

ESTUDIO COMPARATIVO DE INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)



Universidad de Valladolid

ALUMNO: JORGE VILLACORTA MEDINA

TUTORA: ESTHER GONZÁLEZ SOBRINO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2019-2020

RESUMEN:

En los últimos años se ha producido un aumento de la población envejecida a nivel mundial. Este es un problema al que nuestro sistema asistencial se está viendo obligado a atender de forma rápida para poder mantener la calidad de vida de este conjunto el máximo tiempo posible.

Una de las capacidades más implicadas en la preservación de esta calidad es la comunicación y ha quedado demostrado que la Logopedia aporta numerosos beneficios sobre la misma en las personas envejecidas.

Por tanto el presente trabajo busca ampliar el conocimiento acerca del mantenimiento y mejora de la comunicación en pacientes con deterioro cognitivo leve, a través de una investigación en la que se compara una misma intervención pero con un número de sesiones semanales diferente.

PALABRAS CLAVE: Intervención logopédica, deterioro cognitivo, comunicación, lenguaje, calidad de vida, envejecimiento.

ABSTRACT:

In recent years there has been an increase in the aging population worldwide. This is a problem that our healthcare system is being forced to attend quickly in order to maintain the quality of life of this group as long as possible.

One of the capacities most involved in preserving this quality is communication, and it has been demonstrated that speech therapy provides numerous benefits over it in the elderly.

Therefore, the present work seeks to expand knowledge about the maintenance and improvement of communication in patients with mild cognitive impairment, through an investigation in which the same intervention is compared but with a different number of weekly sessions.

KEY WORDS: Speech therapy intervention, cognitive decline, communication, language, quality of life, aging.

ÍNDICE:

1. JUSTIFICACIÓN.	4
2. INTRODUCCIÓN.	4
2.1. EL ENVEJECIMIENTO SANO.	4
2.1.1. CAMBIOS NEUROFISIOLÓGICOS, MOLECULARES, MORFOLÓGICOS Y COGNITIVOS QUE TIENEN LUGAR EN EL ENVEJECIMIENTO.	5
2.1.2. EL LENGUAJE EN EL ENVEJECIMIENTO.	7
2.2. EL ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.	8
2.3. DETERIORO COGNITIVO.	8
2.3.1. DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).	10
2.4. INTERVENCIÓN EN PACIENTES ENVEJECIDOS.	13
3. OBJETIVOS.	15
4. METODOLOGÍA.	15
4.1. PARTICIPANTES.	15
4.2. CONTEXTOS Y ANÁLISIS DE SITUACIONES.	16
4.3. INSTRUMENTOS.	17
4.4. MATERIALES.	18
4.5. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO.	18
4.5.1.EVALUACIÓN Y AGRUPACIÓN DE LOS PACIENTES.	18
4.5.2. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA.	19
4.5.2.1. SESIÓN TIPO Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.	20
4.5.2.2. ACTIVIDADES.	23
4.5.3. EVALUACIÓN FINAL.	32
5. RESULTADOS.	33
5.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS.	33
5.2. RESULTADOS CUALITATIVOS.	37
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	42
8. ANEXOS.	45

1. JUSTIFICACIÓN.

Cuando inicié mi período de prácticas curriculares en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia se me dio la oportunidad de participar en una investigación relacionada con la actuación logopédica en el ámbito de la tercera edad, la cual acepté permitiéndome así desarrollar mayores competencias de mi profesión.

La idea original partía de la logopeda del centro, Alba Ayuso Lanchares, que me incluyó dentro de la investigación para poder asumirla completamente bajo mi persona y de esta manera utilizarla para la elaboración de este Trabajo Fin de Grado.

Con este trabajo pretendo dar un paso más en la mejora de los servicios que reciben nuestros mayores y en especial de la logopedia, como vía principal para mantener sus capacidades de comunicación y su calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1. EL ENVEJECIMIENTO SANO.

En nuestra sociedad actual uno de los principales temas de atención es el envejecimiento, especialmente en los países más industrializados y globalizados donde la esperanza de vida es mayor.

El envejecimiento consiste en un proceso biológico que comienza desde el momento del nacimiento de la persona. Inicialmente experimenta una etapa de desarrollo y progresión que se correspondería con la infancia y adolescencia. Posteriormente se emprende un periodo de estabilización coincidiendo con la etapa adulta y en los últimos años de vida, a partir de la década de los 60 y especialmente la de los 80 se suceden una serie de regresos en la calidad de vida del sujeto que tienen como resultado un envejecimiento, que si no va acompañado de ninguna patología podíamos considerar como “sano” o “saludable” (Molero, 2001). En estos últimos años de vida se produce una sucesión de deterioros a nivel celular a los que les secundan discapacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de aparición de una posible enfermedad o incluso la muerte (OMS (Organización Mundial de la Salud), 2018).

Por tanto, ese constructo de la tercera edad no supone la aparición de un estado de enfermedad o patológico una vez superada la barrera de los 60- 65 años, sino un conjunto de cambios que se producen a nivel biológico, cognitivo y social (Juncos-Rabadán y Rozas, 2002).

La OMS en el año 2018 estableció que el ritmo de envejecimiento de la población mundial se había incrementado en los últimos tiempos. Se espera que para el presente año 2020 la población con edades mayores a los 60 años será superior a la de niños de 5 años y que en 2050 el porcentaje total de personas mayores será de un 22%.

Para acercarnos más a estos datos, en nuestro país, el Ministerio de Sanidad (2017) estableció la población española en 46.534.048 y el 19,1% de esta cifra son personas de 65 años en adelante, la esperanza de vida se sitúa en torno a los 83 años aproximadamente y 63 de los mismos son considerados como vida saludable para los sujetos. Esta misma institución nos ofrece datos acerca de Castilla y León, donde el 24,8% de sus 2.423.405 habitantes son personas con 65 años o más, siendo la segunda comunidad con población más envejecida y solo superada por Asturias. La esperanza de vida de Castilla y León es de 84 años aproximadamente.

A la colación de estos datos debemos resaltar que en España la entrada en esa nueva etapa vital que denominamos tercera edad coincide normalmente con la época de jubilación. Es decir, sobre los 65 años la población da por finalizada su época laboral. Este cambio en la vida personal supone otra alteración de tipo social en el proceso de envejecimiento (Molero, 2001).

2.1.1. CAMBIOS NEUROFISIOLÓGICOS, MOLECULARES, MORFOLÓGICOS Y COGNITIVOS QUE TIENEN LUGAR EN EL ENVEJECIMIENTO.

Debemos ser conscientes de que es muy difícil, dado que tenemos datos aún muy limitados, establecer el límite exacto entre un envejecimiento que sigue el curso normal frente a uno asociado a algún déficit (Román y Sánchez, 1998). Por tanto, los cambios que suceden en ambas situaciones son muy similares y pueden llegar a ser confundidos.

Siguiendo el esquema propuesto por Román y Sánchez (1998), se recogen cuatro grandes niveles que se ven afectados a partir de la entrada de los 60 años. De los mismos vamos a dedicar una atención especial al cognitivo ya que tiene un gran conjunto de funciones comprometidas en relación con la Logopedia.

En primer lugar, a **nivel morfológico** tiene lugar una pérdida del volumen y peso del cerebro que degenera en una atrofia (Junqué y Jurado, 1994, citado en Román y Sánchez, 1998), que repercuten de forma directa en algunas capacidades como organización, juicio o autocontrol.

En el **nivel molecular** se evidencia una caída de las tasas de dopamina y noradrenalina afectando a tareas de atención, memoria y aprendizaje (Román y Sánchez, 1998).

En lo referente a la **neurofisiología**, se reduce el flujo de sangre especialmente en la zona del cerebro, donde es esencial para el funcionamiento de las neuronas, aunque el sujeto no presente etiología cerebrovascular (Román y Sánchez, 1998).

El último gran conjunto, el **cognitivo**, reúne una amplia variedad de funciones que alteran el bienestar y la calidad de vida del paciente, pero sobre todo que están relacionados con su comunicación.

La atención conforma un conjunto abstracto que se ve deteriorado en la vejez y se manifiesta de forma más clara en situaciones que requieren de un esfuerzo atencional debido a un aumento de estímulos en su entorno (Mouloua y Parasuraman, 1995, citado en Román y Sánchez, 1998).

La velocidad de procesamiento también sufre un claro receso generalizado ya que se ralentiza el impulso nervioso que activa las neuronas (Salthouse, 1996, citado en Román y Sánchez, 1998).

En cuanto a la memoria, es uno de los principales indicadores de la presencia de demencia en el sujeto, pero, a su vez, también es un problema normal que acompaña al proceso de envejecimiento. En el anciano sano las quejas más comunes son las que refieren a acontecimientos más recientes de su vida diaria, la denominada como Memoria a Corto Plazo (MCP) (Román y Sánchez, 1998).

Las funciones visoespaciales, visoperceptivas junto a las funciones ejecutivas sufren un declive evidente y terminan trascendiendo a la capacidad de situación y relación espaciotemporal de cada persona y los objetos de su entorno (Baldelli y cols., 1991; Wahlin y cols., 1993, citado en Román y Sánchez, 1998). También influyen de manera directa en la planificación y consecución de metas (Godwin, 1989, citado en Román y Sánchez, 1998).

Finalmente estos autores incluyen aquí la función del lenguaje, pero esta capacidad se recoge en un apartado diferente dada la relevancia que supone para la Logopedia.

2.1.2. EL LENGUAJE EN EL ENVEJECIMIENTO.

Los déficits que presentan aquellos ancianos englobados en el “envejecimiento normal” no se desarrollan de una manera homogénea en todos sus componentes. Por ello, vamos a recoger

un análisis más detallado de los mismos para comprender sus diferentes alteraciones, la cuales afectan de manera principal al léxico, sintaxis y pragmática, siendo el discurso la capacidad más afectada dentro de la misma.

El **léxico** es una de las habilidades que no sufre disminución sino al contrario, con la edad se ve aumentado el volumen de vocabulario. En cambio sí que surge una dificultad de acceso al mismo, no catalogable como anomia, que recibe el nombre de “Fenómeno de la Punta de la Lengua” (PDL).

Este fenómeno consiste en una “dificultad para recordar palabras conocidas, caracterizada por la sensación de que su recuerdo puede ser inminente” (Juncos-Rabadán, Facal, Álvarez y Rodríguez, 2006). Se describe la existencia de un sistema de nódulos interconectados (Mackay, 1987, citado en Juncos-Rabadán, Facal, Álvarez y Rodríguez, 2006). De ellos, los semánticos no refieren dificultades pero en los fonológicos la excitación es insuficiente para una producción oral exitosa (Juncos-Rabadán, Facal, Álvarez y Rodríguez, 2006).

La **sintaxis** se ve comprometida con una reducción de la fluencia verbal principalmente en la producción espontánea a partir de una consigna semántica o fonética (Kozora y Cullum, 1995; La Rue, 1992, citado en Román y Sánchez, 1998). También percibimos una reducción del procesamiento, repetición y uso de oraciones gramaticales más complejas (Junco, 1998, citado en Molero, 2001).

La **pragmática** y principalmente el **discurso** se ve afectado de forma directa por los problemas sintácticos y gramaticales, principalmente en su producción se caracteriza por una gran desorganización de las ideas que se quieren expresar. La comprensión también se encuentra afectada especialmente cuando la carga de información es mayor (Junco, 1998, citado en Molero, 2001). También encontramos una decadencia en la descripción de elementos de su entorno (Huff, 1990, citado en Román y Sánchez, 1998).

2.2. EL ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.

Como se ha nombrado anteriormente, el envejecimiento deja de seguir el curso que podíamos considerar como “correcto” cuando los déficits asociados a la edad comienzan a agravarse y a interferir en la calidad de vida de la persona. Algunos autores suponen la existencia de límite cerebral, el cual una vez se supera puede generar la aparición de afecciones de diversa índole (Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez y Díaz, 2006).

Diferentes estudios nos indican que por norma la calidad de vida es óptima en los ancianos hasta los 75 o los 80 años, a partir de esta edad es cuando empiezan a aflorar los primeros indicios de una posible enfermedad que les alejaría de ese envejecimiento exitoso (Molero, 2001).

Las personas mayores pueden demorar la aparición de posibles déficits que ocurren durante el envejecimiento gracias a su reserva cognitiva. La reserva cognitiva se define como “la habilidad para optimizar y reforzar el rendimiento de las diferentes redes cerebrales mediante el uso de diferentes estrategias cognitivas” (Stern, 2009, citado en Meléndez, Rodríguez y Sales, 2013).

Entre los factores que influyen en la reserva cognitiva de una persona encontramos la propia edad del paciente, su nivel de educación, la profesión que ha desempeñado, el grado de actividad física o su participación en actividades de ocio y culturales (Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez y Díaz, 2006).

Pero a día de hoy no existe un consenso claro acerca de las actividades o capacidades que refuerzan esa reserva cognitiva y cuáles no, o la medida en que lo hacen (Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez y Díaz, 2006). Únicamente es claro el beneficio que reportan sobre el freno del deterioro cognitivo en los pacientes envejecidos independientemente de su patología.

2.3. DETERIORO COGNITIVO.

El deterioro cognitivo, junto a la demencia, constituye uno de los principales problemas a nivel de salud de los países occidentales ya que supone una de las patologías con mayor incidencia dentro de la población envejecida. Más concretamente en su forma más grave, la Enfermedad de Alzheimer (EA, a partir de ahora) debido al grado de dependencia y cuidados que demandan (Amor y Martín, 2007).

La posibilidad de presentar algún tipo de demencia es directamente proporcional a la edad estimando que el 25-30% de las personas de 85 años en adelante ya presentan deterioro cognitivo en diferentes niveles (OMS, 2019).

Una de las principales manifestaciones que tienen lugar en estos sujetos es el deterioro a nivel cerebral que repercute de manera directa en su comunicación. Estas dificultades reciben el nombre de “Trastornos de la Comunicación Cognitiva” y no son exclusivos de las personas con demencia sino que se presentan en cualquier patología que implique un déficit cognitivo como

Enfermedad de Parkinson o algún traumatismo cerebral (Olthaf-Nefkens, Kruse, Derksen, de Swart, Nijhuis- van der Sanden y Kalf, 2018).

Una de las clasificaciones más extendidas es la Global Deterioration Scale (GDS) que establece 7 niveles que comprenden desde el adulto sano a la demencia en su estado más grave (Reisberg, Ferris, de Leon y Crook, 1982). Sin embargo, para este trabajo vamos a utilizar como referente para enmarcar los trastornos neurocognitivos la división propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014, citado en González, Mendizábal, Jimeno y Sánchez, 2018), la cual resalta tres niveles:

- **Envejecimiento sano:** implica la ausencia de factores cognitivos deteriorados más allá de los niveles establecidos como normales. Estas características serían las recogidas en el apartado 1.1.1 y 1.1.2. Todos los déficits superiores podrían indicar la presencia de deterioro cognitivo.
- **Personas con Trastorno Neurocognitivo Leve:** también conocido como Deterioro Cognitivo Leve (DCL, nombre con el que vamos a trabajar) donde se incluyen aquellas personas con síntomas intermedios entre la normalidad y estadios con déficits más serios. Este conjunto será el objeto de nuestro estudio.
- **Personas con Trastorno Neurocognitivo Grave o Demencia:** Este grupo ya incluye a aquellas personas cuyas capacidades cognitivas sufren un gran deterioro influyendo en la autonomía y en la calidad de vida de las mismas. El Alzheimer representa la primera causa de demencia neurodegenerativa.

La **EA** se caracteriza por una aparición casi súbita de déficits cognitivos que repercuten en gran medida sobre la comunicación, la memoria, la capacidad de ejecución, las emociones, el comportamiento, la autonomía y el bienestar. Los primeros síntomas que encontramos en un paciente con estas características se refieren a su estado emocional, conducta y personalidad (Hernández-Jaramillo, 2010).

En cuanto a su lenguaje, la **comprensión** se conserva cuando los contenidos sintácticos y gramaticales son sencillos o cortos pero a medida que aumenta la longitud o complejidad de los mismos el paciente va captando menor cantidad de información. Debemos resaltar que en el aspecto pragmático, durante una conversación, es posible que olviden el contacto con su interlocutor (Hernández-Jaramillo, 2010).

La **expresión** está repleta de bloqueos y ecolalias, escasa fluidez y ya se empiezan a incumplir las diferentes reglas gramaticales y sintácticas, observamos frecuentes parafasias y neologismos. Su discurso se desvía del tema central, se vuelve repetitivo y es mucho menos elaborado, sin respetar los turnos conversacionales (Hernández-Jaramillo, 2010).

2.3.1. DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).

Los pacientes con DCL conforman un conjunto intermedio situado entre el envejecimiento sano y deterioros cognitivos más graves como la Enfermedad de Alzheimer. Presentan un desarrollo atípico de las funciones cognitivas que a menudo se pueden enmascarar detrás de la clínica de un paciente mayor sin patología pero que se corresponden con las características de un deterioro a nivel neurocognitivo (Donoso, Venegas, Villarroel y Vásquez, 2001).

Dentro de este conjunto también se incluyen aquellos pacientes que no presentan síntomas clínicos de alguna patología neurodegenerativa pero cuyo rendimiento en las baterías o pruebas neuropsicológicas no es el esperado según su edad (Amor y Martín, 2007).

La prevalencia del DCL se estima en torno al 85% en aquellas personas que sobrepasan los 80 años de edad. Sin embargo, no debemos tomar estos datos de forma totalmente rigurosa ya que muchos sujetos son enmarcados en este tipo de deterioro debido a dos factores que explicaremos a continuación.

En primer lugar, el límite entre envejecimiento exitoso y patológico es muy difuso ya que los síntomas pueden llegar a confundirse. En segundo lugar, las herramientas actuales para su diagnóstico son escasas y en ocasiones no concluyentes (Donoso, Venegas, Villarroel y Vásquez, 2001).

Estas características lo convierten en un conjunto heterogéneo pero sobre todo en un claro grupo de riesgo, ya que este trastorno tiene entre un 10 y un 15% de posibilidades de conversión a estadios más graves de deterioro cognitivo (Busse, Bischof, Riedel-Heller, Angermeyer, 2003, citado en Amor y Martín, 2007). La forma de trabajo sería una evaluación temprana para identificar su diagnóstico así como los factores de riesgo que conducirían al paciente a esta progresión, posteriormente poner en práctica diferentes programas de estimulación para detener este deterioro.

Los **criterios clínicos** más aceptados y extendidos para poder establecer un diagnóstico de DCL son los establecidos por Petersen en 1991 (Amor y Martín, 2007):

- 1) Quejas de fallos de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador fiable.
- 2) Rendimiento cognitivo general normal.
- 3) Evidencia objetiva de defectos de memoria inferior a 1,5 desviaciones estándar en relación a la media de su edad.
- 4) Ausencia de defectos funcionales relevantes en actividades de la vida diaria.
- 5) Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

Este mismo autor (Petersen junto a Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins et al. 1991, citado en Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad y Rosich, 2005) propuso una **división** dentro del deterioro cognitivo leve en diferentes categorías ya que la clínica no es similar en todas ellas, ni siquiera su progresión:

- 1) DCL amnésico: es el tipo más común de DCL y se presenta principalmente a partir de quejas subjetivas de memoria, mientras que el resto de capacidades cognitivas se mantienen inalteradas. Se relaciona con la EA, debido a la gran probabilidad de derivar en la misma que presentan estos pacientes.
- 2) DCL difuso: Las diferentes funciones cognitivas como el lenguaje, las funciones ejecutivas, las alteraciones visoespaciales e incluso la memoria, no siguen el desarrollo normal pero tampoco pueden ser diagnosticadas aún como demencia. También puede avanzar hacia la EA, pero guarda relación con otras patologías como el máximo exponente del envejecimiento sano e incluso la demencia vascular.
- 3) DCL focal no amnésico: Hay una pequeña alteración en alguna capacidad cognitiva, mientras la afectada no sea nunca la memoria. Este grupo tampoco queda exento de ese avance progresivo a una posible Enfermedad de Alzheimer pero este subgrupo está relacionado con muchas más demencias incluso con la Enfermedad de Parkinson.

Una vez explicado su perfil cognitivo, vamos a hacer de nuevo un mayor hincapié en el **lenguaje** de este colectivo, analizando por separado los diferentes componentes y las modificaciones que van surgiendo. Hay un gran acuerdo en cuanto a que las capacidades que caracterizan la aparición del DCL (y que por tanto han sido más estudiadas) son la memoria verbal, denominación y fluidez verbal. No por ello debemos descuidar otras dimensiones también afectadas.

La **memoria verbal** es uno de los parámetros principales que se utilizan a modo de indicador de la aparición de DCL ya que nos permite diferenciarlo de otros tipos de deterioro y sobre todo para ver su progresión a EA (Juncos-Rabadán, Pereiro, Facal y Rodríguez, 2010). Y una de las formas principales de trabajo y de evaluación de la memoria verbal ha sido a través del aprendizaje auditivo verbal o de nuevas palabras.

En cuanto a la **fluidez verbal** encontramos una mayor afectación en las tareas de fluidez semántica frente a las fonológicas, reforzando la idea de los problemas de denominación y acceso léxico. El correcto desempeño en estas tareas requiere de una integridad de las redes cerebrales encargadas de la memoria semántica y de trabajo y en las tareas fonológicas. Además de todos estos requisitos, también necesitan de una conexión perfecta de las unidades léxicas (Juncos-Rabadán, Pereiro, Facal y Rodríguez, 2010).

En último lugar el conjunto **léxico-semántico** refleja una dificultad a la hora de recuperar palabras así como en la interpretación de relaciones análogas (Förstl y Kurz, 1999, citado en Hernández-Jaramillo, 2010). Tampoco debemos pasar por alto las alteraciones en la repetición y comprensión como indicadores de una posible progresión a EA (Tabert, Manly, Liu, Pelton, Sosenblum, Jacobs y cols. 2006, citado en Juncos-Rabadán, Pereiro, Facal y Rodríguez, 2010). De la misma manera que en el envejecimiento sano, el principal déficit que aparece en la denominación del DCL es el problema de acceso al léxico conocido como “Fenómeno de la Punta de la Lengua” (PDL). Las diferencias que encontramos entre el PDL de los pacientes con DCL frente a los sanos principalmente son (Juncos-Rabadán, Facal y Rodríguez, 2008):

- Vocabulario más reducido.
- Mayor número de errores en la denominación recurriendo al uso de parafasias.
- Menor cantidad de información durante su discurso.
- Abundancia de PDL al hablar y además son menos capaces de corregirlos tras haber cometido dichos errores.

De forma menos significativa y, por ello, pueden llegar a camuflarse con la clínica del envejecimiento normal, aparece en el **aspecto sintáctico** una dificultad en la creación y comprensión de estructuras sintácticas complejas o de mayor longitud.

También surgen problemas en la **pragmática**, sobre todo en la iniciación de conversaciones o en la gestión de los turnos de habla.

Por último la **fonología** es la única dimensión del lenguaje que se mantiene inalterada en el DCL tanto en la vertiente comprensiva como la expresiva (Hernández- Jaramillo, 2010).

2.4. INTERVENCIÓN EN PACIENTES ENVEJECIDOS.

Una vez explicados algunos de los estadios que pueden presentarse en la vida de cualquier persona cuando se supera el límite de los 65 años así como los diferentes déficits que pueden acarrear, queda comprobada la necesidad de un tratamiento cognitivo para todos ellos en su misión de mantener la calidad de vida y la salud el mayor tiempo posible.

Cada grupo presenta unas características y necesidades diferentes de cara a la intervención pero todos ellos obtienen grandes beneficios de la misma. A continuación vamos a desarrollar el papel de la Logopedia en los diferentes grupos descritos:

En las **personas sanas**, la Logopedia se encargaría de realizar una labor de prevención para evitar la aparición de problemas así como para encontrar y reforzar los puntos débiles que pueden generar la aparición de una patología (Molero, 2001).

En las personas con **deterioro cognitivo**, los objetivos primordiales a conseguir serían “un diagnóstico precoz, optimización física, cognitiva y del bienestar, así como detección psicológica y conductual de los síntomas y por último proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores” (OMS, 2012, citado en Hopper, Dogulas y Khayum, 2015).

Una vez se ha producido el diagnóstico de deterioro cognitivo, independientemente del grado, debe dar comienzo la intervención en dos tratamientos diferentes pero a la vez complementarios. Estos dos tratamientos son el farmacológico y la terapia cognitiva.

El tratamiento farmacológico no es tan común en etapas iniciales pero en demencias graves y EA resulta esencial. Se encargan de administrar inhibidores de acetilcolinesterasa para mantener los niveles de acetilcolina (López-Locanto, 2015, citado en López, Cánovas y Aranda, 2019).

Pero este tratamiento farmacológico se queda incompleto si no se complementa con una terapia cognitiva, ya que se ha demostrado que van perdiendo eficacia en estadios graves o en la EA (Livingston et al., 2017, citado en López, Cánovas y Aranda, 2019).

Tras este tratamiento farmacológico, el segundo tipo de intervención más extendido y eficaz es la terapia cognitiva, donde encontramos la musicoterapia, la intervención con animales, los programas de psicoestimulación y la intervención logopédica (López, Cánovas y Aranda, 2019).

Cuando no aparecen agentes modificadores del deterioro cognitivo la misión principal del tratamiento no farmacológico es “compensar todos los déficits cognitivos y de comportamiento, así como maximizar la función comunicativa” (Asociación de Alzheimer, 2015, citado en Hopper, Douglas, Khayum, 2015).

Volviendo a los objetivos que trata de alcanzar la Logopedia en estos pacientes encontramos de forma esencial la estimulación y rehabilitación de las funciones para conseguir de forma final preservar la comunicación y lenguaje del paciente el máximo tiempo posible, ya que con ello prolongaremos también su calidad de vida (González, Mendizábal, Jimeno y Sánchez, 2018).

Para que una intervención logopédica tenga éxito es necesario llevar a cabo de forma simultánea una metodología de trabajo directa e indirecta con el paciente y su entorno. La primera, la directa, consiste básicamente en el trabajo diario que se realiza personalmente con el paciente en un entorno conocido realizando diferentes actividades.

Por otro lado, la intervención indirecta, en muchas ocasiones no recibe la importancia que se merece. Consiste en un tratamiento aplicado sobre el entorno físico, social y actitudinal del paciente (OMS, 2001, citado en Hopper, Douglas, Khayum, 2015), ya sean trabajadores o familiares. La intervención indirecta va a permitir una extensión del trabajo realizado en la sesión logopédica, una puesta en práctica de todos los objetivos trabajados.

La finalidad última de esta intervención es mejorar la comunicación entre paciente y cuidador a través de la reducción de sentimientos negativos y pesimistas, dando lugar a una mejora en la calidad de vida de ambas partes implicadas (Olthaf-Nefkens, Kruse, Derksen, de Swart, Nijhuis-van der Sanden y Kalf, 2018).

3. OBJETIVOS.

En la introducción queda demostrada la necesidad de una intervención cognitiva en todas las personas que componen ese conjunto de la tercera edad y más especialmente cuando se confirma la presencia de un deterioro en las capacidades cerebrales. También se han contrastado los grandes beneficios que reportan a los pacientes y que se multiplican cuando se realiza de forma conjunta a la intervención farmacológica.

Por tanto, este trabajo presenta como **objetivo general**, comprobar si los beneficios de la terapia logopédica sobre pacientes con DCL varían si la temporalización del tratamiento es

diferente y más concretamente la frecuencia de las sesiones. Es decir, el número de sesiones de logopedia a la semana va a ser la variable distinta entre los grupos de pacientes, pero su metodología y estructura son idénticas.

A fin de lograr este objetivo general se diseñó un programa de intervención logopédica que pretendía conseguir la estimulación de las capacidades cognitivas para mantener y reforzar la comunicación y el lenguaje y así preservar el máximo tiempo posible su calidad de vida.

En cuanto a los **objetivos específicos** propios de la intervención logopédica encontramos:

1. Conseguir una evocación y denominación correctas.
2. Lograr un nivel sintáctico adecuado.
3. Mejorar la fluidez verbal.
4. Establecer una correcta organización del discurso.
5. Conservar la comprensión auditiva actual.
6. Preservar el máximo tiempo la atención y memoria.

Estos objetivos específicos se presentan en orden de prioridad que han recibido en el tratamiento siendo los más importantes los que se relacionan directamente con algún componente del lenguaje.

4. METODOLOGÍA.

4.1. PARTICIPANTES.

Los sujetos seleccionados para el estudio eran sujetos con una edad superior a los 70-75 años para descartar posibles clínicas similares a las del envejecimiento sano y cuya lengua materna fuera el español. Todos los pacientes (en este caso mujeres, así que a partir de aquí nos referiremos a ellas en femenino) son residentes del Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias (Palencia) y más específicamente en la Unidad de Geriátrica Santa Ana, lugar donde se desarrolló la intervención.

La fase de selección de las pacientes se desarrolló a mediados de octubre coincidiendo con mi inicio de prácticas en el centro Hermanas Hospitalarias, corresponde con el primer contacto con todos los pacientes que conformaban la unidad.

En este primer contacto los enfermeros y auxiliares, guiados por las directrices del centro, ya habían iniciado una labor de captación entre los residentes de la unidad para ver quién podría

estar interesado en participar. De esta manera cuando yo llegué ya existía una selección de pacientes predispuestos y un grupo que había descartado el tratamiento por diversas causas. Los **criterios de inclusión** que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo esta selección fueron unas edades superiores a los 70-75 años, diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve y disposición para participar en el proyecto. El género no fue un criterio a tener en cuenta pero todos los participantes que se interesaron y finalmente fueron seleccionados son de género femenino. En consecuencia, contábamos con diez posibles candidatas a participar, a las cuales se les explicó detalladamente el proceso que se iba a llevar a cabo y finalmente aplicando unos criterios de exclusión solo seis se mantuvieron firmes en su decisión de participación. Por lo tanto, conformamos los tres grupos necesarios dividiéndolos por parejas.

Los **criterios de exclusión** que impedían a los sujetos participar en el estudio fueron escasos, simplemente se descartó a personas menores de 70 años, con un grado de deterioro mayor que el leve o demencia así como aquellos que por decisión propia no accedieron a participar.

4.2. CONTEXTOS Y ANÁLISIS DE SITUACIONES.

En apartados anteriores se ha mencionado que la intervención iba a tener lugar en la Unidad de geriatría de Santa Ana en el centro Hermanas Hospitalarias. Sin embargo esta unidad no contaba con un despacho o sala apartada donde poder llevarla a cabo. Por ello, se decidió desarrollar la intervención en sus habitaciones privadas siempre que las pacientes accedieran a ello.

Como veremos más adelante, en el caso del grupo 1 fue posible esta opción, pero en el grupo 2 prefirieron recibir la intervención en la sala común del comedor. Así que con el grupo 2 se intentaba recrear todas las condiciones ambientales de las que disponía el grupo 1, más óptimas para una intervención de este tipo, seleccionando las mesas más alejadas y evitando la proximidad a otros residentes de la unidad. Pese a ello no se pudo situar en el mismo nivel ambos contextos y es una situación a tener en cuenta en la interpretación de los resultados.

4.3. INSTRUMENTOS.

Antes de iniciar cualquier proceso de intervención y para la constitución de los diferentes grupos, fueron valorados con los tres instrumentos que recogemos a continuación. Al final del

estudio se volvieron a utilizar los mismos instrumentos para establecer y comparar los resultados.

- *Entrevista inicial a las pacientes* (Anexo 1): Donde se recogen una serie de preguntas que nos permitieron establecer un primer contacto con las pacientes, recabar información que no aparecía en la historia clínica y sobre todo abordar sus conocimientos acerca de la Logopedia. Este último apartado nos proporcionó una ligera idea del punto de partida de la intervención en cada caso.
- *Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores* NEUROBEL (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015): No se trata de una prueba diagnóstica sino de una prueba de screening que nos ofrece unos resultados rápidos acerca de los procesos implicados en el lenguaje oral desde paradigmas psicolingüísticos.

Se seleccionó esta prueba dada su validez únicamente en personas sanas y con DCL y además permitía evaluar el nivel de comprensión y expresión de los sujetos. Las subpruebas que incluye son:

- Comprensión (1. Tarea de discriminación de fonemas, 2. Tarea de decisión léxica auditiva, 3. Tarea de emparejamiento palabra hablada-dibujo, 4. Tarea de comprensión de oraciones).
- Producción (1. Tarea de repetición, 2. Tarea de denominación de dibujos, 3. Tarea de denominación de acciones, 4. Tarea de completar oraciones).
- *Entrevista final a las pacientes* (Anexo 2): Repite algunas preguntas de la entrevista inicial, pero incluye algunas relacionadas con el grado de satisfacción de las pacientes tras el tratamiento recibido y comprobar si han experimentado cambios favorables en su lenguaje.

4.4. MATERIALES.

A lo largo de la intervención hemos recurrido al uso de diferentes materiales como:

- Consentimiento informado para los familiares (Anexo 3), ya que ellas se encuentran en un estado de incapacidad legal debido a sus condiciones cognitivas.
- Ordenador portátil: Recursos online, juegos y páginas web.
- Fichas.
- Juegos y materiales manipulativos (adaptados con imágenes o palabras).

- Papel, bolígrafos y rotuladores.
- Actividades de diferentes guías de estimulación cognitiva.

4.5. ESTRUCTURA DEL ESTUDIO.

A continuación vamos a explicar los diferentes apartados en los que se estructuró el programa así como las diferentes temporalizaciones de cada grupo que forma parte del estudio.

4.5.1. EVALUACIÓN INICIAL Y AGRUPACIÓN DE LOS PACIENTES.

Una vez aplicados los diferentes criterios de exclusión y cuando el grupo de participantes quedó reducido a un total de 6, fue el momento de agruparles por parejas en 3 grupos diferentes a través de los datos que se obtuvieron en la evaluación inicial.

Dicha evaluación se desarrolló a través de la aplicación de la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (NEUROBEL). Las puntuaciones obtenidas nos arrojaron unos resultados bastante equitativos así que se estableció como elemento divisor la disponibilidad en cuanto a horarios de las propias pacientes, evitando su coincidencia con otras actividades o talleres.

De esta forma, la estructura final de los grupos quedaría conformada de la siguiente manera:

- **Grupo 1:** Este grupo recibió un total de 2 sesiones semanales, por lo que su tratamiento se extendió en unas 10 semanas sin tener en cuenta los periodos de evaluación. Formado por dos pacientes con las puntuaciones más altas del NEUROBEL que además asistían a los talleres días distintos a los que yo acudía a su unidad, por lo tanto su disponibilidad era plena.
- **Grupo 2:** Participaban en una única sesión semanal, por tanto su tratamiento comprendió unas 20 semanas de duración. Se componía de otras dos pacientes cuyas puntuaciones son ligeramente más bajas respecto al grupo 1 y que asistían a talleres con mayor regularidad pero solo acudían a intervención una vez por semana permitiendo esa compatibilidad.
- **Grupo Control:** Ellas no recibieron ningún tratamiento logopédico. Las últimas dos pacientes que formaban parte del estudio y que obtuvieron las puntuaciones más bajas fueron incluidas en el grupo control, también fueron incluidas en este grupo por la incompatibilidad de horarios.

4.5.2. INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA.

Siguiendo las instrucciones del Estudio Longitudinal Donostia (Facal, González, Buiza, Laskibar, Urdaneta y Yanguas, 2009) la intervención se iba a basar en potenciar las capacidades cognitivas que se encontraban más preservadas y que según los criterios clínicos del DCL pueden ser todas a excepción de la memoria y el lenguaje y, a través de ellas, suplir los déficits del resto.

Como veremos en el desarrollo de las sesiones, se van a trabajar las funciones cognitivas siempre con un enfoque lingüístico, para conservar esa relación con la Logopedia.

La duración de las sesiones fue de aproximadamente unos cuarenta y cinco minutos, a excepción de las sesiones de evaluación en las que a las pacientes se les dedicó el tiempo necesario para la finalización de todas las pruebas y también incluyendo ciertos descansos entre las mismas.

La estructura de estas sesiones fue similar: para comenzar se dedicaba un tiempo de saludo y encuentro que en algunas ocasiones se debe emplear para acompañar a las pacientes hasta el lugar donde tienen lugar las sesiones ya que algunas de ellas utilizan un andador. Se emplearon estos minutos para interesarse por su bienestar entre los días transcurridos entre sesión y sesión.

Después contábamos con un periodo de treinta y cinco minutos donde se proponían tres actividades. Se pretende que el grupo 2, el que avanzaba en las sesiones más lentamente al recibir una por semana, se adaptase a los pasos seguidos por el grupo 1 en cuanto a actividades, de forma rigurosa. Por tanto ambos grupos efectuaron las mismas actividades lo único que algunas de ellas tuvieron que acortarse o simplificarse para que todas las sesiones se situasen al mismo nivel.

Para finalizar la sesión se dedicaban unos cinco minutos a hablar de sus sensaciones tras la sesión, alguna sugerencia de mejora o gustos para ejercicios futuros. También se les ofrecía indicaciones de actividades para ejecutar en su tiempo libre.

Es necesario mencionar de nuevo en este apartado que el lugar de intervención fue distinto en cada grupo y que el grupo 2 debido a preferencias individuales quisieron llevarla a cabo en la zona común del comedor, una localización menos adaptada para este tipo de intervención.

4.5.2.1. SESIÓN TIPO Y PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Tras la finalización del proceso de evaluación se elaboró un cuaderno de campo, simultáneamente al desarrollo de las sesiones, donde fueron recogidas todas las actividades así como posibles incidencias que surgieran. Los datos se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Sesión tipo

SESIÓN TIPO
Presentación (7')
Desarrollo de las actividades (30')
Actividad 1 (10')
Actividad 2 (10')
Actividad 3 (10')
Despedida (7')

Tabla 2. Cronograma del estudio

SESIÓN 1		SESIÓN 2	
<i>G1: 28/10/2019</i>	<i>G2: 30/10/2019</i>	<i>G1: 30/10/2019</i>	<i>G2: 06/11/2019</i>
1ª actividad: Completa la frase		1ª actividad: Ver, oír y comer (10 min)	
2ª actividad: Bingo de Letras		2ª actividad: Ordenafrase (10 min)	
3ª actividad: ¿Cuántas recuerdas?		3ª actividad: Adivinanzas (10 min)	
INCIDENCIAS		INCIDENCIAS	
Una de las pacientes faltó ese día pero recuperó la sesión el 20/11/2019.			Una de ellas inició la sesión con retraso pero después se alargó para ella.
SESIÓN 3		SESIÓN 4	
<i>G1: 04/11/2019</i>	<i>G2: 13/11/2019</i>	<i>G1: 06/11/2019</i>	<i>G2: 20/11/2019</i>
1ª actividad: Conocimiento general		1ª actividad: Juego de sílabas	
2ª actividad: ¿Qué llevarías de viaje?		2ª actividad: Encuentra el intruso	
3ª actividad: Sopa de letras		3ª actividad: Ordenamos palabras	
SESIÓN 5		SESIÓN 6	

<i>G1: 11/11/2019</i>		<i>G2: 27/11/2019</i>		<i>G1: 13/11/2019</i>		<i>G2: 04/12/2019</i>	
1ª actividad: Asociación Imagen-Texto				1ª actividad: Ejercicio de memoria			
2ª actividad: Dominó				2ª actividad: Refranes			
3ª actividad: Marca las horas				3ª actividad: Descripciones			
<i>INCIDENCIAS</i>				<i>INCIDENCIAS</i>			
Falló una de las pacientes que recuperó el 27/11/2019.		Faltó una de las pacientes que recuperó el 02/12/2019.				La actividad 3 no se realizó porque una paciente se ausentó.	
SESIÓN 7				SESIÓN 8			
<i>G1: 18/11/2019</i>		<i>G2: 11/12/2019</i>		<i>G1: 20/11/2019</i>		<i>G2: 18/12/2019</i>	
1ª actividad: Completa palabras				1ª actividad: Juego del Ahorcado			
2ª actividad: Deletreo				2ª actividad: Falta uno			
3ª actividad: ¿Qué animal es?				3ª actividad: Recetas de cocina			
SESIÓN 9				SESIÓN 10			
<i>G1: 25/11/2019</i>		<i>G2: 23/12/2019</i>		<i>G1: 27/11/2019</i>		<i>G2: 30/12/2019</i>	
1ª actividad: Ejercicio de razonamiento				1ª actividad: Memory			
2ª actividad: Hay uno repetido				2ª actividad: Ordenamos la compra			
3ª actividad: ¿Qué preguntan?				3ª actividad: ¿En qué se parecen?			
<i>INCIDENCIAS</i>				<i>INCIDENCIAS</i>			
En ambos grupos surgieron dificultades en la realización del ejercicio 3, por lo que hubo que implementar una serie de ayudas.						Necesitaron ayudas para realizar la actividad 1.	
SESIÓN 11				SESIÓN 12			
<i>G1: 02/12/2019</i>		<i>G2: 22/01/2020</i>		<i>G1: 04/12/2019</i>		<i>G2: 29/01/2020</i>	
1ª actividad: PASAPALABRA				1ª actividad: ¡Ojo al cocinero!			
2ª actividad: Dame una solución				2ª actividad: Análogos			
3ª actividad: ¿Qué encontramos?				3ª actividad: Recordemos			
SESIÓN 13				SESIÓN 14			
<i>G1: 11/12/2019</i>		<i>G2: 05/02/2020</i>		<i>G1: 11/12/2019</i>		<i>G2: 12/02/2020</i>	
1ª actividad: Conecta 4				1ª actividad: Juego de dados			
2ª actividad: Inclusiones				2ª actividad: ¡Hazlo con un verbo!			
3ª actividad: Preguntas de comprensión				3ª actividad: Palabras encadenadas			
<i>INCIDENCIAS</i>				<i>INCIDENCIAS</i>			

Una de las integrantes se ausentó y recuperó el 18/12/2019.		Una de ellas no pudo asistir y recuperó la sesión el día 18/12/2019.	
SESIÓN 15		SESIÓN 16	
G1: 16/12/2019	G2: 19/02/2020	G1: 18/12/2019	G2: 25/02/2020
1ª actividad: ¡Descubre la frase oculta!		1ª actividad: Encuentra las 7 diferencias	
2ª actividad: Encadenados		2ª actividad: ¡Construye un mapa!	
3ª actividad: Palabras polisémicas		3ª actividad: ¿Tienen sentido?	
SESIÓN 17		SESIÓN 18	
G1: 23/12/2019	G2: 03/03/2020	G1: 23/12/2019	G2: 09/03/2019
1ª actividad: Busca y encuentra		1ª actividad: ¡Alto el lápiz!	
2ª actividad: Siluetas		2ª actividad: Forma 8 palabras	
3ª actividad: Ejercicio de memoria		3ª actividad: Descifra el mensaje	
SESIÓN 19		SESIÓN 20	
G1: 30/12/2019	G2: 10/03/2020	G1: 30/12/2019	G2: -
1ª actividad: Descripciones		1ª actividad: Absurdos lógicos	
2ª actividad: Datos fonéticos		2ª actividad: Tres ingredientes	
3ª actividad: ¿Por qué no?		3ª actividad: Guerra de Barcos	
<i>INCIDENCIAS</i>		<i>INCIDENCIAS</i>	
	La sesión mantuvo su estructura pero los tiempos son más reducidos.		Este grupo no realizó la sesión final por causas ajenas a las pacientes.

Como se puede observar en las fechas de las sesiones se produjo una interrupción en la intervención entre el día 31/12/2019 y el día 20/01/2020. Durante este período que abarca unas dos semanas tuvieron lugar los exámenes del primer cuatrimestre en la Universidad y como estudiante no pude compaginar ambas tareas. Tras esta interrupción, la intervención se recuperó en el punto exacto donde quedó cada grupo, de forma que continuó su curso habitual sin ningún cambio a mayores.

La otra alteración que encontramos en el estudio fue la declaración del estado de alarma a causa de la pandemia de Covid-19 que interfirió de manera directa paralizando el proceso de

intervención. Por esta razón el grupo 2 hubiera recibido su sesión nº 19 el día 16/03/2020 y la sesión final el día 23/03/2020. Ante la suspensión de las prácticas decidí adelantar la sesión 19 al 10/03/2020 para acercar al máximo las sesiones entre ambos grupos y la sesión nº 20 tuvo que ser suprimida para poder realizar las evaluaciones finales de dicho grupo.

4.5.2.2. ACTIVIDADES.

Una parte fundamental de la intervención son las actividades ya que suponen el instrumento a través del cual vamos a trabajar para conseguir los objetivos que se han propuesto. La selección de estas actividades se basó en la observación llevada a cabo durante mi periodo de prácticas, escogiendo las que más se podían ajustar a las metas del estudio.

La mayoría de las actividades estaban diseñadas para trabajar en parejas, de tal manera que si alguna paciente no podía participar en la misma sería yo, como logopeda, el que asumiría el papel del otro participante para el correcto desarrollo del ejercicio. Las actividades que tienen una metodología individual se trabajaban por turnos o por apartados.

Todos los ejercicios estimulaban las funciones cognitivas siempre desde un enfoque lingüístico. En todos ellos un requisito imprescindible fue el uso del lenguaje.

Para denominar de una forma más clara y rápida los objetivos trabajados en cada actividad vamos a utilizar el orden numérico propuesto en el apartado 2. Objetivos.

Tabla 3. Programa de actividades por sesiones

SESIÓN	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	Completa la frase: Se presentan un total de diez frases diferentes, de las cuales solo encontramos el inicio (normalmente el sujeto de la oración) y las pacientes van a completar estas frases con un sentido.	2 y 4.
	Bingo de letras: Entregamos un cartón de bingo a cada participante en el que aparecen 8 letras y un dibujo que empieza por cada letra. Posteriormente el logopeda irá sacando una serie de letras aleatorias y si las pacientes poseen dicha letra en su cartón la taparán. Para ello, primero tienen	1, 3 y 5.

	que denominar el dibujo y después añadir otra palabra que comience por la letra en cuestión.	
	¿Cuántas recuerdas? Las participantes cuentan con un tiempo determinado para visualizar por orden unas imágenes que contienen un gran conjunto de elementos. Por turnos preguntaremos cuántas son capaces de enumerar. Finalmente repetiremos el proceso para que vean aquellas que no han dicho y puedan aumentar su número de aciertos.	1.
2	Ver, oír y comer: Estos verbos aparecen representados en diferentes escenas con uno o varios personajes. Las pacientes tendrán que describir las acciones que transcurren en la escena a través de oraciones con sentido.	1, 2 y 4.
	Ordenafrase: Aparecen los elementos que forman una frase pero en orden incorrecto de tal manera que la frase al ser leída no tiene sentido. A modo de ayuda se les proporciona el inicio de la frase.	2 y 4.
	Adivinanzas: Acertijos presentados en Power Point que el logopeda leerá en voz alta y ellas por turnos deberán acertar el objeto, animal, instrumento, persona, etc. al que se refiere. En caso de resultar muy difícil podemos ofrecer una pequeña pista visual a través de imágenes (que incluye en Power).	1, 3 y 5.
3	Conocimiento general: Se trata de oraciones incompletas a en las que falta una parte que supone una respuesta específica refiriéndose por ejemplo a capitales de países, fechas históricas, etc.	2 y 6.
	¿Qué llevarías de viaje?: Deben elegir un lugar donde irse de vacaciones y posteriormente hacer la maleta adecuada para ir a ese sitio. La maleta debe contener al menos cinco objetos y deben ser coherentes con el lugar escogido para el viaje.	1, 4 y 6.

	Sopa de letras: Tienen que buscar una serie de palabras tras unir diferentes letras que se encuentran dispuestas de manera aleatoria. Las palabras se encuentran en forma de dibujos que tienen que denominar en primer lugar y después buscarlas en la sopa.	1 y 6.
4	Juego de sílabas: Las tarjetas se sitúan en el centro de la mesa y cada paciente levantará una por turnos, cada tarjeta incluye unas consignas como “empieza por...”, “contiene la...”, “termina por....”. Las pacientes leerán dicha consigna para formar palabras de forma aleatoria y con sentido.	1 y 3.
	Encuentra al intruso: Ofrecemos varias listas de palabras pertenecientes a un campo semántico diferente pero en cada lista hay un elemento que no guarda relación con el resto de su grupo. Les leeremos la lista completa y ellas deberán encontrar la palabra intrusa y explicar por qué descartan esa palabra.	5 y 6.
	¡Ordenamos las palabras!: Disponemos de una serie de palabras desordenadas que al darlas un orden lógico permiten la formación de una oración con sentido completo.	2 y 4.
5	Asociación Imagen-Texto: Ocho imágenes repartidas en dos columnas y una tercera columna situada entre estas dos con definiciones de las imágenes de los laterales. Las pacientes eligen una definición y la unen a la imagen que creen que corresponde, siempre después de denominarla.	1 y 6.
	Dominó de imágenes: Las imágenes vienen por parejas de tal manera que cada ficha se tiene que unir con su igual. Al colocar una ficha cada paciente debe decir en voz alta la pareja que ha creado y la nueva imagen que ha quedado sin emparejar.	1 y 6.
	Marcamos las horas: Les proporcionamos cuatro relojes y encima de cada uno de ellos una pregunta: ¿a qué hora comes?, ¿a qué hora desayunas?, ¿a qué hora cenas? y ¿qué	6.

	hora es ahora mismo? Las pacientes responderán en voz alta cada una de ellas y posteriormente dibujarán las dos manecillas para indicar la hora requerida.	
6	Ejercicio de memoria: El logopeda va a leer en voz alta y clara un texto breve, las veces que sea necesario. Posteriormente vamos a pasar a comentar datos significativos del texto para apoyar su recuerdo y por último se realizan una serie de preguntas para conocer el grado de comprensión.	4, 5 y 6.
	Refranes: Consiste en completar estructuras sintácticas pero aprovechando determinadas oraciones que el paciente ya tiene automatizadas e interiorizadas como los refranes.	1, 2, 5 y 6.
	Descripciones: Una única imagen donde aparecen tres personajes diferentes realizando acciones también distintas. Las pacientes tienen que describir estos personajes físicamente y después las acciones que están realizando dentro de sus respectivos contextos.	1, 2, 4 y 6.
7	Completa palabras: Tenemos dos columnas de palabras que aparecen incompletas porque existen unos huecos en blanco que sustituyen algunas de sus letras. Las pacientes deben adivinar esas letras para poder formar una palabra.	1 y 6.
	¿Qué animal es?: El ordenador reproducirá el sonido que emiten diferentes animales y las pacientes deberán adivinar cuál es. Cuando no acierten el sonido, se les mostrará una imagen del animal en cuestión como ayuda.	1, 5 y 6.
	Deletreo: El logopeda seleccionará diferentes palabras (jugando con el nivel de dificultad según crea conveniente) y las pacientes las deberán deletrear.	1, 5 y 6.
	El ahorcado: El logopeda piensa una palabra y por turnos las pacientes irán diciendo posibles letras que pertenecen a dicha palabra. Si aciertan se colocarán las letras en los huecos	1, 3 y 6.

	correspondientes y si fallan el logopeda irá sumando un trazo al dibujo del ahorcado. La finalidad es adivinar la palabra antes de que el dibujo del ahorcado se complete.	
8	Falta uno: El ordenador muestra una secuencia de cuatro objetos, posteriormente uno de ellos desaparecerá del conjunto inicial y ellas le deben nombrar.	1 y 6.
	Recetas: La forma de preparación de un bizcocho, por un lado los ingredientes y por otro el procedimiento. Posteriormente realizaremos una serie de preguntas y pediremos un resumen de la receta con sus propias palabras.	2, 4, 5 y 6.
	Ejercicio de razonamiento: Conjunto de preguntas a modo de acertijos sencillos donde deben dar una respuesta lo más próxima a la real. No son preguntas de sí o no, deben desarrollar su respuesta.	2, 4, 5 y 6.
9	Hay uno repetido: En la pantalla del portátil aparecerán un conjunto de elementos de los cuales hay uno que se encuentra dos veces, el paciente debe identificarlo y decirlo en voz alta para pasar al siguiente nivel. Como ellas no manejan el ratón se las pedirá además de identificar el objeto, describir su situación nombrado objetos cercanos.	1 y 6.
	¿Qué preguntan?: El ordenador proporciona por turnos una serie de respuestas bastante concisas, las pacientes deberán formular una pregunta adecuada para dicha respuesta y que guarde un sentido.	1, 5 y 6.
	Memory: Conjunto de tarjetas que se agrupan por parejas y que se presentan a las participantes dadas la vuelta. Ellas podrán levantar dos tarjetas por turno y si son pareja anotarán un punto a su favor, si no aciertan devolverán las tarjetas a su posición inicial. Cada tarjeta que sea dada la vuelta deberá ser denominada en voz alta.	1, 5 y 6.

10	Ordenamos la compra: Disponemos de una secuencia de acciones desordenadas en referencia a la actividad cotidiana de ir a la compra. Deben situar esta secuencia en el orden que ellas consideren más correcto.	2 y 4.
	¿En qué se parecen?: Aparecen dos imágenes en la pantalla del ordenador que guardan una o más relaciones entre ellas, en cuanto a color, forma, utilidad, etc. Las pacientes deben denominar cada objeto y ser capaces de extraer esta relación.	1, 2 y 6.
11	Pasapalabra: Como en el concurso de televisión, cada paciente forma un grupo diferente y tenemos una especie de “rosco” en el que hay que responder preguntas en torno a una letra en concreto.	1, 3, 5 y 6.
	Dame una solución: Encontramos una serie de supuestos y una pregunta final. Las participantes deben abstraerse e imaginar dicha situación para poder dar una respuesta a la pregunta en función de lo que ellas hayan imaginado, por tanto no hay una respuesta cerrada.	2, 4 y 6.
	¿Qué podemos encontrar?: Disponemos de cuatro establecimientos/tiendas que tendrán que nombrar en primer lugar a través de una imagen y posteriormente citar una lista de productos que se pueden adquirir en las mismas.	1 y 6.
12	¡Ojo al cocinero!: En el ordenador aparecerán seis imágenes con el dibujo de un cocinero sujetando una bandeja en cada mano. Cada bandeja contiene diferentes alimentos. Daremos unos minutos para que intenten memorizar el mayor número de alimentos posibles para después nombrarlos en voz alta.	1 y 6.
	Análogos: Completarán frases siguiendo una relación lógica que existe entre dos elementos. Todas ellas siguen una estructura similar de comparación entre dos objetos, por ejemplo “ <i>pelo es a perro como pluma a pollo</i> ”.	1, 2, 4 y 6.

	¡Recordemos!: Las pediremos que relaten con sus propias palabras un hecho importante, puede ser de sus vidas personales o algún hecho histórico importante que seleccionen. El logopeda podrá intervenir para dirigir el discurso en caso de que se desvíe, a través de preguntas.	1, 2, 3, 4, 5 y 6.
13	Conecta 4: La metodología de juego es igual que el juego original, pero en este el tablero es una ficha en el que cada casilla que se tapa con fichas son dibujos de una temática determinada. La seleccionada para esta actividad fue elementos del baño.	1 y 6.
	Inclusiones: Tenemos tres filas de palabras ordenadas por inclusión, es decir la primera palabra incluye a una de la segunda y así respectivamente con la tercera. Las pacientes deben encontrar las palabras que guardan esta relación expresándolo a través de frases.	2, 4 y 6.
	Preguntas de comprensión: Preguntas de razonamiento que requieren un proceso de memoria por parte de los participantes, son preguntas de opción múltiple.	1, 5 y 6.
14	Juego de dados: Un tablero de casillas, donde el objetivo es llegar a la meta antes que tu rival gracias a los números que obtienes tras lanzar el dado por turnos. En este tablero cada casilla tiene representada una imagen real que tienen que denominar de forma correcta para poder avanzar.	1 y 6.
	¡Hazlo con un verbo!: Ofrecemos de forma verbal una serie de definiciones a las pacientes y ellas van a tener que decirnos a qué verbo nos referimos. También podemos dar por válido algún sinónimo de la palabra en cuestión.	1, 3, 5 y 6.
	Palabras encadenadas: La última sílaba de la palabra dicha tiene que ser la sílaba de la inicial de la siguiente palabra a	1 y 6.

	decir, formando así una secuencia de palabras lo más larga posible.	
15	¡Descubre la frase oculta! : Tenemos una serie de dibujos en un orden determinado. Las participantes deben denominarlos y la primera sílaba de cada dibujo forma una frase con sentido que representa el mensaje oculto.	1, 2 y 6.
	Encadenados : Es una variación de las palabras encadenadas, en la que el hilo conductor no son las sílabas iniciales y finales sino una característica en común entre los dos elementos.	1, 3 y 6.
	Palabras polisémicas : Deben dar diferentes definiciones para palabras polisémicas y después explicar en cada contexto qué significado adquieren. Si lo necesitaran podemos buscar unas imágenes que ayuden a la comprensión.	1, 2 y 4.
16	Encuentra las diferencias : Un grupo de imágenes divididas en parejas, cada pareja son imágenes prácticamente iguales pero presentan 7 diferencias que las pacientes deben encontrar y nombrar.	1 y 6.
	Construye el mapa : En unos folios en blanco con la ayuda de unos bolígrafos van a dibujar el plano de una ciudad con edificios simbólicos a través de las indicaciones del logopeda. Finalmente les haremos preguntas sobre la situación de edificios determinados.	1, 5, y 6.
	¿Tienen sentido? : Leemos una serie de frases en voz alta y las pacientes deberán decir si tienen sentido o no, en caso de no tenerlo van a reformular la frase para dárselo.	2, 4 y 5.
	Busca y encuentra : Tenemos diferentes tarjetas con un conjunto de elementos, cada uno de ellos guarda únicamente un elemento en común con el resto. Las pacientes deben encontrar ese elemento en común.	1 y 6.

17	Ejercicio de memoria: El logopeda lee un texto aleatorio, posteriormente lo leen las pacientes para asegurar su comprensión. Finalmente se las realizarán unas preguntas para valorar el grado de comprensión.	2, 5 y 6.
	Siluetas: Se trata de adivinar los elementos que esconde cada sombra o silueta tras de sí.	1 y 6.
18	¡Alto el lápiz! El logopeda selecciona una letra y las pacientes enumeran en voz alta un animal, nombre, cosa, ciudad y comida que empiecen por esa letra.	1, 3 y 6.
	Forma 8 palabras: Presentan 8 sílabas cada una en un cuadrado diferente, colocando estos cuadrados en posiciones distintas pueden formar variedad de palabras con sentido.	1 y 6.
	Descifra el mensaje: Tenemos un código numérico en el que cada letra equivale a un número. Gracias a esta correspondencia los sujetos podrán descubrir una frase oculta tras una secuencia de números.	2 y 6.
19	Crea una descripción: A partir de una imagen deben describir dos objetos que aparecen pero también añadir algo de información que ellas mismas se inventen, no sirve relatar simplemente lo que observan.	1, 2, 4 y 6.
	Dados fonéticos: Un tablero con casillas que contienen imágenes, al lanzar dos dados obtienen dos números que señalan la casilla que deben describir.	1 y 6.
	¿Por qué no?: Encontramos una serie de frases con acciones imposibles o prohibidas y las pacientes deben ver por qué no está permitido y rehacer la frase para que sea posible.	2, 4, 5 y 6.
	Absurdos lógicos: Leemos una serie de oraciones en las que falla el tiempo verbal, el género o número del sujeto, etc. Diferentes irregularidades que las pacientes deben encontrar y posteriormente reformular la oración de forma correcta.	2, 4, 5 y 6.

20	Tres ingredientes: Otorgamos diferentes recetas de alimentos a las pacientes y por turnos nos dirán al menos tres ingredientes que se necesiten para su elaboración.	1, 3 y 6.
	Guerra de barcos: Como el juego de hundir la flota, pero los números y letras para denominar una casilla son sustituidas por dibujos y sílabas.	1 y 6.

4.5.3. EVALUACIÓN FINAL.

Tras dar por concluido el período de intervención avanzamos a la última fase de nuestro estudio, la evaluación final. Vamos a obtener unos resultados cuantitativos que nos van a permitir ver el grado de consecución de nuestros objetivos generales y la finalidad del proyecto. Estos resultados nos los aportó de nuevo la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (NEUROBEL) donde pudimos ver el avance tanto en la expresión como en la comprensión de las participantes.

Como hemos mencionado anteriormente, se realizó una entrevista final a las pacientes, manteniendo la estructura de la inicial pero con una serie de modificaciones que nos permitió observar su grado de satisfacción y si habían experimentado las mejoras del tratamiento en su vida diaria.

5. RESULTADOS.

Para poder realizar un análisis de los resultados vamos a pasar a denominar a cada paciente con una letra específica, de esta manera evaluaremos su progresión a lo largo de todo el proceso de una forma individual. En la tabla 4 se recogen las diferentes pacientes así como la metodología del grupo al que pertenecen.

Tabla 4. Agrupaciones y metodología de investigación

GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO CONTROL	
<i>2 sesiones semanales</i>		<i>1 sesión semanal</i>		<i>No reciben i. logopédica</i>	
Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D	Paciente E	Paciente F

5.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS.

De forma general podemos destacar los siguientes datos:

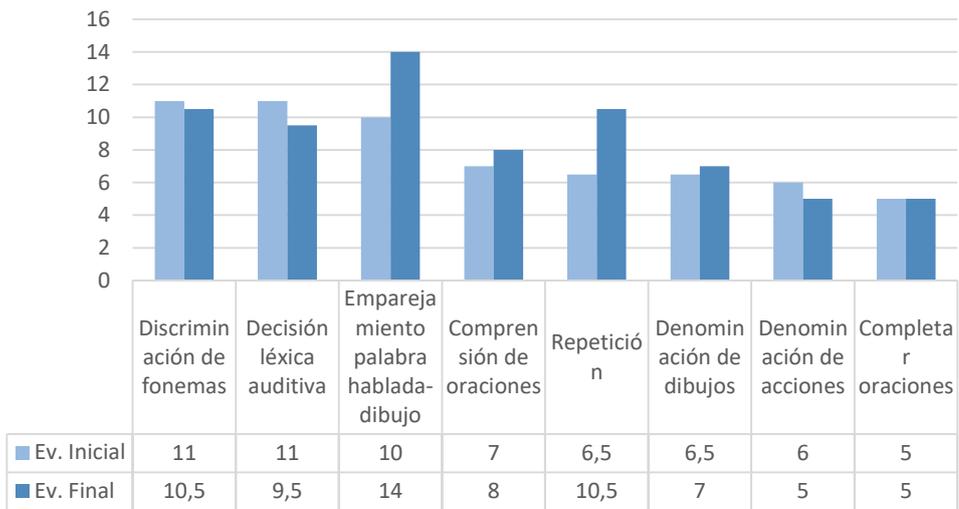
- En primer lugar observamos que las puntuaciones de las pacientes reflejan un nivel adecuado para su edad en torno a 50 y 60 puntos sobre 100 aproximadamente. Estos valores se incrementan en las pacientes A, B y D; se mantienen estables en las pacientes C y F, mientras que en la paciente E hay un claro descenso de las mismas.
- El conjunto de subpruebas de comprensión obtiene en ambas evaluaciones unos valores más altos.
- Los resultados de la expresión son más bajos pero debemos tener en cuenta que son los que experimentan un progreso mayor en la evaluación final y acercándose a los valores de la comprensión.
- Las subpruebas que muestran una mayor dificultad para el conjunto de las pacientes son la comprensión de oraciones en el apartado de comprensión y completar frases en la parte de expresión.

A continuación, en la tabla 5 se refleja la progresión a nivel general del lenguaje de las pacientes. El resultado mostrado es la suma total de todas las puntuaciones obtenidas en las diferentes subpruebas sobre 100. Posteriormente en las gráficas se presenta un análisis más detallado, que se encuentra estructurado en función de las subpruebas de expresión y comprensión de la prueba NEUROBEL.

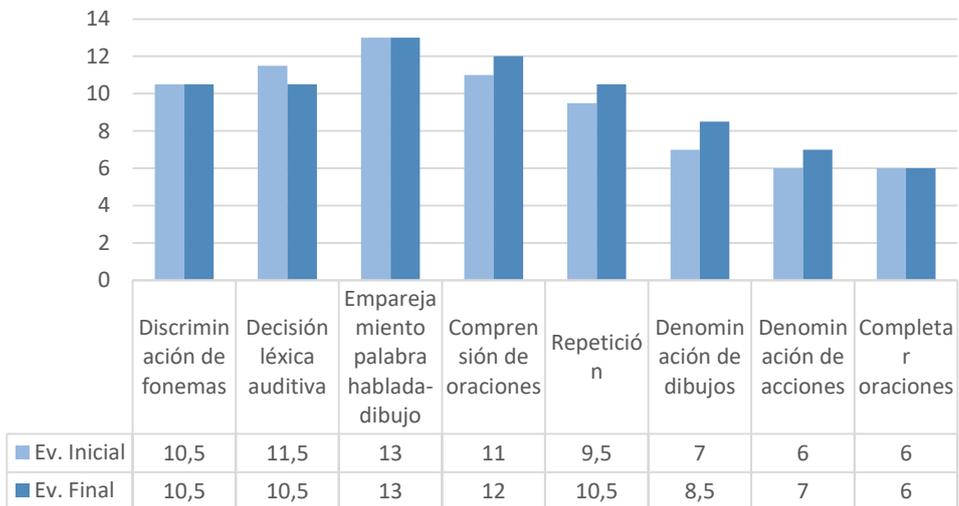
Tabla 5. Puntuación total de las participantes en NEUROBEL

Paciente A		Paciente B		Paciente C		Paciente D		Paciente E		Paciente F	
<i>E.I</i>	<i>E.F</i>										
63	69,5	74,5	78	56,5	55,5	65	68,5	55,5	44	63	62

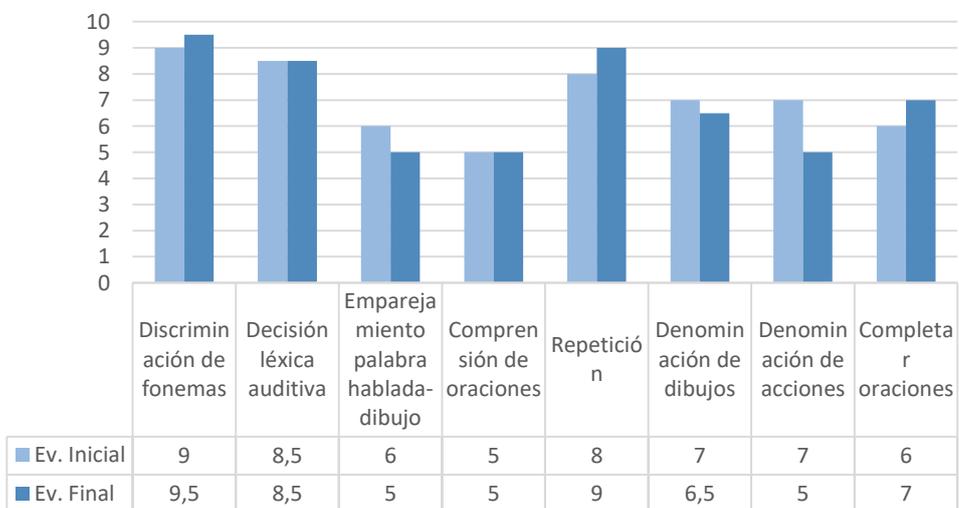
PACIENTE A

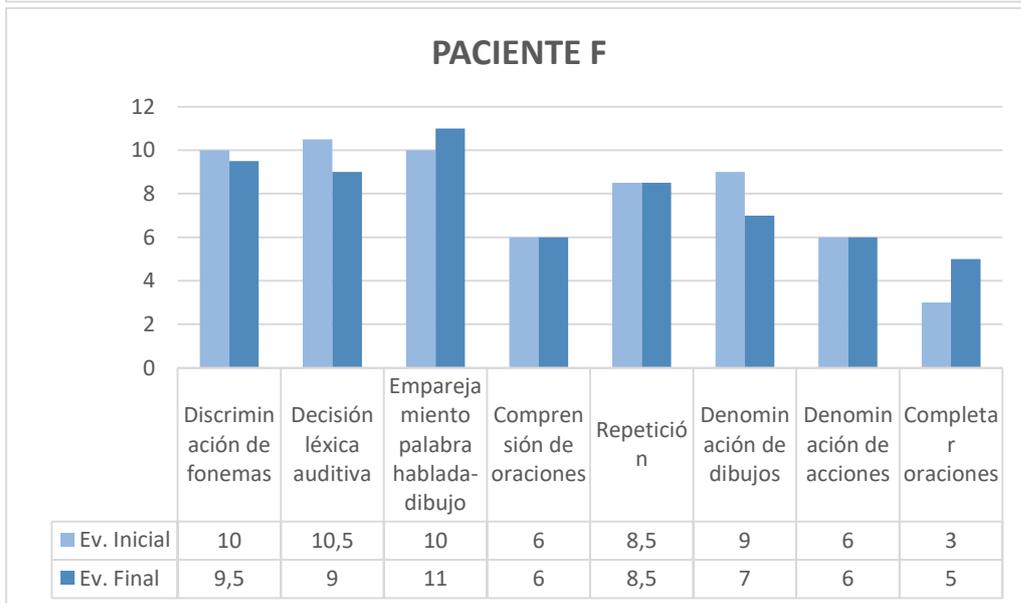
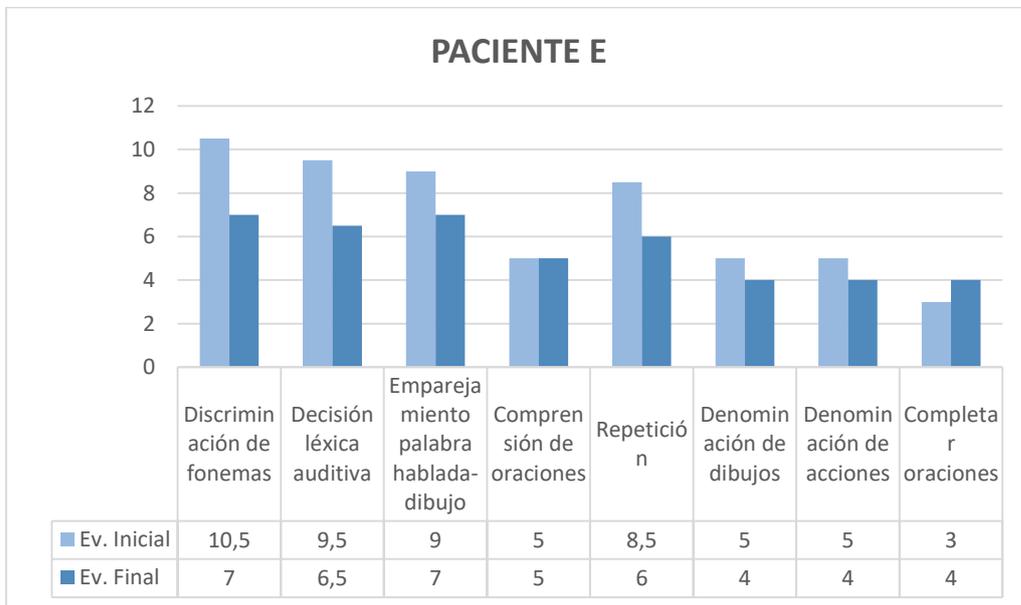
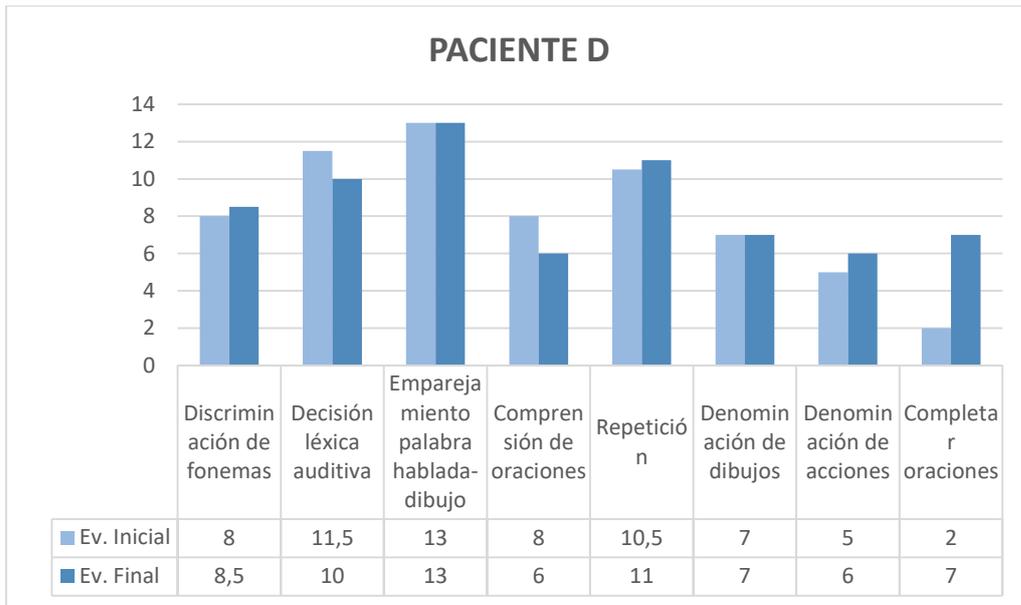


PACIENTE B



PACIENTE C





5.2. RESULTADOS CUALITATIVOS.

En un principio la entrevista inicial y la final iban encaminadas a la recopilación de información y establecimiento del grado de satisfacción de las pacientes, respectivamente, podemos extraer unos datos cualitativos que son interesantes para el estudio.

En la **entrevista inicial** preguntamos sobre su percepción de su lenguaje y en sus respuestas observamos una clara división entre la mitad del grupo que piensa que su lenguaje es correcto, y la otra mitad que sí refiere dificultades a la hora de expresarse. Podemos comprobarlo a través de algunas de sus respuestas como:

¿Piensas que tu lenguaje es correcto? Y ¿Por qué?

- Paciente A: Bien, bien no, porque a veces hay cosas que no me acuerdo.
- Paciente D: Más bien a medias.
- Paciente E: No, realizo cosas que no.

Es interesante la respuesta que ofreció la paciente A, ya que hace referencia a primeros olvidos que podemos encuadrar dentro del PDL.

Posteriormente, en la **evaluación final**, se reformuló la cuestión y todas las pacientes que recibieron intervención logopédica se mostraron unánimes, incluyendo aquellas que en la evaluación inicial refirieron dificultades. A continuación recogemos sus respuestas:

¿Piensas que tu lenguaje ahora es más correcto que cuando empezamos? Y ¿Por qué?

- Paciente A: Sí, he mejorado.
- Paciente D: Sí pero no más porque ya era bueno.

Dentro de las integrantes del grupo control no observamos esa percepción de mejora que sí han experimentado sus compañeras. Sus réplicas fueron:

- Paciente E: Bueno seguramente que no. No estás a ello.
- Paciente F: Para mí fácil. Yo creo que es claro, tengo buen pronunciamiento.

El lenguaje de la paciente E como vemos ya es un lenguaje vacío, sus respuestas en muchas ocasiones no tienen sentido.

En relación a estas preguntas anteriores en la **evaluación final**, únicamente de los grupos 1 y 2, se les consultó su opinión en torno a las actividades que componen la intervención. De nuevo todas ellas coincidieron en darnos una respuesta afirmativa citando cierto progreso en áreas como la memoria y la comunicación como podemos observar en:

¿Crees que las actividades que hemos realizado han aportado algo a tu vida diaria, en tu caso particular, en este centro?

- Paciente A: Pues sí, a veces con mi compañera hablamos de tus clases.
- Paciente B: Me han facilitado el recordar cosas, su nombre y utilidad.

Finalmente podemos extraer algunos resultados concluyentes de la última pregunta incluida en **ambas entrevistas**. En los encuentros iniciales se limitaron a otorgar una puntuación en ocasiones aleatoria e influida por la impresión causada por mi persona, ya que recordemos, que muchas de ellas no conocían la Logopedia.

Mientras que en las evaluaciones finales sí que se aventuraron a darme una explicación que acompañara a la puntuación. Podemos verlo en algunas de sus respuestas:

¿Cuál es tu valoración sobre la Logopedia del 1 al 10? (Siendo 1 muy desfavorable y 10 muy favorable)

- Paciente B: Un 10. Han sido de valor.
- Paciente D: Con un 9. Me gusta mucho y has sido muy bueno.
- Paciente E: 7. Es más cosa tuya porque me gusta mucho lo que hacemos aquí.

De nuevo las puntuaciones otorgadas en la evolución final son superiores a las que dieron en un inicio, debemos tener en cuenta que pueden atribuirse a la relación afectivo emocional establecida entre el profesional y las pacientes tras este largo tiempo de trabajo. Sin embargo este aspecto sería positivo ya que una buena relación es importante en la consecución de los objetivos propuestos.

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.

Para comenzar este apartado es necesario retomar el objetivo general que se propuso al inicio del estudio y ver el grado de consecución del mismo.

Consideramos nuestro objetivo *comprobar los beneficios de la terapia logopédica sobre pacientes con DCL con la única diferencia sobre su temporalización y más concretamente sobre la frecuencia de las sesiones* fue alcanzado de manera satisfactoria.

La **primera conclusión** y una de las más importantes, apoyada sobre los resultados tanto cualitativos como cuantitativos, es que las pacientes que recibieron tratamiento logopédico han experimentado un desarrollo en sus capacidades de comunicación y lenguaje. Y dentro

de los mismos se señala como opción más beneficiosa, para pacientes con DCL, una terapia con mayor frecuencia de sesiones semanales.

El Estudio Longitudinal Donostia (Yanguas, Buiza, Etxeberria, Galdona, González, Arriola, et al., 2006, citado en Facal, González, Buiza, Laskibar, Urdaneta y Yanguas, 2009) nos confirma con su investigación que la elección más recomendada es una intervención logopédica más extensa en lo referido a duración y frecuencia de las sesiones de la misma forma que sucede en nuestro grupo 1.

En relación a los objetivos específicos que componen la intervención logopédica, podemos extraer una **segunda conclusión**. Los resultados señalaron que los beneficios de la intervención fueron mayores en el grupo 1 frente al grupo 2 y el grupo control, en ese orden, ya que no solo se mantuvieron sus valores sino que se incrementaron considerablemente para lo esperado dentro del deterioro cognitivo.

Estos datos coinciden en parte con lo establecido por el Estudio Longitudinal Donostia (Yanguas, Buiza, Etxeberria, Galdona, González, Arriola, et al., 2006, citado en Facal, González, Buiza, Laskibar, Urdaneta y Yanguas, 2009), el cual recoge que en los estadios GDS 3 y 4 (equivalentes al DCL de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, seleccionada para este estudio) no había diferencias entre los resultados pre y postest.

- Nuestro **grupo 1** no se englobaría dentro de esta afirmación ya que ellos no solo han mantenido el nivel pretest sino que han sido capaces de incrementarlo.
- En el **grupo 2**, las participantes fueron capaces de mantener dichos valores, en este grupo la labor logopédica pudo servir para frenar el avance del deterioro y mantener las capacidades lingüísticas de las participantes. Este hecho debe ser considerado como un gran avance entre los pacientes con DCL de acuerdo con lo establecido por autores como López, Cánovas y Aranda (2019).
- El **grupo control** es el más afectado y por tanto se confirma la relación directa entre la falta de intervención logopédica y la regresión de facultades del lenguaje, tanto en comprensión como en expresión. Además, en este conjunto encontramos las dos posibilidades de evolución que se presentan en el marco teórico: bien el mantenimiento de las capacidades cognitivas o bien que el deterioro siga su curso hacia estados más graves de la enfermedad, pudiendo derivar en EA.

En resumen, la logopedia es una herramienta necesaria para mantener la calidad del lenguaje y por ende de la comunicación de los sujetos con DCL.

La **tercera conclusión** que podemos deducir gracias a los valores proporcionados por la prueba NEUROBEL es que en los pacientes con DCL, la comprensión permanece más preservada que la expresión aún en las evaluaciones finales. Por ello, quizás en futuras intervenciones la expresión debería adquirir un mayor peso en cuanto a frecuencia de trabajo se refiere.

Esto concuerda con la versión del autor Hernández Jaramillo (2010), quien establece que los primeros indicios del DCL se corresponden a déficits en la comunicación. A su vez Subirana, Bruna, Puyuelo y Virgili (2009) señalan que los problemas en el lenguaje corresponden a estadios más graves de deterioro y sobre todo indicadores de EA (citado en González, Mendizábal, Jimeno y Sánchez, 2019).

Una vez resaltadas las conclusiones vamos a señalar los **puntos que considero más fuertes y/o limitaciones** del trabajo.

Un **punto fuerte** es la selección de las actividades y es que a pesar de la gran cantidad de programas existentes para trabajar el deterioro cognitivo, no se siguió ninguno de ellos. Se optó por un modelo libre donde los ejercicios fueron extraídos de diferentes guías de estimulación, páginas webs, recursos digitales y materiales o juegos manipulables. Esta decisión corresponde a un deseo de llevar a cabo dinámicas diferentes en el proceso para obtener unos mejores resultados.

Además, los ejercicios se seleccionaban cada vez que finalizaba una semana. De esta manera adquirirían un carácter temporal permitiendo una adaptación mayor a las necesidades particulares de cada grupo, en función de si aceptaban o entendían los ejercicios se podía elevar o rebajar su dificultad.

Por otra parte debemos tener en cuenta una **serie de limitaciones** que a pesar del éxito del estudio fueron surgiendo a lo largo de su desarrollo.

- Los principales inconvenientes surgieron a causa de la pandemia del virus Covid-19 y repercutieron de manera directa sobre la temporalización del grupo 2. El número de sesiones se intentó ajustar al diseño inicial y terminar el estudio con una sesión menos en dicho grupo para que los resultados no se alteraran.
- Otro aspecto que ya fue mencionado en el apartado 3.2. es la diferencia de los lugares donde se llevó a cabo la intervención entre el grupo 1 y 2, siendo más adecuado el del grupo 1 por la privacidad e intimidad.

- El lugar de intervención del grupo 2 debemos tener en cuenta que afecta de forma directa al objetivo 5 (conservar la comprensión auditiva actual) ya que tuvo lugar en una sala común del centro donde permanecían tanto profesionales como otros residentes y la calidad acústica disminuía de forma evidente.
- En último lugar un aspecto que no se tuvo en cuenta y quizás debería haber sido un criterio de exclusión es presentar un diagnóstico de patologías asociadas, es decir, el diagnóstico de los participantes debía ser únicamente de DCL. Esto se debe a que la paciente C presenta DCL y también Enfermedad de Parkinson, la demencia asociada a Parkinson es una realidad y eso nos puede explicar los valores obtenidos por esta paciente ya que es la única de las que ha recibido intervención logopédica que no solo no ha mejorado sus resultados sino que únicamente hemos conseguido mantenerlos.

Para terminar me gustaría señalar unas **posibles líneas de trabajo en un futuro** relacionadas con el deterioro cognitivo. Como hemos visto uno de los principales indicadores de DCL son los problemas en la comunicación y en el caso de demencias más graves, el lenguaje.

Dado que los logopedas somos los responsables de la intervención de estas capacidades tenemos un importante papel que jugar en estas patologías y en su detección y sobre todo progresión. Corral, Rodríguez, Amenedo, Sánchez y Díaz (2006) establecen en los resultados de su investigación que la reserva cognitiva es un factor capaz de proteger al sujeto de la aparición de deterioro cognitivo, por tanto sería interesante descubrir si la reserva cognitiva junto a una terapia logopédica en pacientes sanos son suficientes para frenar la aparición de DCL, pudiendo mejorar con ello la calidad de vida de toda la población envejecida.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abarca, A. (s. f.). 9 letras. Recuperado 23 de septiembre de 2019, de <https://9letras.wordpress.com/>
- Adrián, J. A., Jorquera, J. y Cuetos, F. (2015). NEUROBEL: Breve Batería del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 35, 101-113.
- Álvarez, T. (2006). Estimulación del lenguaje en envejecimiento normal o deterioro cognitivo leve. Propuesta de programa de intervención. Universidad de Laguna. *Trabajo Fin de Grado en Logopedia*.
- Amor, M^a. S. y Martín, E. (2007). Deterioro cognitivo leve. Tratado de Geriátrica para residentes. *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)*, 16, 169-172.
- Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C., & Torrea, I. (s. f.). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria*. Recuperado 23 de septiembre de 2019, de https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf
- ARASAAC: Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa, Gobierno de Aragón (2017) [en línea]. Recuperado el 23 de octubre de 2019: <http://www.arasaac.org/>
- Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (2011). Cuadernos de ejercicios de estimulación cognitiva [en línea]. Recuperado el 23 de octubre de 2019: https://www.esteveagora.com/GetFichero.do?con=318&zon=5&fichero=Ar_1_5_318_DCR_3.pdf
- Corral, M., Rodríguez, M., Amenedo, E., Sánchez, J.L. y Díaz, F. (2006). Cognitive reserve, age, and neuropsychological performance in healthy participants. *Developmental Neuropsychology*, 29 (3), 479-491.
- Donoso, A., Venegas, P., Villarroel, C. y Vásquez, C. (2001). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39 (3), 231-238.
- Facal, D., González, M. F., Buiza, C., Laskibar, I., Urdaneta, E., y Yanguas, J.J. (2009). Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29, 4-12.

- González, E., Mendizábal, N., Jimeno, N., Sánchez, C. (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.
- Hernández- Jaramillo, J (2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. *Acta Neurológica Colombiana*, 26 (3), 101-111.
- Hopper, T., Douglas, N. y Khayum, B. (2015). Direct and Indirect Interventions for Cognitive- Communication Disorders of Dementia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 25, 142-157.
- Juncos-Rabadán, O., Facal, D., Álvarez, M. y Rodríguez, M. S. (2006). El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*, 18 (3), 501- 506.
- Juncos-Rabadán, O., Facal, D. y Rodríguez, N. (2008). El fenómeno de la punta de la lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28 (1), 28-33.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A.X., Facal, D. y Rodríguez, N. (2010). Una revisión de la investigación sobre el lenguaje en el DCL. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2(30), 73-83.
- Juncos-Rabadán, O. y Rozas, P. (2002). Problemas del lenguaje y la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, (8), 387-398.
- López, M., Cánovas, M. y Aranda, L. (2019). Evaluación de una intervención logopédica en pacientes con la enfermedad de Alzheimer en tratamiento colinérgico: Un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicológica Clínica*, 24, 39-48.
- Meléndez, J.C., Rodríguez, T. y Sales, A. (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 73-80.
- Ministerio de Sanidad de España (2018). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico do SNS - Tabla: Habitantes, envejecimiento e indicadores de bienestar según comunidad autónoma. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/gl/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla.htm>
- Molero, R. (2001). Intervención logopédica en la edad adulta tardía: estimulación y mantenimiento cognitivo. *Anales de Pedagogía*, 19, 115-138.

- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, M.T., Figuera, L., Labad, A. y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*, 17 (2), 250-256.
- Olthaf-Nefkens, M., Kruse, H., Derksen, E. de Swart, B., Nijhuis- van der Sanden, M., Kalf, J. (2018). Improving Communication between Persons with Dementia and their Caregivers: Qualitative Analysis of a Practice- Based Logopaedic Intervention. *Folia Phoniatria et Logopaedic*, 70, 124-133.
- Pérez, M^a. C. (2008). Aulapt.org. Blog de recursos para la elaboración de A. C. I. S [en línea]. Recuperado el 23 de octubre de 2019: <https://www.aulapt.org/category/logopedia/>
- Román, F. y Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 14 (1), 27-43.
- World Health Organization: WHO. (2019). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization: WHO. (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

8. ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA EVALUACIÓN INICIAL

Nombre:

Apellidos:

Fecha:

1. Dime tu nombre y apellidos completo
2. ¿Por qué ingresaste en este centro?
3. ¿Qué piensas que es la Logopedia?
4. ¿Tú que crees que vas a trabajar conmigo durante este tiempo? (Grupos 1 y 2)
5. ¿Piensas que tu lenguaje es correcto? ¿Por qué?
6. ¿Crees que tu lenguaje puede mejorar con la Logopedia?
7. ¿Cuál es tu valoración sobre la logopedia del 1 al 10? (Siendo 1 muy desfavorable y 10 muy favorable)

Anexo 2

ENTREVISTA EVALUACIÓN FINAL

Nombre:

Apellidos:

Fecha:

1. Dime tu nombre y apellidos completo
2. ¿Qué piensas ahora que es la Logopedia?
3. ¿Piensas que tu lenguaje ahora es más correcto que cuando empezamos? ¿Por qué?
4. ¿Crees que las actividades que hemos realizado han aportado algo a tu vida diaria, en tu caso en este centro?
5. ¿Cuál es tu valoración sobre la logopedia del 1 al 10? (Siendo 1 muy desfavorable y 10 muy favorable)