrategias de intervención logopédicas específicas del lenguaje y otros dominios cognitivos. De esta manera se podría prevenir o al menos, retrasar la evolución del cuadro hacia la demencia.

Esto nos lleva a identificar una serie de pautas generales de intervención logopédica para estimular varios aspectos cognitivos, destacando el lenguaje, con los adultos mayores con DCL que presentan perseveraciones verbales.

En primer lugar, es importante tener en cuenta que las estrategias estimulación cognitiva están concebidas para aplicarse de manera individual (Wertz et al., 1981). Entre las más útiles se encuentra el aprendizaje sin errores (Baddeley y Wilson, 1994; Squire, Hunkin y Parkin, 1997), la visualización (Zarit, Zarit y Reeve, 1982) y las estrategias semánticas (Bäckman, 1998; Herlitz, Adolfsson, Bäckman y Nilsson, 1991; Karlsson, Bäckman, Herlitz, Nilsson, Winblad y Osterlind, 1998).

El aprendizaje sin errores se basa en proporcionar al paciente la respuesta correcta antes de permitirle equivocarse, con el fin de minimizar los errores que se cometen por mecanismos de memoria implícita (Wilson, Baddeley y Evans, 1994). Por otro lado, la visualización consiste en proveer de información verbal y visual al paciente, de modo que los sistemas de memoria se beneficien con este doble procesamiento de información (Breuil, De Rotrou y Forette, 1994). Para finalizar, las estrategias semánticas pretenden estimular cognitivamente al paciente a través de una serie de claves semánticas con la intención de que la información se memorice a niveles de procesamiento profundo y dichas claves puedan ser utilizadas durante el recuerdo (Craik y Lockhart, 1972).

Es importante complementar estas técnicas con otras actividades específicas para trabajar el lenguaje, cuyo objetivo será prevenir, atenuar y compensar el deterioro del mismo. Para ello el logopeda se basará en ejercicios lingüísticos que sirvan para reorganizar los procesos léxicos, sintácticos y discursivos afectados, partiendo de los sistemas modulares que no están alterados. De este modo se estimula el lenguaje y se favorecen los procesos atencionales e inhibidores (Juncos-Rabadán, & Rozas, 2002).

Otro pilar fundamental de la intervención logopédica son los familiares de los pacientes, ya que los síntomas del deterioro cognitivo afectan tanto a la propia persona como a su entorno personal (Aldana, 2009). Los familiares deben ser partícipes del proceso de rehabilitación (Conde Sala, 1998), y para ello, deben tener en cuenta una serie de recomendaciones que mejorarán el estado del paciente (Boada y Tárraga, 1995):

- Tratar de ser comprensivos y empáticos con la persona y su estado patológico.
- La comunicación debe ser clara, emitiendo frases cortas.
- Expresar sentimientos positivos hacia la persona con deterioro cognitivo leve.
- Ayudar y estimularles a ejercitar las tareas que puedan desempeñar, sin suplir sus capacidades.
- Pedir ayuda a los profesionales siempre que sea necesario.
- Hacerles conscientes de sus errores, principalmente cuando se produzcan perseveraciones verbales.

Con estas técnicas y pautas generales se refuerzan los dominios cognitivos, por lo que mejora la comunicación de las personas con deterioro cognitivo leve y perseveraciones verbales.

6.2. Limitaciones y fortalezas del estudio

A continuación se detallan las limitaciones y fortalezas que se han encontrado a lo largo de la realización del TFG.

Con respecto a las limitaciones se señala principalmente el tamaño muestral tan reducido (N=4), ya que esto dificulta la generalización de los datos obtenidos. Es necesario contar con una muestra amplia para tener datos lo más representativos posibles. Tampoco se ha contado con un grupo control sin deterioro cognitivo para poder comparar los resultados de la muestra con otros. Además, los estudios acerca de las perseveraciones verbales en el deterioro cognitivo leve son escasos en comparación con otras patologías de la comunicación y el lenguaje. Esto ha dificultado en cierto modo la realización del trabajo.

Por otro lado, dentro de las fortalezas se considera importante destacar la evaluación tan completa que se ha llevado a cabo con todos los pacientes. Principalmente la grabación de la muestra de habla, la cual ha permitido realizar una evaluación a fondo de las

perseveraciones verbales y los diferentes tipos que se pueden encontrar, por lo que constituye el soporte del estudio. El resto de pruebas también han sido imprescindibles para llevar a cabo el estudio, se han complementado unas a otras con el fin de obtener la mayor cantidad de información posible para interpretar los resultados y extraer conclusiones fiables y válidas.

También ha sido de gran ayuda la buena cooperación por parte de los pacientes, los familiares de los mismos y los trabajadores de la Residencia *Jireysa Aldeamayor Golf Senior*. Todos ellos han presentado un gran interés y apoyo hacia el trabajo, lo cual ha facilitado todo el proceso y la consecución de los objetivos propuestos en gran medida.

6.3. Futuras líneas de investigación

Este trabajo puede servir como base para futuros estudios acerca de las perseveraciones verbales y en el deterioro cognitivo. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se proponen las siguientes futuras líneas de investigación:

- Ampliar de manera significativa la muestra del estudio.
- Comparar los resultados de la muestra del estudio con un grupo control sin deterioro cognitivo.
- Incluir en la muestra diferentes rangos de deterioro cognitivo, incorporando también la demencia.
- Recoger muestras de lenguaje de mayor duración para obtener en la medida de lo posible mayor cantidad de perseveraciones verbales.
- Desarrollar de manera completa un plan de intervención logopédica para mejorar el lenguaje y la comunicación de los adultos mayores con DCL.

7. CONCLUSIONES

- Las perseveraciones verbales constituyen un fenómeno muy frecuente en muestras de habla de adultos mayores con DCL procedentes de una residencia sociosanitaria.
- Las perseveraciones verbales más frecuentes son las de palabras, aquellas que se producen de manera espontánea y con función expresiva.
- Las ecolalias representan un tipo especial de perseveración y son igualmente fenómenos muy frecuentes en personas con DCL procedentes de una residencia sociosanitaria.
- La figura del logopeda es esencial para la evaluación, el diagnóstico y la intervención de las alteraciones del lenguaje y la comunicación en los adultos mayores con DCL.
- La rehabilitación cognitiva en el adulto mayor debe incluir aspectos específicos del área del lenguaje, como las perseveraciones verbales.
- Conocer de la presencia de las perseveraciones verbales de manera precoz permitirá diseñar intervenciones logopédicas específicas que pueden retrasar en la medida de lo posible la evolución del deterioro cognitivo a otros cuadros más graves, como la demencia.

8. BIBLIOGRAFÍA


1. ABREU, Y. R., MELGAREJO, M. P., & MARTINEZ, E. O. (2017). El lenguaje en el envejecimiento normal y patológico. Algunas consideraciones desde la clínica psicológica.
2. Adrián, J. A., Jorquera, J., & Cuetos, F. (2015). Neurobel: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 35(3), 101-113.
3. Alanís-Niño, G., Garza-Marroquín, J. V., & González-Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 27-32.
4. Assal, F., & McNamara, P. (2007). Spatial perseveration in dementia with Lewy bodies. *Behavioural neurology*, 18(4), 235-236.
5. Buiza, C. (2010). Evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje. Matia Fundazioa.
6. Bustos, M. L. R., Soto, M. O., Grisales, M. E. G., & Bermúdez, E. R. (2009). Envejecimiento comunicativo: "perspectiva fonoaudiológica". *Areté*, 9, 25-44.
7. Cabrera, S., & Osorno, D. (2013). Envejecimiento cerebral y cognoscitivo en el adulto mayor. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 27(1), 1764-1774.
8. Carnero-Pardo, C., Rego-García, I., Llorente, M. M., Ródenas, M. A., & Carrillo, R. V. (2019). Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo. *Neurología*.
9. Cervantes, C. M., Alvarado, A. M., Navarro, S. A., Ávila, P. A., Gutiérrez, L. G., Arellano, S. J., & Funes, J. Á. (2017). Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Neurología*, 32(5), 309-315.
10. Conde Sala, J. L. (1998). Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, 125-136.
11. De León, J. M. R. S. (2012). Logopedia, foniatría y audiología. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32.

12. Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003, December). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 26, No. 3, pp. 383-403). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
13. Holgado, C. M., & González, M. I. G. (2018). Una aproximación clínica al deterioro cognitivo leve: intervención desde terapia ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (27), 13.
14. Jaramillo, J. (2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(101-111).
15. Kanemoto, K., Ohigashi, Y., Hadano & K., Hamanaka. (1986). Verbal Perseveration and Related Disorders in Primary Degenerative Dementia.
16. Libon, D. J., Bondi, M. W., Price, C. C., Lamar, M., Eppig, J., Wambach, D. M., & Kabasakalian, A. (2011). Verbal serial list learning in mild cognitive impairment: A profile analysis of interference, forgetting, and errors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(5), 905-914.
17. Lojo-Seoane, C., Facal, D., Juncos-Rabadán, O., & Pereiro, A. X. (2014). El nivel de vocabulario como indicador de reserva cognitiva en la evaluación del deterioro cognitivo ligero. *Anales de psicología*, 30(3), 1115-1121.
18. López-Higes Sánchez, R., Rubio Valdehita, S., & Martín-Aragoneses, M. T. (2010). Comprensión gramatical en adultos mayores y con deterioro cognitivo: un estudio comparativo basado en el Análisis Discriminante y el Escalamiento Multidimensional. *Psicothema* (Oviedo), 22(4), 745-751.
19. Martín, E. G., de la Cruz, N. M., Bulnes, N. J., & Gil, C. S. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(1), 29-50.
20. Pakhomov, S. V., Eberly, L. E., & Knopman, D. S. (2018). Recurrent perseverations on semantic verbal fluency tasks as an early marker of cognitive impairment. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 40(8), 832-840.

21. Pekkala, S., Albert, M. L., Spiro lli, A., & Erkinjuntti, T. (2008). Perseveration in Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 25(2), 109-114.
22. Rabadán, O. J., & Rozas, A. 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.
23. Rodríguez, J. G., & Gutiérrez, G. G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52, 3-6.
24. Rozas, A. X. P., & Rabadán, O. J. (2003). Relación entre cambios cognitivos y lenguaje narrativo en la vejez. *Psicothema*, 15(1), 71-74.
25. Saavedra, C. (2011). Envejecimiento y demencias. CES Colegio Universitario Cardenal Cisneros.
26. Sánchez-Beato, A., Galindo, M., Gemenó, M., Jiménez, A., & Prados, J. M. (2019). Flexibilidad cognitiva y comprensión gramatical en mayores con deterioro cognitivo leve de tipo amnésico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 50, 137-147.
27. Sánchez, M. F. A., Calquin, C. S., Báez, E. M., & Mardones, C. (2018). Discurso Narrativo en sujetos con deterioro cognitivo leve. *Cuadernos de Neuropsicología*, 12(1), 42-49.
28. Stark, J. (2007). A review of classical accounts of verbal perseveration and their modern-day relevance. *Aphasiology*, 21(10-11), 928-959.
29. Valera, C. C., i Regué, M. B., Ritort, S. F., & Torres, E. C. (2019). Cómo afrontar el envejecimiento de forma saludable: cambios y oportunidades. *Aquichan*, 19(1), 1-13.
30. Valles González, B. (2013). Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con Alzheimer y sus interlocutores sanos. *Revista de investigación en logopedia*, 3(2), 96-119.
31. Vélez, E. E. E., Centeno, M. R. F., Zevallos, M. G. V., & Vélez, J. A. S. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 58-74.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1; Modelo de consentimiento informado


UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

He sido invitado a otorgar mi autorización a participar en el proyecto de la Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, Grado en Logopedia.
He sido informado de que no existen riesgos asociados a mi participación.
Se que no habrá beneficios para mi persona y que no se me recompensará económicamente.
Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores principales que pueden ser contactados en su dirección de correo.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída.
He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Acepto voluntariamente y sin presiones, participar en este proyecto y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento.

Acepto que mis datos clínicos formen parte de la base de datos del grupo de investigación para fines exclusivamente de Investigación, de manera anónima.

Acepto que la entrevista y evaluaciones realizadas, sean grabadas (audio), luego transcritas y luego puedan ser utilizadas para fines de investigación, de manera anónima y confidencial.

Nombre del Participante:	
Firma: /	Fecha:


En su caso:

Nombre del Familiar/Representante Legal:	
Firma:	Fecha:

(A cumplimentar por el equipo de investigación)

Nombre del investigador 1	
Firma:	Fecha:
Nombre del investigador 2	
Firma:	Fecha:
Nombre del investigador 3	
Firma:	Fecha:
Nombre del investigador 4	
Firma:	Fecha:

9.2. Anexo 2; Modelo de ficha técnica del participante


UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FICHA TÉCNICA DEL PARTICIPANTE

<p>1. NOMBRE DEL CENTRO: Fecha: 05/05/2020 Lugar de realización: Residencia de la casa</p>	
<p>2. DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE: Número de participante: Nombre: Apellidos: Sexo: Edad: Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Lugar de residencia: Estudios realizados: Profesión que desempeñaba: Lenguas que conoce y /o habla: Estado civil: Tiene hijos/as: Personas con las que convive:</p>	
<p>3. DATOS DE LA ENFERMEDAD: Diagnóstico: Deterioro cognitivo leve Fecha del diagnóstico: Duración de la enfermedad: Pruebas realizadas: Fecha de inicio de los primeros síntomas: Recibe tratamiento logopédico: No Tiempo que lleva con el tratamiento logopédico: Personas con las que convive /cuidadores: Residencia Antecedentes familiares de DCL:</p>	
OBSERVACIONES:	

9.3. Anexo 3; Modelo de prueba MEC

**MINI EXAMEN
COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....Edad.....
 Ocupación.....Escolaridad.....
 Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Digame el día..... fecha Mes..... Estación..... Año..... ___5
- Digame el hospital (o lugar).....
 planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

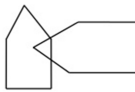
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? ___5
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? ___3

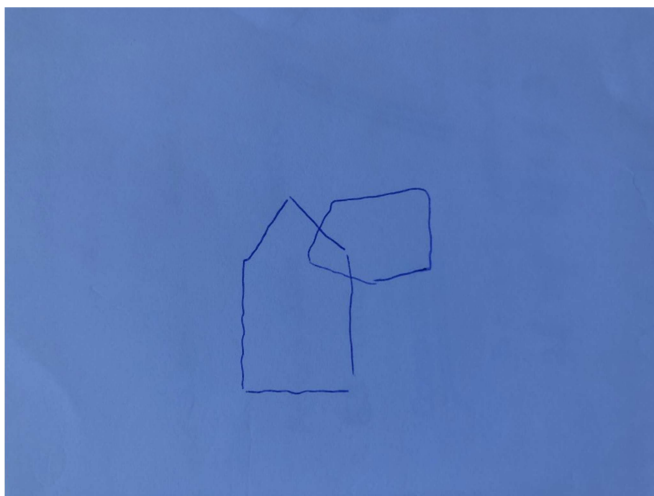
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj ___2
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros ___1
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
 ¿qué son el rojo y el verde ? ___2
- ¿Que son un perro y un gato ? ___3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS ___1
- Escriba una frase ___1
- Copie este dibujo___1 ___1

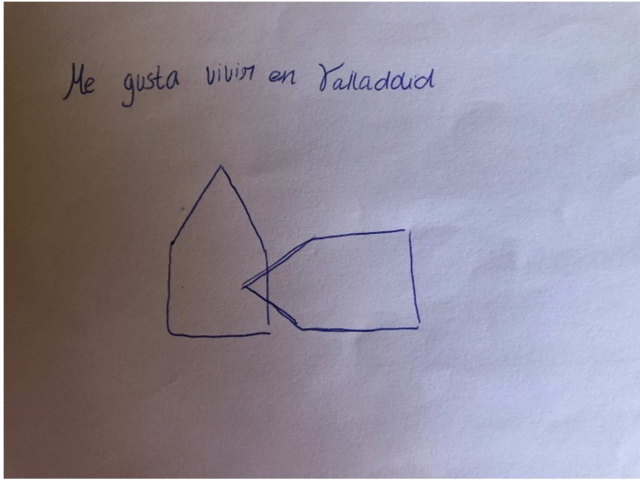


**Puntuación máxima 35.
 Punto de corte Adulto no geriátricos 24
 Adulto geriátrico 20**

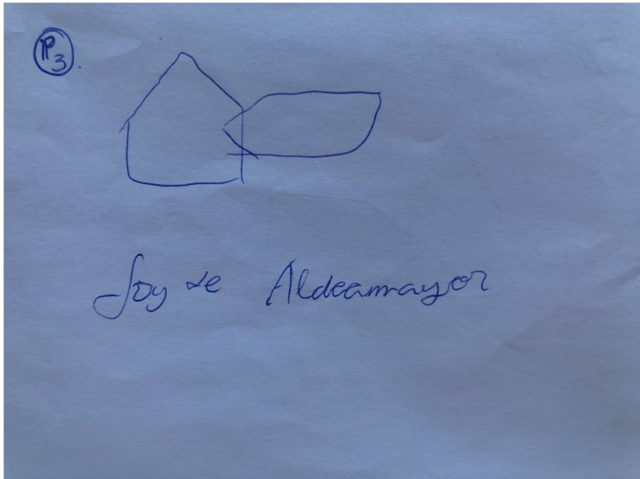
9.4. Anexo 4; Tareas escritas del P1



9.5. Anexo 4; Tareas escritas del P2



9.6. Anexo 5; Tareas escritas del P3



9.7. Anexo 6; Tareas escritas del P4

