

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Propuesta de intervención en
dificultades comunicativas derivadas del
deterioro cognitivo.
LOGOPEDIA**



CLARA DÍAZ COT
PROF. GEMMA HERRERO MORENO

2015-2016

RESUMEN

Se entiende por Deterioro Cognitivo (DC) un funcionamiento alterado de la memoria y/o de las funciones ejecutivas, entre otras, que no cumplen criterios de demencia. Los casos de deterioro cognitivo pueden comportar un aislamiento comunicativo con su entorno personal.

La práctica logopédica en tres casos de deterioro cognitivo en sujetos con esclerosis múltiple lleva a concluir la necesidad de programas específicos de estimulación cognitiva que mejoren la calidad de vida tanto del sujeto como de su entorno personal.

CONCEPTOS CLAVES: enfermedades neurodegenerativas, esclerosis múltiple, deterioro cognitivo, demencia y programas de estimulación cognitiva.

ABSTRACT

Cognitive impairment (CI) is an intermediate stage between the expected cognitive decline of normal aging and the more serious decline of dementia. It can involve problems with memory, language, thinking and judgment that are greater than normal age-related changes. Cognitive impairment causes communicative isolation that affects their quality of life.

The example of three cases of CI leads to the conclusion the need for cognitive stimulation programs in speech therapy intervention.

KEY WORDS: neurodegenerative diseases, multiple sclerosis, cognitive impairment, dementia and cognitive stimulation programs

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	pág. 6
II.	OBJETIVOS.....	pág. 6
III.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	pág. 7
	A. ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	pág. 7
	B. DETERIORO COGNITIVO.....	pág. 8
	B.1.PERFILES CLÍNICOS DEL DETERIORO COGNITIVO.....	pág. 8
	A) REFERIDOS A LA MEMORIA.....	pág. 9
	B) REFERIDOS A LA ATENCIÓN.....	pág. 9
	C) REFERIDOS A LAS FUNCIONES EJECUTIVAS.....	pág. 10
	D) REFERIDOS AL LENGUAJE.....	pág. 10
	E) REFERIDOS A LA APRAXIA.....	pág. 10
	B.2. CÓMO SE DETECTA.....	pág. 11
	B.3. TRATAMIENTO: PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN.....	pág. 12
	C. DEMENCIA.....	pág. 13
	D. EFECTOS DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.....	pág. 13
IV.	METODOLOGÍA. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	pág. 14
V.	ESTUDIO DE TRES CASOS CLÍNICOS.....	pág. 16
	A. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS.....	pág. 16
	A.1. CASO 1.....	pág. 16
	A.2. CASO 2.....	pág. 16
	A.3. CASO 3.....	pág. 16
	B. EVALUACIÓN.....	pág. 16
	B.1. INSTRUMENTOS.....	pág. 16
	B.1.1. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA.....	pág. 17
	B.1.2. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA.....	pág. 17
	B.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.....	pág. 18
	CASO 1	
	B.2.1. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA.....	pág. 18
	B.2.2. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA.....	pág. 18
	CASO 2	
	B.2.3. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA.....	pág. 19
	B.2.4. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA.....	pág. 20

CASO 3

	B.2.5. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA.....	pág. 21
	B.2.6. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA.....	pág. 21
	C. PROCESO DE INTERVENCIÓN.....	pág. 23
	C.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	pág. 23
	C.2. INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA.....	pág. 23
	C.3. ACTIVIDADES.....	pág. 24
	C.4. TEMPORALIZACIÓN.....	pág. 27
	C.5. METODOLOGÍA.....	pág. 28
	C.6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	pág. 30
VI.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	pág. 33
VII.	CONCLUSIONES.....	pág. 35
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXO	

I. INTRODUCCIÓN

El Deterioro Cognitivo (DC) afecta directamente a la calidad de vida de las personas afectadas y a la de sus familiares. Es decir, además de la principal afección de la esfera cognitiva del individuo, interfiere en la realización de las actividades de la vida diaria: en las actividades básicas (comer, vestirse, asearse), en las instrumentales que son más complejas y necesarias para adaptarse a su medio ambiente (leer, cocinar, manejar la medicación), y en las actividades avanzadas de la vida diaria, como son los contactos sociales, *hobbies* y ocupación general del tiempo de ocio.

En los programas de estimulación cognitiva se pretende intervenir en el trastorno de la función de comunicación. En lugar de querer restaurar una habilidad lingüística, que podría ser un objetivo último deseable, se debería tratar de mantener las posibilidades comunicativas del individuo. Se debe contar con las capacidades que tiene activas y reforzar aquellas que están más debilitadas. Debería ser todo el entorno quien, cada día, intervenga en el mantenimiento de la comunicación tanto tiempo como sea posible.

La experiencia de trabajar con pacientes con deterioro cognitivo es muy enriquecedora porque permite contemplar la logopedia de una forma diferente, es decir, ya no solo como una ciencia encargada de la rehabilitación; sino que hacemos uso de esa otra parte de su definición que habla de comunicación y que en ocasiones es muy difícil contemplar en sesiones individuales o en tratamientos muy concretos.

II. OBJETIVOS

El principal objetivo de un logopeda a la hora de trabajar con sujetos afectados por deterioro cognitivo (DC) debe ser conseguir la participación activa del sujeto ante el aislamiento social con que se encuentra, ya que la recuperación de las posibilidades de comunicación influye globalmente en su autonomía y en sus relaciones sociales.

Y, en este sentido, con este Trabajo Fin de Grado pretendo alcanzar los siguientes objetivos:

- Subrayar la importancia de la **función comunicativa** y cómo el deterioro de ésta puede **afectar a todas las actividades de la persona**.
- Manifestar la **importancia del logopeda** en las actividades de **rehabilitación neuropsicológica** de sujetos con deterioro cognitivo.
- Presentar tres **ejemplos de tratamiento logopédico** en personas con **deterioro cognitivo** que tiene como objetivo principal mejorar su comunicación y su integración con el entorno.
- Reflexionar sobre la **intervención logopédica en enfermedades crónicas**, llamando la atención sobre la **importancia de la comunicación y la calidad de vida**.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Este Trabajo Fin de Grado (TFG) se centra en el deterioro cognitivo (DC). Aunque el DC puede estar presente en otras enfermedades neurodegenerativas, los casos estudiados por mi han tenido el denominador común de la Esclerosis Múltiple (EM). Tras un trabajo de campo en enfermos con EM he observado la repercusión del deterioro cognitivo en la comunicación y la necesidad de tratamiento logopédico para romper la incomunicación consecuente del deterioro.

Por tanto, es preciso realizar en primer lugar una introducción sobre qué se entiende por Esclerosis Múltiple (EM) y a continuación un breve resumen sobre el deterioro cognitivo: qué es, los perfiles clínicos, qué pruebas diagnósticas se utilizan para su detección y cómo se puede abordar.

A. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

En el Manual de Medicina Interna Harrison (Longo, 2013, p. 1262) **Esclerosis Múltiple (EM)**

es un trastorno que se caracteriza por inflamación crónica y destrucción selectiva de la mielina del Sistema Nervioso Central (SNC). En el examen patológico se observan las lesiones cicatrizadas multifocales de la EM, denominadas placas. Se considera que la causa es autoinmunitaria y que los factores genéticos y ambientales determinan la susceptibilidad.

El mismo autor dice:

El inicio puede ser súbito o insidioso. Son muy frecuentes las crisis recurrentes de disfunción neurológica focalizada, que persisten por lo general durante varias semanas o meses, y se acompañan de una recuperación variable; algunos enfermos presentan al principio un deterioro neurológico de lenta progresión.

Desde un **punto de vista sintomático** Charcot (1877) ya consideraba que era típico de esta enfermedad la siguiente triada de síntomas: el *nistagmus*, temblor intencional y alteraciones de las palabras. Hoy en día sabemos que los síntomas son muy heterogéneos según la persona y el momento de la enfermedad, pero en general se pueden observar síntomas motores, sensitivos, alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales.

Arnett P. y Forn C. (2007, 166) advierten que “El deterioro cognitivo en la EM está presente aproximadamente entre un 43-65% de los pacientes diagnosticados de esta enfermedad”. Este deterioro se atribuye a la desconexión entre áreas asociativas corticales y estructuras corticales y subcorticales. Las funciones cognitivas más alteradas son la velocidad de procesamiento (bradipsiquia), la atención, la concentración, la memoria, y las funciones ejecutivas.

B. DETERIORO COGNITIVO

La Asociación Americana de Psiquiatría¹ (2013, pág. 83) en el afirma que el “deterioro cognitivo leve (DCL) se refiere a individuos que tienen **deterioro cognitivo**, el cual no es suficiente desde lo funcional (no compromete su vida social, laboral y familiar) como para rotular el diagnóstico de síndrome demencial”.

La Organización Mundial de la Salud (1992) en la Clasificación Internacional de Enfermedades² define el deterioro cognitivo como “síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad”.

Los criterios de inclusión del deterioro cognitivo, según Peterson et al. (1999) son: a) paciente con pérdida de memoria corroborada por un informante, b) deterioro de la memoria en relación con los sujetos de la misma edad y nivel educacional del paciente, c) función cognitiva global normal, d) normalidad en actividades de la vida diaria, y e) ausencia de demencia.

B.1. PERFILES CLÍNICOS DEL DETERIORO COGNITIVO

Harris et al. en su estudio del 2001 describen los subtipos de deterioro cognitivo leve (DCL) con diferentes perfiles clínicos, los cuales predicen evoluciones a diferentes cuadros clínicos.

- **Forma amnésica pura**, en la cual el paciente solo tiene dificultades en su memoria con preservación del resto de las funciones cognitivas. La evolución más probable es a enfermedad de Alzheimer.
- **Forma con compromiso de varios dominios cognitivos**, en la cual existe una afectación de varios dominios incluida la memoria, pero todos en grado leve. Esta forma puede reflejar sólo el envejecimiento normal o una enfermedad de Alzheimer.
- **Forma de dominio cognitivo único**, que no es memoria, y que puede involucrar o el lenguaje, o funciones ejecutivas, etc. Este subtipo reflejaría más una probable demencia.

Según Bolló, M. S. (2013), la clínica cognitiva cursa con alteraciones en: a) la memoria, b) la atención, c) las funciones ejecutivas, d) el lenguaje, e) la apraxia y el procesamiento numérico y habilidades del cálculo (discalculia). Además de estas alteraciones, el DCL conlleva unos síntomas conductuales, psicológicos y emocionales que interfieren notablemente en la calidad de vida del paciente y del cuidador.

¹ DSM-5. 5ª edición del Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales. (2013)

² CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico.* (1992)

a) DC referido a la memoria

Luria (1984) define la memoria como “la capacidad de imprimir, retener y reproducir las huellas de una experiencia anterior” (citado por Marcos, 1994). Muñoz et al. (2009) argumentan que hay diferentes modelos teóricos y clasificaciones de la memoria. Citan, por ejemplo, a) el modelo multialmacén de Atkinson y Shifrin (1968) que clasifican la memoria por almacenes: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo; b) el modelo de niveles de procesamiento de Craol y Lokhart (1972) quienes hacen una clasificación en función del nivel de procesamiento del estímulo; c) clasificaciones en función de la intencionalidad y d) memoria implícita y memoria explícita.

La memoria es la función cognitiva que se ve más afectada en el DC, y por eso voy a desarrollar brevemente los tres tipos de memoria que distingue Myers (2011) en su manual de Psicología, aunque según la fuente, se pueden encontrar una gran variedad de subtipos de memoria, según la información específica a recordar (memoria semántica, memoria autobiográfica, memoria implícita).

- Memoria sensorial. Es el registro inmediato y breve de la información sensorial en el sistema de la memoria.
- Memoria a corto plazo. Memoria activada que retiene algunos elementos durante un periodo corto, como los siete dígitos de un número de teléfonos al marcarlo, antes de almacenar la información o perderla. Es el tipo de memoria que se encuentra más afectada.
- Memoria a largo plazo. Almacenamiento relativamente permanente e ilimitado en el sistema de la memoria. Incluye conocimientos, habilidades y experiencias. En las personas con deterioro cognitivo se suele encontrar preservada.

b) DC referido a la atención

James (1890, 404) propuso una posible definición de atención, definiéndola como “la toma de posesión, por la mente, de forma clara y vívida, de uno de los que parecen varios objetos posibles o tres de pensamiento simultáneos”.

El modelo clínico de la atención de Sohlberg y Mateer (2001) (citado por Bruna et al., 2011, p. 39) establece que “la atención puede entenderse como un sistema de subprocessos específicos: atención focal, atención sostenida, atención selectiva, atención alternantes y atención dividida”.

Bruna t al. (2011) manifiestan que:

la atención es un prerrequisito para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Es un proceso fundamental para todas las conductas, ya sea de interacción social o de cualquier actividad intelectual, y tiene relevancia para la autonomía personal y la vida independiente (p. 43).

c) DC referido a las **funciones ejecutivas**

Las funciones ejecutivas son las “habilidades cognitivas que permiten al individuo modular las operaciones de varios subprocesos cognitivos, y de este modo la dinámica de los aspectos más complejos de la cognición humana” (Bruna et al., 2011, 109). Bolló, M. S. (2013) destaca que las funciones ejecutivas están implicadas en numerosas pruebas cognitivas, como solucionar problemas aritméticos, por lo que el deterioro en funciones ejecutivas influenciará al rendimiento en dichas tareas.

d) DC referido al **lenguaje**

El lenguaje es una de las características que diferencian a los seres humanos de los animales. Según afirmó el lingüista Noam Chomsky (1972), “cuando estudiamos el lenguaje humano, nos acercamos a lo que algunos llaman la esencia del ser humano, las características que, hasta donde sabemos, son únicas del ser humano” (P. 383).

Frías-Conde (2002, p. 4) recoge varias definiciones del lenguaje como sistema de comunicación verbal. Un ejemplo son las definiciones de Luria y Chomsky.

- Sistema de códigos con la ayuda de los cuales se designan los objetos del mundo exterior, sus acciones, cualidades y relaciones entre los mismos (Luria, 1977).
- Conjunto finito o infinito de oraciones, cada una de ellas de longitud finita construida a partir de un conjunto finito de elementos. (Chomsky, 1957).

Podría hacer un desarrollo más extenso sobre el lenguaje pero al no ser el centro de mi estudio me he limitado a una descripción conceptual. Las funciones cognitivas están interrelacionadas, si falla la memoria semántica el lenguaje se verá afectado por no poder recordar un término en concreto, y el resultado final será un deterioro en la comunicación y todo lo que ello conlleva.

e) DC referido a la **apraxia**

Es un “desorden cognitivo motor que consiste en la pérdida de la habilidad para programar sistemas motores, para realizar movimientos habilidosos con finalidad y conocidos, en ausencia de trastornos motores de base y de comprensión” (Bolló, M. S., 2013, 40).

Para terminar con lo referente a la clínica, en la práctica de la neurorrehabilitación hay que tener en cuenta, como refiere Bruna et al (2011) la influencia de los aspectos emocionales (depresión, ansiedad), conductuales (impulsividad, frustración), y los problemas físicos (déficits sensoriales, motores, dolor) sobre los cognitivos y viceversa. Por lo tanto, se debe considerar la globalidad de la persona y no separar la cognición de la emoción.

B.2. CÓMO SE DETECTA EL DETERIORO COGNITIVO

Para determinar la existencia de deterioro cognitivo, es necesario conocer el nivel premórbido del sujeto, pero raras veces es posible obtener esos datos, por lo que debemos inferirlos: “Los indicadores indirectos más fiables son básicamente dos: el nivel académico alcanzado y la eficacia en el desempeño sociolaboral” (Marcos, 1994, 10).

Para la evaluación del nivel de deterioro se pueden utilizar pruebas estructuradas y pruebas no estructuradas, pero también se pueden usar otras pruebas no específicas del deterioro cognitivo, como por ejemplos test que valoren el lenguaje³ y utilizarlas de manera subjetiva, seleccionando las partes que nos interesen.

La valoración no estructurada evalúa alteraciones mediante la observación directa, la revisión de historias clínicas, mediante entrevistas con la familia o con el personal que trata a al sujeto. Pueden tenerse en el punto de mira las alteraciones conductuales (presencia o no de agresividad, desinhibición social, irritabilidad, etc.), alteraciones del pensamiento (ideas delirantes), alteraciones de la percepción (alucinaciones o ilusiones), el nivel de conciencia del sujeto, su orientación en las tres esferas (espacio, tiempo y personas) y también podemos sacar conclusiones subjetivas sobre el estado de su memoria.

Por otro lado, existen una serie de pruebas estandarizadas que nos dan una visión más objetiva. Este es el caso del Mini-Mental State Examination (MMSE), de Folstein (1975), o su versión validada en España, de Lobo (2002). Esta es la primera prueba de *screening* que se suele realizar. Explora y puntúa el estado de la orientación temporal y espacial, memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad espacial.

En el test de Folstein se puntúa cada apartado como se indica en el test, teniendo como máximo 30 puntos y 1 punto como mínimo. Es indicativo de demencia una puntuación inferior a 20. La versión de Lobo, tiene una puntuación máxima de 35 puntos. En función de la puntuación obtenida se gradúa el tipo de deterioro cognitivo que tiene el paciente.

Otro ejemplo es la mini-batería neuropsicológica el “Cambrige Cognitive Examination” traducida al castellano por López-Puosa (2003), (CAMCOG⁴), que evalúa las siguientes funciones superiores: orientación, lenguaje, memoria, praxis, atención, pensamiento abstracto, percepción y cálculo.

³ Test de denominación de Boston de Goodglass, H. Y Kaplan, E. (1986): prueba diagnóstica que determina la presencia y tipo de cuadro afásico que presenta el sujeto y evalúa globalmente las dificultades y posibilidades del sujeto en todas las áreas del lenguaje.

⁴ La mini-batería CAMCOG es una prueba del CAMDEX-R. Prueba de exploración Cambridge para la valoración de los trastornos mentales en la vejez, validada al castellano por López-Pouosa en el 2003.

Además, existen variedad de pruebas estandarizadas que evalúan de manera independiente y conjunta cada función cognitiva. Algunos ejemplos de estas pruebas para evaluar la atención son la prueba de dígitos directos e indirectos, letras y números del WAIS-III (Wechsler, 1987) o el Test de Stroop de colores y palabras (Golden, 1994).

B.3. TRATAMIENTO: PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

Cuando hablamos de **programas de estimulación cognitiva** nos referimos a “todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc.)” (Muñoz et al., 2009, 13).

Aunque se tienden a equiparar los conceptos, estimulación cognitiva no es lo mismo que rehabilitación neuropsicológica. **Rehabilitación neuropsicológica** es un término más amplio que “intenta abarcar cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo permitir a los pacientes que han sufrido una lesión cerebral, y a sus familiares, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana” (Muñoz et al., 2009, 13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expone que esta rehabilitación “implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social” (...) “Esto incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son incapacitantes y para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social” (WHO, 2001, 70).

Según Wilson, B.A., (1991) las metas básicas de la intervención en la rehabilitación neuropsicológica se resumen en los siguientes objetivos:

- Reducir las consecuencias e las deficiencias cognitivas en la vida diaria.
- Reducir el nivel en que estas deficiencias impiden el funcionamiento adecuado del individuo en su entorno social.

Estos objetivos generales se detallan en los siguientes objetivos específicos:

- Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización.
- Favorecer la estimulación de las funciones cognitivas superiores.
- Acompañar a la persona en la toma de conciencia de sus dificultades.
- Acompañar a la persona y a sus allegados en el trabajo de elaborar un nuevo proyecto de vida.

C. DEMENCIA

Los resultados de investigaciones sobre el riesgo de progresión del DCL a demencia muestran una gran variabilidad.

La **demencia** es un “síndrome de deterioro cognitivo progresivo que ocurre en el adulto y que es lo suficientemente severo como para interferir funcionalmente en su vida social, laboral, familiar y personal” (Micheli et al. 2014, 93).

También según estos autores (Micheli et al. 2014), para hablar de demencia se deben ver afectados “dos o más de las siguientes áreas de la cognición: lenguaje, atención, capacidad de abstracción, juicio y razonamiento, percepción, cálculo matemático, praxias (ideatoria, ideomotora, orofacial, del vestir), gnosis (visual, auditiva, táctil, topográficas), visoespacialidad, etc.”

D. EFECTOS DEL DETERIORO COGNITIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Como logopeda debo ir acotando los ámbitos posibles de actuación y observar si en las enfermedades degenerativas y crónicas el deterioro cognitivo afecta a la calidad de vida, además de otras cuestiones también importantes relacionadas con la comunicación (trastornos en la articulación, en los niveles semántico y morfosintáctico, etc.), ya que para estos enfermos sólo existen medidas terapéuticas paliativas.

En cada caso en concreto deberemos considerar y evaluar la calidad de vida para definir el tratamiento personalizado. La Calidad de Vida Asociada a la Salud ha sido definida como “el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada” (Arbinaga, F., 2003, 66). Por tanto, la calidad de vida tiene que ver con la satisfacción de la persona con sus condiciones de vida.

De acuerdo con Real-González et al. (2008, 17), todos estos datos justifican la importancia de la neurorrehabilitación en los enfermos de EM desde un punto de vista multidisciplinar. El principal objetivo de esta intervención sería “alcanzar y mantener las máximas capacidades físicas, psicológicas, sociales, vocacionales y calidad de vida consistente”.

IV. METODOLOGÍA

DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

El procedimiento para la realización de este trabajo comienza con mi periodo de prácticas en la Residencia de la Asociación ASPAYM, un centro de rehabilitación neurológica. Esa experiencia es el origen de la decisión sobre el tema elegido para este trabajo.

Previo al diseño y desarrollo del trabajo inicié la **búsqueda de información bibliográfica** acerca del tema durante los meses de febrero y marzo del 2016, aunque con el transcurso de la elaboración del trabajo he ido encontrando más información útil.

He consultado revistas específicas de nuestro campo de trabajo y diferentes manuales y libros de medicina interna, geriatría, psiquiatría, logopedia y psicología, además, distintas bases de datos y buscadores más generales como el buscador de Google o en su defecto Google Académico.

Quiero destacar que en manuales de logopedia, he encontrado escasa información sobre la rehabilitación en personas con deterioro cognitivo, pues se centran siempre en la rehabilitación de las distintas áreas del lenguaje. Tampoco he encontrado suficiente información sobre intervención específica de la función de comunicación como tal. Como pretendo incidir en la importancia de comunicación sobre la calidad de vida por encima de aspectos más formales de la intervención logopédica (rehabilitación de alteraciones más específicas del lenguaje y habla, como puede ser la disartria en el caso de los enfermos de Esclerosis Múltiple), en la búsqueda de información me he centrado en las principales funciones cognitivas afectadas por el DC.

La mayoría de artículos científicos o estudios de la red sobre DC se centran en la demencia y la enfermedad de Alzheimer (EA). Se suele relacionar siempre al DC con EA como forma única, aunque aquel no es un fenómeno exclusivo de esta enfermedad. También hay que tener en cuenta que no todas las personas con DC padecen demencia, y aunque suele ser común que evolucione hacia ella, no son homólogos.

Una vez finalizada la búsqueda de información, comenzamos a redactar la fundamentación teórica centrándonos en apartados específicos que servirán de justificación para la elaboración del programa de intervención que se desarrollarán en el apartado de análisis de casos.

Los pasos llevados a cabo para realizar el análisis de los casos han sido los siguientes: 1) selección de los sujetos, 2) entrevista y evaluación inicial, 3) programación de la intervención acorde con los resultados de la evaluación inicial, 4) intervención y 5) evaluación de los resultados.

- 1. Selección de los sujetos.** Para la selección de estos casos clínicos incluidos en el estudio he tenido en cuenta los siguientes criterios: a) que presentaran deterioro cognitivo, b) que tuvieran interés en participar en la terapia logopédica que les ofrecía, c) que presentaran cada uno de ellos diferentes necesidades personales de comunicación y d) que autorizaran por escrito, tanto ellos como sus familiares/tutores, el uso de la información de sus historiales. Para ello, he redactado una carta informativa y un consentimiento informado, que tanto los sujetos como los familiares han leído y firmado. Estos documentos se encuentran recogidos en los anexos I y II.
- 2. Entrevista y evaluación inicial.** Una vez seleccionados los sujetos, estudiamos las evaluaciones anteriores realizadas por la psicóloga del centro y sus historias clínicas. Posteriormente realizo entrevistas y evaluaciones propias. Las valoraciones están formadas por una evaluación no estructurada (datos recogidos durante la entrevista al sujeto y a los cuidadores principales y conclusiones obtenidas mediante la observación directa) y una evaluación estructurada, comprendida por la puntuación e interpretación de dos pruebas diagnósticas estandarizadas: el test Mini-Mental (Lobo, 2002) y la batería CAMCOG (López-Puosa, 2003).
- 3. Programación de la intervención.** Interpretamos los datos de la evaluación y fijamos los objetivos que guiarán la propuesta de intervención. A partir de estos objetivos se hace una programación de las sesiones necesarias para cada sujeto y se diseñan las actividades.
- 4. Intervención.** Puesta en marcha del programa de estimulación cognitiva que hemos elaborado.
- 5. Evaluación de los resultados.** Terminado el periodo en el centro, se evalúan los objetivos y el programa de intervención.

V. ESTUDIO DE CASOS CLÍNICOS

Los casos clínicos analizados se corresponden a tres usuarios de la Residencia de la Asociación ASPAYM (Asociación de personas con lesión medular y otras discapacidades físicas) donde he tenido la oportunidad de realizar mi Practicum III de octubre del 2015 a enero del 2016. Aunque el periodo oficial en el que he podido intervenir como logopeda es de cuatro meses, he seguido acudiendo periódicamente al centro para realizar algunas sesiones y un seguimiento de los casos.

A. PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

A.1. CASO 1

Varón de 51 años diagnosticado de esclerosis múltiple (EM). Padece un síndrome cerebeloso crónico con desordenes relacionados con la ejecución de movimientos precisos, mantenimiento del equilibrio, la postura, aprendizaje motor, atención y fluencia del habla. Tiene alteraciones visuales y una ligera disartria (trastorno del habla) pero no interfiere en la inteligibilidad de su habla. Presenta deterioro cognitivo y demencia.

A.2. CASO 2

Varón de 64 años de edad, diagnosticado de E.M. Presenta una disartria que dificulta la inteligibilidad de su habla. Presenta deterioro cognitivo.

A.3. CASO 3

Mujer de 66 años diagnosticada de E.M. Se encuentra en situación de tetraparesia (prácticamente presenta una inmovilidad de los cuatro miembros). Como consecuencia de la inmovilidad tiene atrofia muscular por disminución del tamaño y la fuerza de los músculos. Presenta deterioro cognitivo grave, que aumenta con el tiempo, e inicio de demencia.

En el anexo III se adjunta una tabla que resume todos los datos relevantes respecto a los sujetos.

B. EVALUACIÓN

B.1. INSTRUMENTOS

Tras realizar una revisión de las historias clínicas y evaluaciones anteriores, pasamos al proceso de evaluación. Este proceso está formado por dos tipos de valoraciones: evaluación no estandarizada y evaluación estandarizada.

B.1.1. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA

Recopilamos información acerca de su bienestar emocional, del estado de sus funciones cognitivas y de la calidad de la comunicación, para ello, durante el proceso de evaluación resulta importante recoger información acerca de cuatro aspectos:

- **Habilidad cognitiva y capacidad de compromiso:** cómo piensa la persona, cómo se comunica, cómo se relaciona con el mundo, cómo se relaciona con los objetos. Esto nos ayuda a hacernos una idea sobre el nivel de implicación en la intervención y el tipo de ayuda que podría necesitar.
- **Historia de vida.** Qué experiencias del pasado de esta persona nos pueden dar pistas para mejorar y mantener su bienestar actual. Conocer la historia de vida es muy importante y centra parte de nuestras actividades, pudiendo elaborar un libro de historia de vida o libro biográfico, ya fuera por la propia persona o con la colaboración de familiares.
- **Personalidad.** Necesitamos conocer cómo es la persona, qué la motiva, qué influye en su humor. Conocer qué le gusta y qué no. Para recoger toda esta información se ha realizado un proceso de observación y hemos recogido información sobre ella a través de la familia y los cuidadores.
- **Intereses actuales.** Por último, conocer las cosas que realiza que le ponen de buen humor, qué es lo que más le entusiasma, etc. Estas preguntas nos permitirán crear oportunidades diarias para proporcionarle felicidad.

B.1.2. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA

Una vez revisada la información existente, pasamos a realizar las pruebas específicas del Mini-Mental⁵ (Lobo, 2002) y el test CAMCOG⁶ (López-Puosa, 2003). Los tres sujetos ya habían sido evaluados con estos test en varias ocasiones, por lo que esta nueva evaluación nos da información acerca de la **evolución** del trastorno.

La primera prueba que se realiza es el Mini-Mental (Lobo, 2002). Esta prueba nos sirve como *screening* para determinar si existe o no deterioro cognitivo. A continuación se pasa a realizar el test CAMCOG (López-Puosa, 2003).

Para la evaluación del sujeto del caso 3, sólo se pasa la prueba de Lobo (Mini-Mental). El deterioro es tan acusado que el sujeto muestra una gran frustración y agotamiento cuando intentamos realizar el test de CAMCOG y decidimos no seguir con la evaluación: el sujeto es consciente de su deterioro y éste le produce ansiedad.

⁵ Remitir al apartado de fundamentación teórica A.2.

⁶ Remitir al apartado de fundamentación teórica A.2.

B.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

CASO 1

B.2.1. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA

BIENESTAR EMOCIONAL

En relación a su bienestar emocional, hay que destacar que es una persona muy positiva. No consigue mantener una conversación fluida y tiende a hablar solo de él, por lo que en la residencia en la que vive no se relaciona prácticamente con otros usuarios y tiende a aislarse.

COMUNICACIÓN

En la observación directa apreciamos dificultades en su expresión verbal, sobre todo en su fluidez y en sus habilidades conversacionales. Suele hablar de los mismos temas reiteradamente, siendo una conversación prácticamente unidireccional, ya que si se conversa sobre otra cosa suele perder el hilo de la conversación. Hace preguntas constantemente de cultura general, curiosidades o cuenta chistes. Cuando se habla de otro tema se limita a contestar y vuelve a retomar sus preguntas de temas culturales o chistes. Muestra dificultades en su comprensión verbal, sobre todo en temas complejos o abstractos.

No es capaz de escribir por sus problemas de movilidad, pero sí lee frases cortas, aunque su visión borrosa se lo dificulta.

FUNCIONES COGNITIVAS

Por último, apreciamos una grave afectación de la memoria reciente. Tiene dificultades de atención y concentración. Además, su orientación personal, espacial y temporal se encuentra afectada.

B.2.2. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA

Los resultados de las **pruebas estandarizadas** son los siguientes:

CASO 1			
	2009	2012	2016
MINI-MENTAL	18/35 puntos	15/35 puntos	19/35 puntos
CAMCOG	61/107 puntos ⁷	51/105 puntos ⁸	58/105 puntos ⁹

Fuente: elaboración propia.

⁷ Versión extendida.

⁸ Versión abreviada.

⁹ Versión abreviada.

EVALUACIONES ANTERIORES

En el “**mini Examen Cognoscitivo**” de Lobo en el **2008** obtuvo una puntuación de 18 de 35 puntos totales, aunque hubo 2 ítems que no se pudieron evaluar por problema de movilidad. El punto de corte que evidencia deterioro cognitivo para menores de 65 años está en menos de 28 puntos, que es el caso de nuestro sujeto. En el 2012 en el mismo test obtuvo 15 puntos.

En la mini-batería neuropsicológica el “**Cambrige Cognitive Examination**” (**CAMCOG**) en el **2009**, obtuvo una puntuación final de 61 de 107 puntos totales, aunque 10 ítems no se pudieron evaluar por sus problemas de movilidad. El punto de corte para el diagnóstico de demencia está en 69/70 o menos, así que, presenta deterioro cognitivo. En el **2012** se pasa el mismo test pero la versión revisada obteniendo 51 de 94 puntos totales (son 105 ítems pero hubo 11 que no se pudieron pasar sus problemas de movilidad y visión).

EN LA ACTUALIDAD, para valorar el progreso de sus funciones cognitivas se le vuelven a pasar ambas pruebas:

- En el “**Mini Examen Cognoscitivo**” de Lobo, ha obtenido una puntuación final de 19 de 35 puntos totales, aunque hubo 3 ítems que no se pudieron evaluar por problemas de movilidad y de visión, resultados peores que en la anterior valoración. La frontera en la que se establece el diagnóstico de deterioro cognitivo es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más, y 27/28 en menores de 65 años. Nuestro sujeto tiene 51 años, por lo que estos datos nos alertan de un deterioro significativo. Una puntuación entre 15-19 el deterioro cognitivo es moderado y signo claro de la existencia de una demencia (véase nexo IV).
- En la **mini-batería neuropsicológica el “Cambrige Cognitive Examination-R” (CAMCOG-R)**, obtuvo una puntuación final de 58 de 94 puntos totales (son 105 ítems pero hubo 11 que no se pudieron pasar sus problemas de movilidad y visión). Estos resultados son muy similares al momento de su ingreso y nos indican que las áreas más afectadas son: orientación temporal, expresión del lenguaje y atención/cálculo (véase anexo V).

CASO 2

B.2.3. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA

BIENESTAR EMOCIONAL

Su carácter es cambiante, con mucha facilidad para irritarse. Cuando está de buen humor es una persona amable y con ganas de agradar. Cuando no es así, insulta, tira sus pertenencias personales por el suelo y grita. Le gusta estar solo y seguir sus rutinas diarias. No se relaciona con nadie de la residencia ni participa en ninguna actividad ni terapia.

COMUNICACIÓN

Como consecuencia de su disartria, tiende a frustrarse si alguien no le entiende. Sólo habla si se le pregunta algo o porque está enfadado.

Es capaz de escribir aunque con dificultad, y lee pero con problemas de comprensión.

FUNCIONES COGNITIVAS

Tiene una grave afectación de su capacidad de aprendizaje. Hay que repetirle las cosas a menudo, hablarle de lo que está sucediendo y pedirle cosas sencillas de recordar del día a día, y si no es capaz, prestarle apoyos.

Se ven alteradas también la comprensión y expresión del lenguaje, la orientación espacio-temporal, la atención y la resolución de problemas.

B.2.4. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA

Los resultados de las **pruebas estandarizadas** son los siguientes:

CASO 2		
	2014	2016
MINI-MENTAL	24/35 puntos.	26/35 puntos.
CAMCOG	66/105 puntos.	68/105 puntos.

Fuente: elaboración propia.

EVALUACIONES ANTERIORES

Sólo se conserva una evaluación anterior en este caso, del año 2014. En el “mini Examen Cognoscitivo” de Lobo obtuvo una puntuación final de 24 de 35 puntos totales. El punto de corte que evidencia deterioro cognitivo para menores de 65 años está en menos de 27/28 puntos, que es el caso de nuestro sujeto.

En la mini-batería neuropsicológica el “Cambrige Cognitive Examination” (CAMCOG) en el 2014 obtuvo una puntuación final de 66 de 105 puntos totales.

EN LA ACTUALIDAD, para valorar el progreso de sus funciones cognitivas se le elven a pasar ambas pruebas:

- En el “Mini Examen Cognoscitivo” de Lobo, ha obtenido una puntuación final de 26 de 35 puntos totales (anexo VI). Este sujeto tiene 64 años, por lo que se encuentra en el límite del corte de edad, en el que la puntuación en menores de 65 años que determina la existencia de deterioro cognitivo es de 27/28 puntos, siendo para mayores de 65 una puntuación de

23/24. Su puntuación se encuentra en la franja de 25-30 puntos, que determina la existencia de un ligero déficit.

- En la mini-batería neuropsicológica el “Cambridge Cognitive Examination-R” (CAMCOG-R), obtuvo una puntuación final de 68 de 105 puntos totales. Estos resultados son muy similares a los de la evaluación anterior y nos indican que las áreas más afectadas son: orientación temporal, expresión del lenguaje, aprendizaje, atención/cálculo y praxis (ver anexo VII).

CASO 3

B.2.5. EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA

Esta evaluación se realiza con la ayuda de las observaciones de la psicóloga del centro y las cuidadoras principales del sujeto, ya que se muestra poco colaborativo en la entrevista.

BIENESTAR EMOCIONAL

Parece encontrarse de buen humor, sonriendo a menudo, pero con el tiempo se aprecia que esta triste y desanimada, desganada y con mucha apatía. Muestra grandes dificultades a la hora de expresar emociones como el desagrado o el dolor.

COMUNICACIÓN

Presenta dificultades en su expresión verbal; su expresión espontánea es inexistente y sólo se limita a responder con respuesta escuetas. Utiliza un volumen de voz muy bajo que dificulta de manera importante la inteligibilidad, pero lo eleva si se lo pedimos. Esto está relacionado con su apatía y depresión.

Además, presenta dificultades en su comprensión verbal, por lo que es necesario dirigirse a ella con frases cortas, directas y concretas, y siguiendo un solo tema de conversación. No es capaz de escribir, pero sí de leer frases cortas, con dificultades de comprensión.

FUNCIONES COGNITIVAS

Tiene una grave afectación de todas la funciones cognitivas, sobre todo de la memoria.

B.2.6. EVALUACIÓN ESTANDARIZADA

Los resultados de las **pruebas estandarizadas** son los siguientes:

CASO 3			
	2013	2014	2016
MINI-MENTAL	14/35 puntos.	11/35 puntos.	11/35 puntos.
CAMCOG	30/88 puntos.	22/87 puntos.	-

Fuente: elaboración propia.

EVALUACIONES ANTERIORES

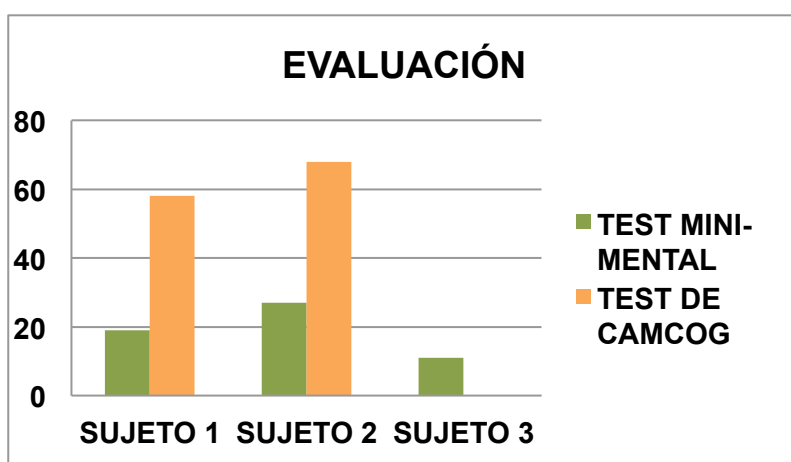
En el “mini Examen Cognoscitivo” de Lobo en el 2013 obtuvo una puntuación final de 14 de 35 puntos totales, aunque hubo 3 ítems que no se pudieron evaluar por problema de movilidad. En el 2014 en el mismo test obtuvo 11 puntos. La frontera en la que se establece el diagnóstico de deterioro cognitivo es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más, por lo que nuestro sujeto si presenta deterioro cognitivo. En concreto, una puntuación entre 0-14 puntos hay un grave deterioro cognitivo que determina una demencia avanzada.

En la mini-batería neuropsicológica el “Cambrige Cognitive Examination” (CAMCOG) en el 2013, obtuvo una puntuación final de 30 de 105 puntos totales, aunque 10 ítems no se pudieron evaluar por sus problemas de movilidad. El punto de corte para el diagnóstico de demencia está en 69/70 o menos, así que, presenta deterioro cognitivo. En el 2014 se pasa el mismo test obteniendo 22 de 87 puntos totales (son 105 ítems pero hubo 18 que no se pudieron pasar sus problemas de movilidad).

EN LA ACTUALIDAD, para valorar el progreso de sus funciones cognitivas se le comienza pasando el Mini-Mental. Los resultados son tan bajos y el cansancio y frustración del sujeto ante la prueba son tan acusados, que decidimos no pasar el test de CAMCOG.

En el “Mini Examen Cognoscitivo” de Lobo, ha obtenido una puntuación final de 11 de 35 puntos totales, aunque hubo 3 ítems que no se pudieron evaluar por problemas de movilidad (véase anexo VIII). Esta puntuación es la misma que obtuvo en el 2014, por lo que se mantiene el diagnóstico de un deterioro cognitivo grave que determina una demencia avanzada.

Para sintetizar los resultados obtenidos durante las dos pruebas de evaluación, en la siguiente gráfica se muestran los resultados correspondientes a la evaluación reciente comparando los resultados de las dos pruebas de los tres sujetos.



Fuente: elaboración propia.

C. PROCESO DE INTERVENCIÓN

C.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El objetivo principal del programa es **mejorar la comunicación de los sujetos con el entorno**, para que los resultados tengan un impacto positivo en la calidad de vida de la persona y de las personas de su entorno. El programa de intervención consta de ocho objetivos específicos (OE). Estos objetivos se acompañan de tres objetivos transversales (OT). Los objetivos específicos se encuentran jerarquizados de la siguiente manera:

- OE1. Potenciar la intencionalidad comunicativa.
- OE2. Optimizar los niveles de atención; captar y centrar la atención y concentración ante los diferentes estímulos que proponemos.
- OE3. Ejercitar la memoria.
- OE4. Favorecer y activar la orientación espacial-temporal-personal.
 - o Favorecer la orientación temporal.
 - o Favorecer la orientación espacial.
 - o Potenciar la orientación personal y memoria autobiográfica.
- OE5. Estimular el lenguaje.
- OE6. Trabajar los diferentes usos del lenguaje (pragmática).
- OE7. Trabajar el cálculo.
- OE8. Generalizar las mejoras en su comunicación.

Se pretende que la intervención ayude a mejorar el bienestar de la persona mediante actividades apropiadas, y por eso se plantean los siguientes objetivos transversales (OT):

- OT1. Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización.
- OT2. Favorecer su autonomía, aumentando sus responsabilidades y la capacidad de tomar decisiones.
- OT3. Facilitar la evocación de sentimientos, necesidades, pensamientos, etc.

C.2. INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA

El principio fundamental de la intervención es la atención centrada en la persona, lo que significa que cada persona es un caso único; con su propia personalidad, historia personal, trayectoria vital, un determinado estado de salud físico y mental, y unos recursos sociales y económicos concretos.

Cada persona afectada con deterioro cognitivo presenta un patrón diferente de deterioro neurológico, un estado de salud distinto, una historia y personalidad únicas, y una interacción particular de todos estos factores con los aspectos sociales de su situación actual.

Para cubrir todas las necesidades es importante tener conocimiento de los siguientes dominios claves: biografía, personalidad, estilo de vida, vida actual, necesidades de apoyo sanitario y cognitivo, y capacidad de actuación.

Las actividades que se proponen a continuación son un ejemplo de las actividades que se pueden realizar, pero hay que tener en cuenta siempre el nivel de dificultad y las posibles modificaciones a realizar por las necesidades especiales de cada persona.

C.3. ACTIVIDADES

OE1. POTENCIAR LA INTENCIONALIDAD COMUNICATIVA.

Lo que se pretende con estas actividades es que la persona tome la iniciativa para hablar; suscitar en él el deseo de comunicarse para que comunicación no se reduzca a responder a preguntas que le realizamos.

Actividad 1. Lenguaje espontáneo. Presentamos al sujeto una lámina en la que se está desarrollando una acción. Debe intentar describirnos lo mejor posible lo que está ocurriendo en la imagen.

OE2. OPTIMIZAR LOS NIVELES DE ATENCIÓN.

La atención supone un prerrequisito funcional para el desempeño de la mayoría de actividades de nuestra vida cotidiana y por eso es imprescindible trabajar este contenido. La atención es un elemento indispensable que se debe trabajar en cualquier programa de tratamiento que tenga como objetivo facilitar la reincorporación de una persona a las diferentes actividades cotidianas, sociales y/o laborales.

Actividad 2. Ejercicios de búsqueda de símbolos/dibujos. Se requiere una lámina con símbolos y dibujos con números asignados y la misma lámina sin los números. El sujeto tiene que verificar el número asignado a cada estímulo y escribirlo en la casilla correspondiente. La dificultad de esta tarea puede aumentar en función de la semejanza entre los símbolos o dibujos.

Actividad 3. Sopas de letras. Consiste en encontrar una serie de palabras inmersas en un conjunto de letras desordenadas.

OE3. EJERCITAR LA MEMORIA

La memoria es la primera y más frecuente función cognitiva que se altera. La memoria a corto plazo es la que se ve más afectada (la memoria a largo plazo no se modifica, como norma general). Por tanto, la memoria será uno de nuestros grandes focos de intervención, y en concreto la memoria a corto plazo, por eso se proponen las siguientes actividades.

Actividad 4. Identificar el número de elementos que forman una figura geométrica. Se le muestran al sujeto unas láminas en las que se representan figuras geométricas de diferente complejidad compuestas por cubos durante un tiempo limitado (el tiempo varía en función de la dificultad y de las capacidades del sujeto) y nos tiene que decir cuántos cubos tiene cada figura, incluidos los que nos se ven directamente.

Actividad 5. Recuerdo serial de objetos. Se colocan en una fila diferentes objetos y se le pide al sujeto que intente recordarlos en el mismo orden. A continuación se le pregunta los nombres de los objetos. Otra opción es enseñárselos una primera vez en un orden, a continuación desordenarlos y que los tenga que colocar según la posición inicial. También se puede eliminar uno de los objetos y el sujeto tiene que decir qué es lo que falta.

Actividad 6. Recuerdo de información ligada a una persona. Se le muestra al sujeto una fotografía de una persona y se le da, verbalmente, información acerca de ella. A continuación debe repetirnos todos los datos que recuerde sobre esa persona.

Actividad 7. Completar palabras de un texto leído previamente. Se necesitan textos de diferente dificultad en función de la longitud, complejidad de su contenido y temática. En la segunda parte de la tarea algunas palabras del mismo texto estarán borradas. Tiene que leer una vez el texto con mucha atención, y después completar el según texto con las palabras borradas.

Actividad 8. Recuerdo acumulativo de información producida por el sujeto. Se da una consigna al sujeto y tiene que decir todas las palabras que se le ocurran con ella, por ejemplo, películas en blanco y negro. Primero dice la primera que se le ocurra, y luego debe decir esta y una nueva, y así sucesivamente, repitiendo cada vez que se dice una nueva todas las anteriores.

Actividad 9. Asociación de rostros y datos personales. Se le enseña una lámina con rostros no familiares con información asociada a cada uno de ellos (por ejemplo, nombre y lugar de nacimiento). Debe intentar recordar esos datos asociándolo a cada rostro. A continuación se enseña la misma lámina de los rostros, pero sin los datos. Le proporcionamos unas etiquetas individuales con los datos, y tiene que colocarlas en cada rostro correspondiente.

OE4. FAVORECER Y ACTIVAR LA ORIENTACIÓN ESPACIAL-TEMPORAL-PERSONAL.

Lo que pretendemos con estas actividades es que el sujeto sea consciente del espacio en el que se encuentra en este momento, este orientado en el tiempo y en la estación en la que estamos y mantenga activa su identidad personal.

Actividad 10. Orientación temporal. Preguntar al sujetos cuestiones de este tipo: ¿Qué día de la semana es hoy? ¿En qué fecha estamos? ¿En qué mes estamos? ¿En qué año? ¿En qué estación del año? Si ahora vamos a comer, ¿qué hora debe ser? Dar todo tipo de ayudas necesarias para llegar a la respuesta correcta, pero intentar que sea el sujeto quién llegue a

ella mediante inferencias, por ejemplo, hacerle darse cuenta de cómo vamos vestidos (abrigados o con ropa ligera) para decir en qué estación del año estamos.

Actividad 11. Orientación espacial. Preguntar al sujeto cuestiones de este tipo: ¿Dónde estamos? ¿Qué es este sitio? ¿En qué ciudad estamos? ¿Cómo se llama el barrio?.

Actividad 12. Orientación personal. Preguntar al sujeto cuestiones de este tipo: ¿Cómo se llama? ¿En qué año nació? ¿Qué edad tiene? ¿Está casado/a? ¿Cómo se llama su esposo/a? ¿Tiene hijos? ¿Cómo se llaman? ¿Y nietos? ¿Cómo se llaman?. Todos los datos recogidos pueden ser utilizados para realizar un “Libro de historia de vida”, que se pueda completar con fotos e imágenes.

OE5. ESTIMULAR EL LENGUAJE.

Aunque el lenguaje no es el centro de esta propuesta de intervención, creemos conveniente realizar ejercicios de estimulación del lenguaje trabajando principalmente el nivel léxico semántico porque el fin último del trabajo de estimulación es establecer un canal de comunicación eficaz.

Actividad 13. Evocación. Se proponen varias categorías semánticas y se le pide al sujeto que diga el mayor número posible de palabras siguiendo el criterio semántico. Por ejemplo; animales salvajes o medios de transporte. Este ejercicio se puede hacer también siguiendo un criterio fonológico, por ejemplo, palabras que empiecen por la letra “b”.

Actividad 14. Antónimos. Utilizamos una lista de palabras previamente elaborada y pedimos al sujeto que nos diga el antónimo de cada palabra. También se puede realizar con conceptos sinónimos.

Actividad 15. Oraciones inacabadas. Creamos una lista de oraciones inacabadas en función del vocabulario que queremos trabajar. Leemos una frase y le pedimos que la termine. Por ejemplo: nos limpiamos las manos con agua y _____. Se pueden utilizar también frases hechas, dichos o refranes.

OE6. TRABAJAR LOS DIFERENTES USOS DEL LENGUAJE

Las habilidades pragmáticas tienen gran influencia en las habilidades comunicativas. Lo que estas actividades que se exponen a continuación pretenden es trabajar los diferentes usos del lenguaje para mejorar la eficacia de las conversaciones.

Actividad 16. Resolución de problemas. Plantear una situación cotidiana y cómo deberíamos actuar. Por ejemplo: vamos a una farmacia y tenemos que pedir un medicamento ¿cómo lo haríamos?.

Actividad 17. Absurdos. Decir qué no tiene sentido en una lámina en la que aparece un objeto o una acción con algún elemento añadido (véase anexo IX).

Actividad 18. Doble sentido. Trabajar oraciones con doble sentido acompañándonos de imágenes. Por ejemplo, que significa “me hierva la sangre” o “hace un día de perros” (véase anexo X).

OE7. TRABAJAR EL CÁLCULO.

Lo que pretendemos con estas actividades es trabajar de manera sencilla el cálculo y operaciones aritméticas simples de una manera funcional. Por ejemplo, trabajamos el cálculo aritmético de manera sencilla para que puedan calcular el dinero cuando vayan a comprar algo a una tienda.

Actividad 19. Tareas de identificación de números y conteo. Contar imágenes iguales, contar piezas o elementos y relacionarlos con el número correspondiente.

Actividad 20. Tareas de ordenación. Ordenar elementos (números o piezas) de mayor a menor y viceversa. Jugar con baraja a identificar quién gana la baza con la carta mayor.

Actividad 21. Tareas de cálculo aritmético. Realizar problemas y operaciones aritméticas sencillas propuestas por escrito. Simula que vamos a comprar a una tienda y calcular cuánto me tiene que devolver el tendero.

OE8. GENERALIZAR LAS MEJORAS EN SU COMUNICACIÓN.

El fin de la intervención logopédica es que el sujeto mejore la comunicación con su entorno y por eso se deben realizar actividades de generalización.

Una simple conversación dirigida, que estimule las capacidades de orientación tempo-espacial del sujeto, la integración de datos nuevos y su memorización de un día para otro.

C.4. TEMPORALIZACIÓN

El deterioro cognitivo es un trastorno degenerativo y, por tanto, las personas afectadas necesitarán realizar programas de estimulación durante un periodo ilimitado. El número de sesiones necesario es entonces algo imposible de fijar. Hemos de señalar que por ser personas necesitadas de intervención de varios especialistas es conveniente que tengan periodos de descanso entre intervenciones. Por eso la frecuencia de las sesiones puede ser variable, estimándose apropiada una periodicidad que vaya desde un mínimo de tres sesiones semanales hasta una frecuencia diaria.

Considero que una duración estándar podría ser de 45 minutos cada sesión, aunque puede verse acortada a 30 minutos si el sujeto se muestra muy cansado. Hay que evitar en todo momento la frustración y la desmotivación.

C.5. METODOLOGÍA

Los principios metodológicos que se siguen son los siguientes:

- Las actividades van a ser flexibles y adecuadas a su ritmo de trabajo.
- Si a lo largo de las sesiones surge una conversación espontánea no la cortamos, porque es lo que pretendemos; la utilización del lenguaje espontáneo.
- Las actividades serán cortas, para que no pierdan la atención.
- Todas las actividades tienen también la finalidad de trabajar la atención, la concentración y la evocación de conceptos.
- También es importante fomentar las habilidades sociales como saludar y despedirse entre nosotros o a la gente que pueda entrar en la sala.
- Se irá aumentando la complejidad de las actividades progresivamente.

Las partes en las que vamos a dividir las sesiones son siempre las mismas para crear una rutina predecible o hábito de trabajo.

Un ejemplo de **sesión tipo** puede ser el siguiente.

1. SALUDO

- a. DURACIÓN: 5 minutos.
- b. DESCRIPCIÓN. Hay que crear una atmósfera de confianza. Les preguntamos cómo se encuentran ese día, qué han desayunado, que hicieron el día anterior por la tarde, comentamos alguna noticia, etc.
- c. OBJETIVOS A TRABAJAR
 - i. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - OE1. Potenciar la intencionalidad comunicativa.
 - OE2. Optimizar los niveles de atención
 - OE3. Ejercitar los diferentes tipos de memoria.
 - OE5. Estimular el lenguaje.
 - ii. OBJETIVOS TRASVERSALES
 - OT1. Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización.
 - OT3. Facilitar la evocación de sentimientos, necesidades, pensamientos, etc.

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL-TEMPORAL-PERSONAL

- a. DURACIÓN: 5 – 10 minutos.
- b. DESCRIPCIÓN. Desarrollo de una actividad para trabajar la orientación espacial-temporal-personal, por ejemplo: Actividad 13. Orientación espacial. Preguntar al sujeto cuestiones de este tipo: ¿Dónde estamos? ¿Qué es este sitio? ¿En qué ciudad estamos? ¿Cómo se llama el barrio?.
- c. OBJETIVOS A TRABAJAR
 - i. OBJETIVO ESPECÍFICO
 - OE4. Favorecer y activar la orientación espacial-temporal-personal.
 - OE1. Potenciar la intencionalidad comunicativa.
 - OE3. Ejercitar los diferentes tipos de memoria.
 - OE5. Estimular el lenguaje.
 - ii. OBJETIVOS TRASVERSALES
 - OT3. Facilitar la evocación de sentimientos, necesidades, pensamientos, etc.

3. ACTIVIDADES PRINCIPALES

- a. DURACIÓN: 20 minutos (realizamos dos actividades, de 10 minutos cada una).
- b. DESCRIPCIÓN. Realizamos dos actividades principales seleccionadas de entre las propuestas para trabajar los objetivos específicos 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 8.
- c. OBJETIVOS A TRABAJAR
 - i. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - OE1. Potenciar la intencionalidad comunicativa.
 - OE2. Optimizar los niveles de atención.
 - OE3. Ejercitar la memoria.
 - OE5. Estimular el lenguaje.
 - OE6. Trabajar los diferentes usos del lenguaje; pragmática.
 - OE7. Trabajar el cálculo.
 - OE8. Generalizar las mejoras en su comunicación.
 - ii. OBJETIVOS TRASVERSALES
 - OT1. Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización.
 - OT2. Favorecer su autonomía, aumentando sus responsabilidades y la capacidad de tomar decisiones.
 - OT3. Facilitar la evocación de sentimientos, necesidades, pensamientos, etc.

4. REFLEXIÓN FINAL Y DESPEDIDA

- a. DURACIÓN: 5 – 10 minutos.
- b. DESCRIPCIÓN. Realización de un juicio crítico en la que se realiza una valoración del taller. Con los datos recogidos rellenaremos una ficha que se describe en el siguiente apartado (C.6. Presentación y análisis de resultados del programa de intervención).
A continuación mantenemos una conversación de carácter distendido o escuchamos una canción que sabemos que va a servir de estímulo reforzante. Por último nos despedimos hasta la siguiente sesión.
- c. OBJETIVOS A TRABAJAR
 - i. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - OE1. Potenciar la intencionalidad comunicativa.
 - OE3. Ejercitar la memoria.
 - OE5. Estimular el lenguaje.
 - ii. OBJETIVOS TRASVERSALES
 - OT2. Favorecer su autonomía, aumentando sus responsabilidades y la capacidad de tomar decisiones.
 - OT3. Facilitar la evocación de sentimientos, necesidades, pensamientos, etc.

OBSERVACIONES: Si a lo largo de la sesión surge una conversación espontánea no la cortamos, porque es lo que pretendemos; la utilización del lenguaje espontáneo.

C.6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Una vez finalizada la sesión recogemos datos pertinentes acerca de cómo ha ido, en concreto valoraremos el grado de atención del sujeto, si ha disfrutado o no, si ha interactuado, su nivel de orientación y de participación, valorándolo del 0 al 10.

NOMBRE														
FECHA														
	ATENCIÓN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	DISFRUTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	INTERACCIÓN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	ORIENTACIÓN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Fuente: elaboración propia.

Para la evaluación final del programa vamos a analizar los resultados de cada sujeto según los objetivos marcados y de este modo analizaremos si el programa de intervención ha sido efectivo o no.

SUJETO 1

Resultados respecto a:

- **La intencionalidad comunicativa (OE1):** ha mejorado sensiblemente con el terapeuta pero observamos que no la ha incorporado en su trato con los demás residentes.
- **La atención (OE2):** Este objetivo no se ha conseguido suficientemente, pero muestra mayor facilidad para recuperar la atención.
- **La memoria (OE3):** ha mejorado escasamente. Su deterioro cognitivo es muy importante.
- **La orientación espacial-temporal-personal (OE4):** no muestra ningún interés al trabajar este aspecto, sus respuestas son “yo en eso no pongo cuidado”.
- **El lenguaje (OE5):** la expresión y comprensión del lenguaje no ofrecen una mejoría apreciable.
- **Los usos del lenguaje (OE6):** no se observa mejoría respecto a este objetivo.
- **El cálculo (OE7):** ninguna respuesta positiva a los ejercicios.
- **La generalización de las mejoras en su comunicación (OE8):** debido al escaso tiempo de la práctica no se ha podido apreciar una mejoría.

SUJETO 2

Resultados respecto a:

- **La intencionalidad comunicativa (OE1):** ha dependido de los estados de ánimo diarios y limitados a la relación con el terapeuta, no con su entorno.
- **La atención (OE2):** se ha conseguido que centre la atención en la relación con el entrevistador.
- **La memoria (OE3):** no ha sido suficiente el tiempo de intervención para notar alguna mejoría.
- **La orientación espacial-temporal-personal (OE4):** sí que ha mostrado de modo significativo una evolución positiva.
- **El lenguaje (OE5):** los ejercicios le han estimulado a usar un lenguaje más rico acorde con su formación.

- **Los usos del lenguaje (OE6):** aunque comprende los dobles sentidos de las expresiones (por ejemplo, el sentido figurado de “hace un día de perros”) no ha mejorado en la percepción de los mensajes humorísticos.
- **El cálculo (OE7):** ninguna respuesta positiva a los ejercicios.
- **La generalización de las mejoras en su comunicación (OE8):** debido al escaso tiempo de la práctica no se ha podido apreciar una mejoría.

SUJETO 3

Resultados respecto a:

- **La intencionalidad comunicativa (OE1):** no ha mostrado ningún avance. Su estado anímico ha ido progresivamente en declive a lo largo de la intervención.
- **La atención (OE2):** evolución muy escasa y sin interés.
- **La memoria (OE3):** ningún avance.
- **La orientación espacial-temporal-personal (OE4):** la orientación espacial ha mejorado, no así la orientación temporal y personal.
- **El lenguaje (OE5):** vinculado al primer objetivo, este aspecto no ha mostrado ninguna evolución.
- **Los usos del lenguaje (OE6):** vinculado al primer objetivo, este aspecto no ha mostrado ninguna evolución.
- **El cálculo (OE7):** no ha mostrado interés ni mejoría por la falta de atención y memoria.
- **La generalización de las mejoras en su comunicación (OE8):** debido al escaso tiempo de la práctica no se ha podido apreciar una mejoría.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez analizados los resultados y grado de consecución de los objetivos podemos decir que el programa no ha sido efectivo para ninguno de los tres sujetos.

SUJETO 1

El **sujeto 1** tiene muchas dificultades para iniciar una conversación de manera espontánea y esto le provoca un gran aislamiento. En las sesiones interacciona de manera correcta pero al finalizar la sesión no traslada esta interacción con el resto de personas.

Las dificultades de visión no le permiten ver la televisión o leer, esto provoca también aislamiento social y desconocimiento de los sucesos que ocurren a su alrededor.

Su disposición ha sido muy positiva, por lo que creo que si el programa se hubiera podido desarrollar durante más tiempo los avances habrían sido mayores.

SUJETO 2

El trabajo con el **sujeto 2** ha estado directamente relacionado con su estado de ánimo. Sería conveniente la valoración por parte de un psicólogo para determinar si existe algún tipo de trastorno de comportamiento o de estado de ánimo que pueda ser tratado.

Se ha conseguido crear una relación positiva y de confianza con el terapeuta, y por eso, como en el caso anterior, si el programa hubiera tenido una duración mayor los resultados habrían sido mejores.

SUJETO 3

El **sujeto 3** se encuentra en una fase de demencia avanzada y que constara en los informes, no había recibido antes ninguna terapia de estimulación cognitiva. Su deterioro cognitivo sumado a su bajo estado de ánimo provocan un aislamiento social muy acusado.

Sería beneficioso que realizara más actividades o talleres de estimulación durante el día.

RESULTADOS Y OBSERVACIONES AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Para una autoevaluación del programa nos hemos planteado las siguientes preguntas:

1. ¿Se han logrado los objetivos y las metas?
2. ¿Se ha mejorado la situación personal de algún sujeto?
3. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios?
4. ¿Han sido efectivas las técnicas e instrumentos empleados?
5. ¿Ha mejorado, gracias al programa la situación sobre el que intervenía?
6. ¿Se ha llevado a cabo el programa tal y como se diseñó?

	NADA SATISFECHO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO
¿Se han logrado los objetivos y las metas?			X		
¿Se ha mejorado la situación personal de algún sujeto?			X		
¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios?				X	
¿Han sido efectivas las técnicas e instrumentos empleados?				X	
¿Ha mejorado, gracias al programa la situación sobre el que intervenía?			X		
¿Se ha llevado a cabo el programa tal y como se diseñó?				X	

El programa se ha quedado corto en algunos aspectos. Mi tiempo de intervención –cinco meses- ha sido escaso para los objetivos deseados. He debido centrarme en los aspectos más importantes y viables.

A posteriori juzgo que este programa de intervención para haber sido más completo debería haber incluido praxias orofaciales, percepción, pensamiento abstracto y resolución de problemas, así como actividades grupales o talleres.

VII. CONCLUSIONES

Conclusiones acerca del trabajo y del periodo de intervención, en relación con los objetivos planteados:

- A la vista del tipo de actividades utilizadas en los programas de estimulación cognitiva, se deduce que el logopeda es un elemento imprescindible, dado su amplia y diversa formación. A menudo se tiende a dar prioridad a las terapias físicas tanto por los profesionales médicos como por los usuarios y familiares, pero no así a las terapias que facilitan la comunicación y refuerzo de elementos cognitivos básicos (lenguaje, atención, memoria).
- El orden en la intervención se hace imprescindible para desarrollar adecuadamente el programa. Se deben planificar un número de sesiones para cada etapa (evaluación, intervención y reevaluación) pero teniendo en cuenta que pueden surgir nuevos datos que incluir en la evaluación durante todo el proceso. No se debe estar cerrado y atado al orden preestablecido. El programa debe ser flexible e ir modificándolo según sea necesario.
- El proceso de evaluación implica una buena recogida de datos anamnésticos, una aplicación completa de todas las pruebas preseleccionadas y finalmente una buena interpretación de los datos. Este proceso de evaluación son los cimientos de la intervención. No se debe escatimar en tiempo y atención. En realidad la evaluación no acaba nunca. Cada día, directa o indirectamente, se observan cosas diferentes o se aprecian detalles de los que antes uno no se había percatado y que pueden hacer que el programa elaborado cambie levemente y, con el tiempo, se vaya haciendo más específico y personal.
- Durante la realización de las actividades, además de aplicar los recursos materiales previstos por el programa, se debe tener capacidad de improvisación, creatividad y adaptabilidad. El estado anímico del sujeto puede variar a lo largo del periodo de intervención. A veces es preciso echar mano de otros recursos no especificados en el protocolo de dicha actividades. Revisando programas de intervención anteriores con los sujetos he apreciado que en muchos de los casos los objetivos propuestos, así como sus actividades, eran fruto de una etiqueta diagnóstica específica sacados de un manual. Los logros alcanzados son inexistentes, por lo que desde mi punto de vista se han realizado intervenciones estandarizadas sin ningún sentido real para las necesidades del sujeto. Por eso creo que el logopeda debe ser un profesional creativo y original, que esté continuamente en formación y no se limite a los aspectos formales de una terapia logopédica.

- Es muy importante llegar previamente a establecer una buena relación terapeuta-sujeto. En todo momento crear un clima positivo, relajado y sin formalismos para que el sujeto se sienta cómodo.
- Como intermediario en ejercicios de comunicación del sujeto con su ambiente, es importante que el logopeda ayude al sujeto a ganar seguridad en sí mismo y que no se aíse del entorno por autocensuras acerca de su situación.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Arbinaga, F. (2003). *Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes: el caso de la esclerosis múltiple*. Anales de psicología, vol. 19, nº 1 (junio), 65-74.

Arnett, P. & Forn, C. (2008). *Evaluación neuropsicológica en esclerosis múltiple*. Revista de Neurología 2007; 44 (3), 166-172.

Bolló, M. S. (2013). *Las pruebas ecológicas en el deterioro cognitivo leve: el RBMT y la BADS*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C. & Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica*. Elsevier Masson.

CAMDEX-R: Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.

Charcot, J.M. (1877) Diagnostic des formes frustes de la sclérose en plaque. Progrés médical (Paris).

Chomsky, N. (1972). *Language and mind*. New York. Harcourt Brace.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. y Fanjiang, G. (1975). *Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of Psychiatric Researches, 12, 189-198.

Frías-Conde, X. (2002). *Introducción a la psicolingüística*. Ianua. Revista Philological Romanica. Suplemento 06.

Golden, C. (1994). Stroop. Test de colores y de palabras, Madrid, TEA Ediciones.

González, B. & Muñoz, E. (2008). *Estimulación de la memoria en personas mayores. Principios básicos y ejercicios prácticos*. Madrid. Editoria Síntesis.

Goodglass, H. & Kaplan, E. (1986). *Test de Denominación de Boston (TDB)*. Ed. Panamericana.

Harris, P., Drake, M. & Allegri, R.F. (2001). *Deterioro cognitivo leve: en búsqueda de la predemencia*. Acta psiquiátrica y Psicología de America Latina,; 47 (1), pp. 11-20.

James, W. (1890). *Principios de psicología*. Madrid: Daniel Jorro.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002) *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA Eds.

Longo (2013). *Harrison. Manual de medicina interna*. Ed: McGraw-Hill. 18ª edición.

López-Pousa, S. (2003).

Luria, A. R (1977) *Introducción evolucionista a la psicología*. Barcelona: Fontanella.

Luria, A.R. (1984). *Atención y memoria*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona.

Marcos, T (1994). *Neuropsicología clínica. Más allá de la psicometría*. Mosby/Doyma Libros. Barcelona.

Micheli, F. E., Fernández, M. M. & Cersósimo, M. G. (2014). *Neurología en el anciano. Nuevos enfoques y aplicaciones en la práctica clínica*. Ed. Medica panamericana.. Pp. 83-174.

Muñoz, E., Blázquez, J. L., Galpasoro, I., González, B., Lubrini, G., Periañez, J. A., Ríos, M., Sánchez, I., Tirapu, J. & Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Ed. OUC. Barcelona.

Myers, D.G. (2011). *Psicología*. Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *WHO. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. & Kolmen, E. (1999). *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome*. Arch Neurol, Pp. 303-308

Real-González, Y., Cabrera-Gómez, J. A., López-Hernández, M., González-Urgado, M., Armenteros-Herrera, N. & Aguiar-Rodríguez, A. (2008). *Evidencias de la terapia ocupacional y logopédica en la esclerosis múltiple*. Medigraphic Artemisa. Vol. 20, nº. 1, enero-marzo, 17-22.

Rojo-Pérez, F. & Fernández-Mayorales, G. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA.

Santiago, R. B., Jimeno, N. & García, N. (2012). *Los logopedas hablan*. Nau Llibres.

Schapiro, R. T. (1994). *Symptom management in multiple sclerosis*. *Annals of Neurology*. Vol. 36, Issue Supplement 1, 123-129.

Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. 1 ed. New York: Guilford Press.

Wechsler (1987). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III)*. Psychological Corporation, San Antonio, Texas.

Wilson, B. A. (1991). *Theory, Assessment, and Treatment in Neuropsychological Rehabilitation*. *Neuropsychology*, 5 (4), 281-291.

Trivial De Doble Sentido (2013). *El sonido de la hierba al crecer*. Recuperado de <http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com.es/2013/11/trivial-tarjetas-categoria-dobelentido.html> (consultado el 8 de abril, 2016).

AGRADECIMIENTOS

A los tres protagonistas de este trabajo, por haberme enseñado cosas que no se aprenden en los libros.

A sus familias, por permitirme realizar este estudio.

A mi tutora Gemma Herrero, por su dirección y orientación durante todo el proceso y por su disposición y paciencia.

A todos los usuarios y profesionales de la Residencia de ASPAYM CYL, por haberme acogido desde el primer día y haberme enseñado a valorar la vida un poco más.

A mi compañera de prácticas en el centro, Cristina Arroyo, por estar a mi lado durante todo el proceso y ofrecer sus ideas cuando no veía respuestas.

A todos los profesores del Grado por haber conseguido finalmente concretar mi vocación a partir de una idea difusa.

A mi padre, por haber comprendido las exigencias de un trabajo ordenado y haberme acompañado durante toda la realización de este trabajo.

A mi madre, por ser la protagonista encubierta de este trabajo y hacerme ver que tipo de logopeda quiero ser.

A mi hermana, que me ha hecho ver lo importante que es la comunicación con la familia de los sujetos.

A todos aquellos que sin saberlo me han ayudado en la consecución de este trabajo.

A todos ellos, gracias de corazón.

ANEXOS

ANEXO I

Valladolid, 5 de febrero de 2016

Estimadas familias:

Durante los tres meses de trabajo en ASPAYM atendiendo a los usuarios afectados por esclerosis múltiple he podido dedicar la atención específica de mi formación en el Grado en Logopedia de la Facultad de Medicina de Valladolid. Y creo que con satisfacción por parte de todos.

Como conclusión de mi carrera debo presentar en la Facultad una memoria final o Trabajo Fin de Grado (TFG) que recojan en un documento de unas 40 páginas las intervenciones y prácticas logopédicas que hemos realizado. En él aparecerá el estudio general de la atención logopédica a afectados por esclerosis múltiples y los aspectos diferenciadores de cada uno de los casos. Se presentan anónimamente, es decir, sin que en ningún caso aparezcan nombres o características personales que permitan la identificación personal. Es práctica habitual en todos los trabajos científicos.

No obstante, para poder incluir en el trabajo todos los casos estudiados debo recibir la autorización escrita de los familiares o responsables de cada uno de los usuarios. Es por ello que les solicito esa autorización. Simplemente la firma de esta carta se considera como un consentimiento por su parte.

Les quedo muy agradecida por su colaboración.

Un atento saludo de

Clara Díaz Cot

AUTORIZO a Clara Díaz Cot, con DNI 71171901-B, como autora de un TFG en la Universidad de Valladolid, a que pueda usar los datos clínicos del usuario de ASPAYM
D/D^a.....con DNI

.....
sin que aparezcan otros datos identificativos que puedan alterar la reserva y confidencialidad debidos.

FDO.: (Nombre y Apellidos)

ANEXO II



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Estudio: Propuesta de intervención en dificultades comunicativas derivadas del deterioro cognitivo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Con DNI/Pasaporte nº _____

Declaro que:

- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio de CLARA DÍAZ COT, con DNI 71171901-B.
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He decidido participar voluntariamente en el estudio.
- Se me ha informado con claridad de que mis datos personales y clínicos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin estar obligado a dar explicaciones sobre el motivo.
- Sin que ello afecte a la atención que recibo.

Lugar y fecha: _____

Firma paciente

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado de la Titulación de Logopedia. Universidad de Valladolid.

Realizado por **CLARA DÍAZ COT**, Estudiante de Logopedia.

Tutora: **GEMMA HERRERO MORENO**. Departamento de Lengua española. Facultad de Filosofía y Letras.

ANEXO III

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
EDAD	51	64	66
SEXO	Varón	Varón	Mujer
ESTADO CIVIL	Soltero	Soltero	Separada
NIVEL DE ESTUDIOS	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios primarios
ACTIVIDAD LABORAL ANTERIOR	Carpintero		
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Esclerosis Múltiple	Esclerosis Múltiple	Esclerosis Múltiple
DETERIORO COGNITIVO	Si	Si	Si
DEMENCIA	Si	No	Si
ALTERACIONES DEL HABLA	Disartria leve	Disartria severa	No
ALTERACIONES EMOCIONALES (DEPRESIÓN, ANSIEDAD...)	No	No	Depresión
ALTERACIONES MOTORAS	Hemiparesia?	Silla de ruedas por rotura de cadera	Inmovilismo
ALTERACIONES VISUALES	Visión borrosa	No	No
ALTERACIONES AUDITIVAS	No	No	No

Fuente: elaboración propia

ANEXO IV

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente..... Edad..... 51
 Ocupación..... Escolaridad.....
 Examinado por... CUSTO DIAZ Fecha... 23 OCTUBRE 2015

ORIENTACIÓN

• Dígame el día... 0 fecha 0 Mes... 0 Estación... 0 Año... 0 0 5
 • Dígame el hospital (o lugar) ASPAYM 1
 planta... 1 ciudad... 1 Provincia... 1 Nación... 1 5 5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) 3 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? 0 5
 • Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás 0 3

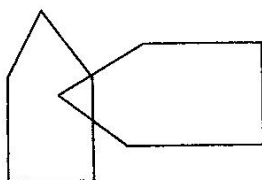
MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj 2 2
 • Repita esta frase : En un trigal había cinco perros 1 1
 • Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
 ¿qué son el rojo y el verde ? 2 2
 • ¿Que son un perro y un gato ? 3 3

NO SE PUEDE PASAR
 *• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 0 1
 • Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS 1 1
 *• Escriba una frase 0 1
 *• Copie este dibujo 1



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

19

ANEXO V

1.000 -

28 / 10 / 2015

58/94

EVALUACION CAMCOG-R (DEMENCIA: 69/70)

58/105

ORIENTACIÓN			4/10
0/5	TEMPORAL		
	139	DÍA (1)	x
	140	FECHA (1)	x
	141	MES (1)	x
	142	AÑO (1)	x
	143	ESTACIÓN (1)	x
4/5	ESPACIAL		
	144	PAIS (1)	1
	145	PROVINCIA (1)	1
	146	CIUDAD (1)	1
	147	PISO (1)	x
148	LUGAR (1)	1	
LENGUAJE			2/30
9/9	COMPRENSIÓN		
	149	ASENTIR (1)	1
	150	TOCAR (1)	1
	151	TECHO (1)	1
	152	PALPAR (1)	1
	153	HOTEL (1)	1
	154	PUEBLO (1)	1
	155	RADIO (1)	1
	181	LECTURA 1 (1)	1
	182	LECTURA 2 (1)	1
13/21 (13/19)	EXPRESIÓN		
	157	NOMBRAR OBJETO (6)	6
	158	FLUIDEZ (6)	2
	159	MARTILLO (1)	1
	160	FARMACIA (1)	1
	161	PUENTE (2)	2
	162	OPINIÓN (2)	0
	163	TRIGAL (1)	0
190	DIRECCIÓN (2)	1	
MEMORIA			14/27
6/6	REMOTA		
	166	GUERRA MUNDIAL (1)	1
	167	GUERRA CIVIL (1)	1
	168	FRANCO (1)	1
	169	HITLER (1)	1
	170	MACHIN (1)	1
171	TITANIC (1)	1	

0 /4	RECIENTE		
	172	REY (1)	X
	173	SUCESOR (1)	X
	174	PRESIDENTE (1)	X
	175	NOTICIAS (1)	X
8 /17	APRENDIZAJE		
	164	RECORDAR IMAGEN (6)	4
	165	RECONOCER IMAGEN (6)	3
	196	RECORDAR DIRECCIÓN (5)	1
ATENCIÓN/CÁLCULO			1 /9
1 /9	178	CONTAR ATRÁS (2)	X
	179	SERIE DE SIETE (5)	X
	194	CÁLCULO 1 (1)	1
	195	CÁLCULO 2 (1)	X
PRAXIS			/12
5/12 (5/5)	183	PENTÁGONO (1)	1
	184	ESPIRAL (1)	X
	185	CASA (1)	1
	186	RELOJ (3)	X
	189	SOBRE (1)	X
	191	SALUDAR (1)	X
	192	CORTAR (2)	X
	193	DIENTES (2)	1
PENSAMIENTO ABSTRACTO			6 /8
6 /8	197	SEMEJANZAS 1 (2)	2
	198	SEMAJANZAS 2 (2)	1
	199	SEMEJANZAS 3 (2)	2
	200	SEMEJANZAS 4 (2)	1
PERCEPCIÓN			6 /9
6 /9	201	CARAS (2)	2
	202	RECONOCER FOTOS (6)	3
	203	RECONOCER PERSONA (1)	1

FUNCIONES EJECUTIVAS			/28
/28	158	FLUIDEZ (6)	
	197	SEMEJANZAS 1 (2)	
	198	SEMAJANZAS 2 (2)	
	199	SEMEJANZAS 3 (2)	
	200	SEMEJANZAS 4 (2)	
	200a	FLUIDEZ IDEACIONAL (8)	
	200b	RAZONAMIENTO VISUAL(6)	

ANEXO VI

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente..... Edad... 64...

Ocupación..... Escolaridad.....

Examinado por... CESAR DIAZ ... Fecha... 27/10/2015

ORIENTACIÓN

• Dígame el día 0 fecha 0 Mes 0 Estación 0 Año 1 1 5

• Dígame el hospital (o lugar)..... 1

planta..... 1 ciudad..... 1 Provincia..... 1 Nación..... 1

5 5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) 3 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? 27 1 5

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás 2,9,5 3 3

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? 1-0-1 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj 2 2

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros 1 1

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ? 2 2

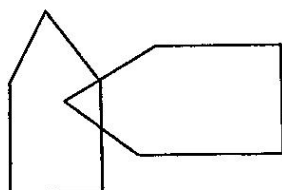
• ¿Que son un perro y un gato ? 3 3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa 1 1

• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS 1 1

• Escriba una frase 1 1

• Copie este dibujo 1



Puntuación máxima 35.

Punto de corte Adulto no geriátricos 24

Adulto geriátrico 20

26

ANEXO VII

28 / 10 / 2015

EVALUACION
CAMCOG-R (DEMENCIA: 69/70)

68/105

ORIENTACIÓN			5/10
1/5	TEMPORAL		
	139	DÍA (1)	X
	140	FECHA (1)	X
	141	MES (1)	X
	142	AÑO (1)	X
	143	ESTACIÓN (1)	1
4/5	ESPACIAL		
	144	PAIS (1)	1
	145	PROVINCIA (1)	1
	146	CIUDAD (1)	1
	147	PISO (1)	X
	148	LUGAR (1)	1
LENGUAJE			23/30
8/9	COMPRESIÓN		
	149	ASENTIR (1)	1
	150	TOCAR (1)	1
	151	TECHO (1)	X
	152	PALPAR (1)	1
	153	HOTEL (1)	1
	154	PUEBLO (1)	1
	155	RADIO (1)	1
	181	LECTURA 1 (1)	1
	182	LECTURA 2 (1)	1
15/21	EXPRESIÓN		
	157	NOMBRAR OBJETO (6)	6
	158	FLUIDEZ (6)	2
	159	MARTILLO (1)	0
	160	FARMACIA (1)	1
	161	PUENTE (2)	1
	162	OPINIÓN (2)	2
	163	TRIGAL (1)	1
	190	DIRECCIÓN (2)	2
MEMORIA			19/27
6/6	REMOTA		
	166	GUERRA MUNDIAL (1)	1
	167	GUERRA CIVIL (1)	1
	168	FRANCO (1)	1
	169	HITLER (1)	1
	170	MACHIN (1)	1
	171	TITANIC (1)	1

4 / 4	RECIENTE		
	172	REY (1)	1
	173	SUCESOR (1)	1
	174	PRESIDENTE (1)	1
	175	NOTICIAS (1)	1
9 / 17	APRENDIZAJE		
	164	RECORDAR IMAGEN (6)	1
	165	RECONOCER IMAGEN (6)	4
	196	RECORDAR DIRECCIÓN (5)	4
ATENCIÓN/CÁLCULO			3 / 9
3 / 9	178	CONTAR ATRÁS (2)	2
	179	SERIE DE SIETE (5)	X
	194	CÁLCULO 1 (1)	1
	195	CÁLCULO 2 (1)	X
PRAXIS			5 / 12
5 / 12	183	PENTÁGONO (1)	X
	184	ESPIRAL (1)	X
	185	CASA (1)	X
	186	RELOJ (3)	X
	189	SOBRE (1)	1
	191	SALUDAR (1)	1
	192	CORTAR (2)	1
	193	DIENTES (2)	2
PENSAMIENTO ABSTRACTO			5 / 8
5 / 8	197	SEMEJANZAS 1 (2)	2
	198	SEMAJANZAS 2 (2)	2
	199	SEMEJANZAS 3 (2)	1
	200	SEMEJANZAS 4 (2)	X
PERCEPCIÓN			8 / 9
8 / 9	201	CARAS (2)	2
	202	RECONOCER FOTOS (6)	5
	203	RECONOCER PERSONA (1)	1

FUNCIONES EJECUTIVAS			1 / 28
1 / 28	158	FLUIDEZ (6)	
	197	SEMEJANZAS 1 (2)	
	198	SEMAJANZAS 2 (2)	
	199	SEMEJANZAS 3 (2)	
	200	SEMEJANZAS 4 (2)	
	200a	FLUIDEZ IDEACIONAL (8)	
	200b	RAZONAMIENTO VISUAL(6)	

ANEXO VIII

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente..... Edad... 66

Ocupación..... Escolaridad.....

Examinado por... CLARA DIAZ Fecha... 23 OCTUBRE 2016

ORIENTACIÓN

• Dígame el día... 0 fecha... 0 Mes... 0 Estación... 0 Año... 0 0 5

• Dígame el hospital (o lugar)..... 0

planta... 1 ciudad... 0 Provincia... 0 Nación... 1

2 5

FIJACIÓN

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

3 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?

0 5

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás

1 3

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?

0 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj

2 2

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros

1 1

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ?

1 2

• ¿Que son un perro y un gato ?

1 3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa

0 1

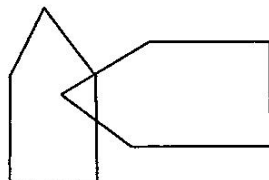
* • Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS

0 1

* • Escriba una frase

0 1

* • Copie este dibujo ___ 1



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

11

* NO SE PABA

ANEXO IX



Ilustración 1. Fuente: aulapt.org



Ilustración 1. Fuente: aulapt.org

ANEXO X

