



Universidad de Valladolid

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Medicina

Grado en Logopedia

Trabajo Fin de Grado

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN EL
ENVEJECIMIENTO: DEL SALUDABLE AL
DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).
EVALUACIÓN Y PROTOCOLO
LOGOPÉDICO.**

Autora: ANDREA SÁNCHEZ CAMPO
Tutor: ENRIQUE GONZÁLEZ MARTÍN



ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	Pág. 3
INTRODUCCIÓN	Pág. 4
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	Pág. 5
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	Pág. 12
OBJETIVOS	Pág. 12
HIPÓTESIS	Pág. 12
METODOLOGÍA	Pág. 13
METODOLOGÍA DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	Pág. 13
METODOLOGÍA PRÁCTICA	Pág. 14
RESULTADOS OBTENIDOS	Pág. 18
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN ESTANDARIZADA	Pág. 18
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA	Pág. 24
PROTOCOLO DE EVALUACIÓN LOGOPÉDICA	Pág. 28
DISCUSIÓN	Pág. 30
CONCLUSIONES	Pág. 32
CONCLUSIONES	Pág. 32
RESOLUCIÓN DE LAS HIPÓTESIS	Pág. 34
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 35
ANEXOS	Pág. 37



RESUMEN

Tanto el envejecimiento saludable como el Deterioro Cognitivo Leve (estado preclínico entre la salubridad cognitiva y la demencia) se postulan como dos estados diferentes no patológicos en el adulto mayor en los que encontramos alteraciones lingüísticas y comunicativas parecidas. En estas poblaciones la prevención y la detección precoz de las dificultades son fundamentales para conservar las capacidades el máximo tiempo posible. Mientras que el primer grupo solo necesitaría terapia preventiva el segundo también recurriría a la terapia de rehabilitación. Es por esto que realizar un diagnóstico diferencial entre ambas es crucial para poder adaptar el tipo de terapia a cada individuo.

Palabras clave: Envejecimiento activo, Deterioro Cognitivo Leve, Diagnóstico diferencial, lenguaje y comunicación

ABSTRACT

Healthy ageing and Mild Cognitive Impairment (a previous stage of dementia) stand as two different non-pathological stages of elderly population. Both have very similar linguistic and communicative alterations. In these two populations, prevention and early detection are essential in order to preserve competences as long as possible. On the one hand, the healthy population will need preventive therapy. On the other hand, the population with Mild Cognitive Impairment will also need rehabilitation. So being able to do a differential diagnosis between them is imperative so as to develop the best therapy.

Keywords: Healthy ageing, Mild Cognitive Impairment, Elderly, Differential diagnosis, language and communication.



1. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al Trabajo Fin de Grado, efectuado durante el cuarto curso del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid.

El Trabajo Fin de Grado es una asignatura transversal en la que se deben poner de manifiesto las aptitudes y conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, con el fin de demostrar que se es capaz de desempeñar de forma excepcional la labor profesional, en este caso, del logopeda.

El tema escogido para la realización de este documento fue el envejecimiento, debido a mi personal interés en la población envejecida, la atracción por la información impartida en la asignatura Intervención Logopédica en la Tercera Edad, las prácticas realizadas en la Residencia de Adultos Mayores Asociación Casa de la Beneficencia y a mi colaboración becada por el Ministerio de Educación y Ciencia en el Proyecto de Metaenvejecimiento de la Universidad de Valladolid.

Tras escoger el tema de una forma general, junto con mi tutor, decidimos que sería buena idea basarlo en el Deterioro Cognitivo Leve, ya que este es un estadio preclínico de la demencia que ha sido muy poco estudiado, pero en el que se debe incidir a nivel logopédico.

De este hecho surgió la idea de estudiar las alteraciones lingüísticas y comunicativas en personas con DCL, pero también en población envejecida saludablemente, con el objetivo de poder establecer las diferencias entre una población y otra a nivel logopédico y así poder desarrollar un protocolo para realizar un diagnóstico diferencial entre ellas. El objetivo final de dicho protocolo sería poder ofrecer un tratamiento logopédico adecuado a las características de cada grupo poblacional.

Tras esta introducción a mi trabajo presentaré la fundamentación teórica en la que se ha basado la investigación, tras ello pasaré a explicar la metodología seguida tanto para la elaboración de la citada fundamentación teórica como para todo el proceso práctico realizado. Seguidamente expondré los resultados obtenidos de las pruebas estandarizadas y no estandarizadas, así como la discusión de los mismos, para acabar finalizando con las conclusiones del trabajo.

Al final de este documento he incluido la bibliografía y los anexos que permiten una mayor comprensión del trabajo realizado.



2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Tanto el envejecimiento saludable como el Deterioro Cognitivo Leve (a partir de ahora DCL) se postulan como dos estados diferentes no patológicos en el adulto mayor, siendo el primero un estado de normalidad y el segundo un estado preclínico precedente al Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) y Grave (DCG). Aunque cabe remarcar que no todos los usuarios con DCL evolucionan a DCM o DCG.

Por un lado, el envejecimiento saludable o activo se define, según Fernández-Ballesteros¹, como la salud (física, mental y conductual) en condiciones psicosociales de seguridad, incluyendo el concepto subjetivo (y psicológico) de bienestar. De la misma forma, el envejecimiento saludable se compone de cuatro elementos biopsicosociales: salud y ajuste físico, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación e implantación social.

Así se entiende de una forma multidimensional, en la que el lenguaje y la comunicación se postulan como una característica básica, puesto que son el motor principal tanto para el funcionamiento cognitivo del anciano como para la participación e integración social del mismo.

En los últimos años se ha producido un aumento de la esperanza de vida, y se mantienen las previsiones de que ésta siga aumentando (según la OMS entre el 2000 y el 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%). Es por esto por lo que se ha incrementado el número de investigaciones llevadas a cabo en los últimos años sobre envejecimiento.

Sin embargo, Pietrosevoli y González² en 2002 expusieron que ni la naturaleza ni los factores asociados con este cambio han sido estudiados en detalle en poblaciones no patológicas.

Por otro lado, el Deterioro Cognitivo o Trastorno Neurocognitivo Mayor se define según la DSM-V³ como *“evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en: la preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa”*.

Existen diferentes clases del mismo en función del grado de afectación de las funciones cognitivas y de las habilidades de la vida diaria, considerándose como patológicas únicamente aquellas en las que las habilidades de la vida diaria se encuentran afectadas (deterioro cognitivo moderado y grave). En el deterioro cognitivo leve se encuentran preservadas por lo que se establece como un estado preclínico o transitorio entre el envejecimiento sano y el deterioro cognitivo moderado.

El sistema DSM-V³ define el Deterioro Cognitivo Leve o Trastorno Neurocognitivo Leve como *“el declive cognitivo leve o moderado con respecto al nivel de funcionamiento previo, sin que llegue a afectar a las actividades de la vida cotidiana y por tanto no produce una alteración*



sustancial en el funcionamiento global de la persona. Se considera un estado transitorio entre la normalidad y la patología grave”.

Establece una serie de dominios neurocognitivos a tener en cuenta en estos trastornos: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptivas motoras y reconocimiento social. De todos estos dominios aquellos que resultan más afectados en el DCL son el lenguaje y el reconocimiento social.

Según Petersen⁴ los criterios diagnósticos para el DCL son:

- Manifestaciones subjetivas de pérdida de memoria.
- Deterioro objetivo de la memoria (diagnosticada por una prueba o una persona cualificada, no es una queja).
- Deterioro objetivo de otras funciones cognitivas.
- Mantenimiento en la realización de la vida diaria.

Pasando al análisis de las alteraciones a nivel de lenguaje y comunicación, cabe destacar que según Mueller et al.⁵ hasta la fecha no ha habido suficientes investigaciones que permitan discernir de forma sencilla y exacta las diferencias entre las alteraciones en lenguaje y comunicación en personas envejecidas saludablemente y personas con DCL.

Realizando una revisión bibliográfica en relación a las alteraciones en lenguaje y comunicación en personas envejecidas sanas encontramos:

“Una total preservación del componente fonético-fonológico, mientras que a nivel léxico existen alteraciones en forma de fenómenos de punta de la lengua o PDL (dificultad en encontrar la palabra que se busca durante el desenvolvimiento normal de las actividades como hablantes). Además, los sujetos tienden a realizar definiciones de conceptos muy generales, disminución del número de sinónimos y abuso en el uso de perífrasis verbales en la conversación”⁶.

Pasando al componente morfosintáctico del lenguaje según Salazar Provoste⁷ también se producen dificultades en la sintaxis, disminuyéndose la longitud y complejidad sintáctica de las oraciones, y dándose problemas leves para la comprensión, tanto oral como escrita, de la misma.

En el componente pragmático, y siguiendo a Bayles et al.⁸, se dan errores en la comprensión de referencias del discurso, con tendencia a disminuir sus expresiones y participaciones en las conversaciones. Además, se observa enlentecimiento en el habla y falta de fluidez en el discurso.

Debemos recalcar que todas estas alteraciones se consideran normales dentro el envejecimiento sin patología cognitiva, y no son indicadores de ningún tipo de diagnóstico patológico.



Sin embargo, las alteraciones en el lenguaje y comunicación que podemos encontrar en el Deterioro Cognitivo Leve según la bibliografía consultada son:

De nuevo el nivel fonético-fonológico se encuentra conservado. La competencia léxica se ve comprometida ya que según Rodríguez et al.⁹ los ancianos con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) presentan también fenómenos de Punta de la Lengua (PDL) pero de forma más acusada que las personas envejecidas sanas, obteniendo puntuaciones inferiores en las tareas que implican vocabulario y denominación. Además, hacen uso de parafasias y se percibe menor información semántica relevante en su discurso, convirtiéndose muchas veces en un discurso casi vacío, de gran longitud, pero escaso aporte informativo.

A nivel morfosintáctico, Mueller et al.⁵, refieren que existe no solo una mayor dificultad en el uso de frases complejas y una reducción significativa en el número de palabras que conforman sus oraciones; sino que ya en este estadio comienzan a aparecer errores sintácticos leves, como discordancia en número y/o tiempos verbales.

“Además, se realiza un uso excesivo de pronombres y referentes inespecíficos debidos a las alteraciones sintácticas de los sujetos, que les llevan a utilizar las denominadas “palabras comodín” (palabras de significado poco concreto como “esto”, “cosa”...) para rellenar su discurso, lo que hace que ante criterios de personas no expertas puedan pasar desapercibida las alteraciones léxico sintácticas”¹⁰.

Siguiendo el Tratado de Geriátría para Residentes¹¹ a nivel pragmático encontramos una disminución en la fluencia verbal. De acuerdo con el estudio de Machado et al.¹² se da una disminución significativa en la capacidad de mantenimiento del tema discursivo en los adultos con Deterioro Cognitivo Leve en relación con los ancianos sanos, así como dificultades en el respeto del turno de habla.

A pesar de la presencia comprobada de todas estas alteraciones, en la práctica clínica los profesionales sanitarios suelen esperar a que el deterioro alcance los grados de moderado o grave. Esto se debe a que, como antes se ha expuesto, el DCL no se considera un estado patológico como tal y a que no siempre éste evoluciona hacia grados más graves de demencia.

Este diagnóstico tardío provoca que tanto a nivel preventivo como rehabilitador se pierda un tiempo esencial para intentar conservar las capacidades cognitivas, comunicativas y lingüísticas el máximo tiempo posible y ralentizar su pérdida.

Es por este hecho que Mueller et al.⁵ aseguran que el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve debe ser una prioridad en la población envejecida para poder implementar de la forma más temprana posible terapia de rehabilitación no farmacológica que pueda frenar el deterioro y mantener las capacidades el mayor tiempo posible. Por tanto, lograr una distinción clara entre las alteraciones que se producen en el DCL y en el envejecimiento saludable se vuelve algo indispensable.

NIVELES DEL LENGUAJE	ENVEJECIMIENTO NORMAL	ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO
FONÉTICO FONOLÓGICO	CONSERVADO	CONSERVADO
LÉXICO-SEMÁNTICO	PDL leve. Definiciones generales. Disminución de sinónimos. Abuso de perífrasis verbales.	PDL moderado. Parafasias. Discurso casi vacío. informativamente. Excesivo uso de pronombres. Excesivo uso de “palabras comodín”.
MORFOSINTAXIS	Leve disminución en complejidad y longitud oracional. Leve alteración comprensiva.	Reducción significativa en la complejidad y longitud oracional. Errores sintácticos leves. Alteración comprensiva significativa.
PRAGMÁTICA	Errores en comprensión de referencias discursivas. Disminución de los turnos de habla activos. Enlentecimiento y falta de fluidez discursiva.	Errores en comprensión de referencias discursivas. Disminución en la fluencia verbal. Dificultades en el seguimiento del tema conversacional. Alteraciones en el respeto de turno de habla.

Tabla 1. Elaboración propia.

Al analizar la situación de la evaluación del lenguaje y la comunicación en esta población encontramos que, según González Martín et al.¹³, existe una escasez de pruebas en relación al lenguaje y la comunicación destinadas a estas poblaciones. Sin embargo, y siguiendo a los mismos autores, sí que existen algunas pruebas cuya aplicación puede aplicarse, entre otras, encontramos: el Test de denominación de Boston, Test Ecco-Senior, Tokent test, META-PHAS, PREP-R, Test Neurobel y Test de Barcelona.

A continuación, se expone una breve descripción de cada una de ellas:

El **Test de Boston**¹⁴ fue publicado en 1986 por el psicólogo clínico Harold Goodglass, quien se ha dedicado gran parte de su vida investigadora a la evaluación neuropsicológica. Esta prueba permite la valoración concreta de la memoria semántica y la capacidad de denominación (una de las áreas más afectadas tanto en DCL como en envejecimiento saludable como se ha expuesto anteriormente). Inicialmente fue creado para su aplicación individual en pacientes adultos con Afasia, sin embargo, hoy en día se ha extendido su aplicación comprobada a pacientes con demencia y enfermedad de Alzheimer.

Por su parte, el **Test Ecco-Senior** es una adaptación del Test Ecco (destinado para población infantil) publicado por López-Higes, Del Río Y Fernández Guinea en 2012. En este test se evalúa la comprensión del lenguaje escrito en su población diana (pacientes mayores preclínicos), según López-Higes¹⁵.

Para la comprensión del lenguaje oral se utiliza el **Token Test**¹⁶ a través de la ejecución manipulativa de diferentes figuras de colores ante órdenes verbales orales. Tales consignas



están ordenadas en orden creciente de dificultad. Inicialmente la prueba se creó para niños de 6 a 11 años, pero posteriormente se han elaborado versiones para la evaluación en adultos mayores.

El test **METAPHAS**¹⁷ elaborado en 2014 por los psicólogos Vicent Rosell Clari y Carlos Hernández Sacristán, permite valorar la capacidad de acceso al lenguaje interior. Al igual que en otras muchas pruebas, inicialmente fue creado para pacientes con Afasia pero recientemente se ha extendido su aplicación a pacientes con demencia.

El Protocolo rápido de evaluación pragmática revisado o **PREP-R**¹⁸, elaborado por Fernández Urquiza et al., permite realizar un screening inicial del área pragmática del lenguaje, detectando los problemas en aspectos pragmáticos y gramaticales en personas con déficits comunicativos independientemente de si tienen o no demencia.

El **Test NeuroBel**¹⁹ fue publicado en 2015 de la mano del catedrático en Psicología por la Universidad de Málaga, Don José Antonio Adrián Torres. Esta prueba consiste en un screening del lenguaje oral tanto comprensivo como expresivo validado únicamente para la población preclínica sujeto de este TFG (es decir, adultos envejecidos saludablemente y adultos con DCL). Esta prueba consta de 8 subpruebas divididas de forma igualitaria en comprensión y expresión. Dentro de las pruebas comprensivas encontramos las subpruebas o tareas de discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra-habla dibujo, comprensión de oraciones. La evaluación de la expresión se articula a través de las tareas de repetición, denominación de dibujos, denominación de acciones y completar oraciones. Este screening consta de puntuaciones individuales para cada una de las subtareas, que al sumarse ofrecen la puntuación global del NeuroBel. La puntuación máxima posible es de 100 puntos (60 de la parte comprensiva y 40 de la parte expresiva).

Finalmente, el **Test Barcelona Revisado**²⁰ fue publicado en 2004. Su autor es el Doctor en Medicina y actual jefe de la Sección de Neurología de la Conducta y Demencias del Hospital del Mar de Barcelona, Jordi Peña Casanova. Inicialmente fue diseñado para la evaluación de adultos a partir de los 20 años con Afasia, aunque cada vez es más utilizado para la evaluación en demencias. Tanto la prueba al completo como subtareas de la misma. En su forma más extensa la duración de la prueba es de 3 horas, y en su forma abreviada de 45 minutos. Está destinada a la evaluación de las funciones cognitivas del paciente, más en concreto: orientación, lenguaje, lectura, escritura, reconocimiento visual y memoria abstracta.

Cabe destacar que las pruebas citadas como screening (PREP-R y Neurobel) no sirven para realizar un diagnóstico, sino que permiten al profesional que las aplica lograr una visión general del estado del paciente.

PRUEBA	FECHA CREACIÓN	POBLACIÓN DIANA	ÁREAS QUE EVALÚA	TIEMPO DE APLICACIÓN
TEST DE BOSTON	1986	Afasia, demencia y Enfermedad de Alzheimer	Memoria semántica y capacidad de denominación	Variable (entorno 45 minutos)
TEST ECCO-SENIOR	2012	Pacientes mayores preclínicos	Comprensión del lenguaje escrito	10-15 minutos
TOKEN TEST	1962	Adultos	Comprensión del lenguaje oral	30-45 minutos
METAPHAS	2014	Afasia y demencias	Acceso al lenguaje interior	30-45 minutos
PREP-R	2015	Personas con déficits comunicativos	Pragmática	10-15 minutos
NEUROBEL	2015	Adultos envejecidos saludablemente y con DCL	Lenguaje oral comprensivo y expresivo	15 minutos
TEST BARCELONA REVISADO	2004	Afasia y demencias	orientación, lenguaje, lectura, escritura, reconocimiento visual y memoria abstracta.	3 horas completo, 45 minutos forma abreviada

Tabla 2. Elaboración propia.

Como se ha explicado anteriormente en los adultos envejecidos saludablemente, aquellos que padecen DCL no sólo tienen alteraciones lingüísticas sino también neurocognitivas por lo que en pro de una visión global, siguiendo una metodología naturalista o biopsicosocial, se hace imprescindible llevar a cabo una breve valoración de las aptitudes neurocognitivas con el objetivo de programar una intervención lo más individualizada y naturalista posible.

Existe una gran cantidad de pruebas y test estandarizados para valorar estas capacidades.

A continuación, se destacan tres pruebas o screening que podemos utilizar los profesionales de la Logopedia para tomar una visión general del plano neurocognitivo de nuestros pacientes:

Una de las pruebas más utilizadas es el **Test del Reloj**²¹, publicada por J. Cacho y cols. en 1998. Se basa en el trazo de un reloj según la orden especificada por el profesional: “Dibuje un reloj redondo y grandes, cuyas manecillas marquen las 11:10”. Se valora la correcta posición de todos los números, dibujar la esfera y la correcta colocación de las manecillas. Existen dos posibles vertientes: El Test del Reloj a la orden (destinado a pacientes con capacidades neurocognitivas más altas) y el Test del Reloj a la copia (para pacientes con mayores dificultades). Aunque también se pueden pasar ambas a la misma persona. En el Test del Reloj a la orden se considera patológico una puntuación inferior a seis puntos, mientras que en el Test del Reloj a la copia se considera patológico una puntuación inferior a

ocho puntos. Esta prueba valora organización espacial, organización motora, planificación y memoria.

Otra de las pruebas más comunes es el **Test Pfeiffer** (desarrollada por Pfeiffer en 1975). Se trata de una prueba que nos sirve de cribado (no diagnóstico) de pacientes con deterioro cognitivo y/o demencia. Se corrige valorando las respuestas incorrectas como un punto a sumar de la puntuación final. El puntaje sería de 0 a 2 errores: normal, de 3 a 4 errores: deterioro leve, de 5 a 7 errores: deterioro moderado, de 8 a 10 errores: deterioro grave. Valora las áreas de memoria a corto plazo y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, y capacidad de cálculo, según Martínez de la Iglesia et al.²²

La última prueba a mencionar es el **MEC o Mini Examen Cognoscitivo de Lobo**²³. Es una adaptación española realizada por el Doctor Lobo en 1979 de la prueba diseñada por Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung en 1975 en Estados Unidos. Se utiliza para detectar una posible demencia de forma sistemática de pacientes geriátricos y, al mismo tiempo para seguir la evolución de la misma. La puntuación máxima que se puede obtener es de 35, considerándose una puntuación inferior a 24 como estado de deterioro, siendo de 20 a 24 DCL, de 15 a 19 Deterioro Cognitivo Moderado y de 0 a 14 Deterioro Cognitivo Grave. Este test incluye tareas para medir la orientación temporal, la orientación espacial, la fijación, la concentración y el cálculo, la memoria y el lenguaje y construcción.

PRUEBAS	AÑO DE PUBLICACIÓN	ÁREAS QUE EVALÚA
TEST DEL RELOJ	1998	Organización espacial, organización motora, planificación y memoria.
TEST PFEIFFER	1975	Memoria a corto plazo y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos, y capacidad de cálculo.
MEC DE LOBO	1979	Orientación temporal, la orientación espacial, la fijación, la concentración y el cálculo, la memoria y el lenguaje y construcción.

Tabla 3. Elaboración propia

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS:

- Realizar una revisión bibliográfica referida a las alteraciones en lenguaje y comunicación de los sujetos con DCL y envejecidos saludablemente, la clasificación de los mismos y el diagnóstico logopédico que se emplea, con el fin de advertir la situación actual del conocimiento en estas áreas.
- Analizar las alteraciones del lenguaje y la comunicación en DCL de los sujetos seleccionados.
- Analizar las alteraciones del lenguaje y la comunicación en envejecimiento saludable de los sujetos seleccionados.
- Comparar las alteraciones del lenguaje y la comunicación en DCL y envejecimiento saludable.
- Determinar los elementos clave que permiten la diferenciación precisa entre DCL y envejecimiento saludable en lo relativo a la comunicación y al lenguaje.
- Realizar la propuesta de un protocolo de evaluación logopédico para la diferenciación de DCL y envejecimiento saludable en lo referido a la comunicación y al lenguaje.

HIPÓTESIS:

1. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable centrarán sus alteraciones más significativas en el nivel pragmático, aunque en los primeros se observará un mayor uso de parafasias, un menor aporte informativo en la conversación, así como mayores dificultades en el seguimiento del tema conversacional que en los sujetos envejecidos saludablemente.
2. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable tendrán una alteración moderada en el nivel de acceso al léxico, aunque el primer grupo presentará mayor número de PDL y uso de palabras comodín que los sujetos envejecidos saludablemente.
3. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable tendrán una alteración leve en el nivel morfosintáctico, con leves diferenciaciones entre ambos grupos.
4. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable tendrán conservados el nivel fonético-fonológico.

4. METODOLOGÍA

METODOLOGÍA PARA REALIZAR LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Para comenzar con el trabajo de investigación que aquí se expone se decidió lograr una visión general del conocimiento actual sobre Deterioro Cognitivo Leve, envejecimiento saludable, y sus alteraciones en el lenguaje y la comunicación, a través de una revisión bibliográfica.

Los principales buscadores utilizados para la exploración de artículos y textos relativos a al tema que nos ocupa fueron PubMed, Dialnet, SciELO y Almena. En ellos se utilizaron las palabras clave “elderly” “dementia” “disorders” “language pathology” “anciano” “demencias” “deterioro cognitivo leve” “alteraciones” “lenguaje” “pruebas demencia”. Se estableció un límite de antigüedad de 35 años y se buscaron artículos en español e inglés. De esta búsqueda se obtuvieron 47 artículos que para mejor gestión de los mismos fueron introducidos en el Sistema Mendeley. Finalmente, de los 47 se escogieron los 24 más relevantes que se encuentran en el apartado de bibliografía.

Además, a través del buscador Almena y de los ejemplares disponibles en las bibliotecas de la Universidad de Valladolid, se consultaron diferentes guías como el Tratado de Geriatría para Residentes (2006) o el DSM-5.

Tras un análisis exhaustivo de los textos consultados y de la extracción de la información y datos más relevantes de los mismos, con el objetivo de facilitar la labor de redacción, se procedió a clasificar los datos según las siguientes categorías:

- Envejecimiento saludable
- Deterioro cognitivo
- Alteraciones lingüísticas o de la comunicación del envejecimiento saludable
- Alteraciones lingüísticas o de la comunicación del deterioro cognitivo
- Pruebas de lenguaje y comunicación en envejecimiento
- Pruebas psicométricas para la demencia.

De la misma forma una parte básica de esta fundamentación fue recopilar las diversas pruebas de evaluación de lenguaje, comunicación y áreas cognitivas para pacientes mayores de 65 años. Se pasó a realizar un estudio detallado de forma individualizada a través de la lectura de las propias pruebas en los casos en los que fue posible gracias al sistema Almena de la Universidad de Valladolid, o a través de artículos basados en el estudio de las mismas. De igual forma se establecieron las áreas de evaluación de cada una, la población diana, el método y tiempo de aplicación. Así se pudo identificar aquellas más relevantes para la población del estudio y para las áreas a evaluar en el mismo.

Finalmente, se procedió a la redacción relacionando las diferentes informaciones obtenidas.



METODOLOGÍA DE LA PARTE PRÁCTICA.

Para esta investigación se decidió contar con una muestra total de 20 participantes (10 adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve y 10 adultos mayores sanos) para poder trabajar con una muestra amplia y más o menos representativa, pero a la vez no tan compleja a la hora de manejar y de procesar datos.

El proceso de recogida de información y datos se realizó en dos tiempos.

En un primer momento, se aprovechó la estancia en prácticas en la Residencia de Adultos Mayores Asociación Casa de la Beneficencia para realizar la recogida de datos e información de seis de los diez adultos con Deterioro Cognitivo Leve. En ambos casos se realizó una evaluación estandarizada y otra no estandarizada como se explica posteriormente.

Los datos de los otros cuatro participantes fueron obtenidos gracias a la base de datos del Proyecto Metaenvejecimiento, en el que colaboran cuatro profesores del Grado en Logopedia y puntualmente diversos alumnos. En mi caso, realizo una colaboración becada por el Ministerio de Educación y Ciencia, y entre las labores que he realizado para dicho proyecto se encontraba la de transcribir la totalidad de muestras de habla y evaluaciones realizadas en diversos centros socio-sanitarios. Para utilizar estos datos pedí los consentimientos oportunos a los miembros del proyecto.

En un segundo momento, una vez acabadas dichas prácticas, se pasó a la recogida de información a una serie de adultos mayores sanos. Estos adultos sanos pertenecen a ámbitos familiares propios o de amistades cercanas, por lo que se garantizó la recogida en situaciones cómodas y óptimas, como se intentó también con el grupo con DCL.

Centros y Participantes

Los participantes con DCL para el estudio proceden de las residencias sociosanitarias Asociación Casa de la Beneficencia y Riosol.

Por un lado, la Casa de la Beneficencia es una residencia sociosanitaria para adultos mayores privada que también cuenta con centro de día, situada en el barrio de La Magdalena de Valladolid. Está asociada a la Comunidad de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Se encuentra en el Camino del Cementerio en Valladolid. Cuenta con un total de 178 residentes. Entre los profesionales se encuentran auxiliares de enfermería, enfermeros las 24 horas, médico de familia y geriatría, trabajadora social, educadora social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta.

Por otro lado, la Residencia Riosol, ubicada en el barrio vallisoletano de Arturo Eyries. Dispone de 169 plazas, tanto para personas válidas como dependientes. Posee una amplia gama de servicios sanitarios y sociales para atender a sus residentes, destacando, principalmente, las labores de terapia ocupacional, fisioterapia, servicio médico con médico y enfermería.

Los participantes con DCL fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

Criterios de inclusión:

1. Usuarios de ambos sexos, de edad superior a los 65 años residentes en la Asociación Casa de Beneficencia o Riosol de Valladolid.
2. Diagnóstico de deterioro cognitivo leve.
3. Obtención de consentimiento informado.
4. Nivel medio-básico de estudios.

Criterios de exclusión:

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

Por otro lado, los participantes envejecidos saludablemente no procedían de ninguna residencia sociosanitaria y todos vivían en sus propios domicilios sin ningún tipo de ayuda externa. Los pacientes envejecidos saludablemente fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

Criterios de inclusión:

1. Usuarios de ambos sexos, de edad superior a los 65 años residentes en la provincia de Valladolid.
2. No presentar ningún signo de alarma de Deterioro Cognitivo, y superar la prueba MEC de Lobo.
3. Obtención de consentimiento informado.
4. Nivel medio-básico de estudios.

Criterios de exclusión:

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

Variables

Antes de la administración de las pruebas y la recogida de muestras de habla, se obtuvo información relativa a las siguientes variables a través de trabajadores de las residencias, familiares e incluso el propio participante:

1. *Sociodemográficas*: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, profesión, nacionalidad, idiomas. (Variables independientes).

2. *Clínicas*: diagnóstico actual, fecha de inicio y duración de la enfermedad, enfermedades comórbidas, medicación, antecedentes personales y familiares de deterioro cognitivo, intervención logopédica. (Variables independientes).

(Ver anexo 1)

Obtención de datos

Previamente a comenzar la evaluación, tanto con los participantes con DCL como con los envejecidos saludablemente, se llevaron a cabo dos sesiones de acercamiento y establecimiento del vínculo examinador-examinado con la finalidad de lograr los resultados más fiables posibles gracias a un ambiente distendido.

La primera sesión consistió en una presentación de alrededor de 15 minutos de duración, en la que se explicó al participante qué es la logopedia, la función de un logopeda y el objetivo de esta investigación.

La segunda sesión consistió en el mantenimiento de una charla distendida con el participante, en la que se aprovechó para completar los datos de las variables que aún faltaban por obtener. La duración de esta segunda sesión fue variable en función del participante y los datos que se necesitaban obtener.

Antes de la tercera sesión, se realizó un trabajo de estudio y familiarización con las pruebas a administrar. Tras este proceso, se llevó a cabo la evaluación estandarizada y no estandarizada.

Se comenzó con la evaluación estandarizada del lenguaje y la comunicación a través de la batería anteriormente explicada, NeuroBel (Adrián y cols, 2015). Esta prueba consta de un total de 8 actividades: 4 actividades de comprensión (tareas de discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra hablada-dibujo y comprensión de oraciones) y 4 actividades de expresión o producción (tareas de repetición, denominación de dibujos, denominación de acciones y de completar oraciones).

De acuerdo con las instrucciones de la prueba, se obtuvieron las puntuaciones en cada una de las actividades y de forma total. La información obtenida en el NeuroBel fue analizada de forma cuantitativa.

Tras finalizar la evaluación estandarizada, se pasó a la no estandarizada a través de la obtención de una muestra de habla en formato audio usando como guion tres pruebas específicas: conversación-narración, narración temática y descripción de una lámina, extraídas del Test Barcelona correspondientes al bloque I denominado Lenguaje Espontáneo.

Posteriormente se realizó la transcripción de todas las muestras de habla obtenidas (ver anexos 2 y 3) según los criterios del Corpus PerLA²⁴, y se analizaron seleccionando los ítems cualitativos que se consideraron más relevantes para este estudio de entre los incluidos en el Protocolo de evaluación del lenguaje oral espontáneo²⁵. Los ítems seleccionados fueron: lugar (la persona entrevistada expresa a través de su discurso que sabe en qué lugar se



encuentra), tiempo (la persona entrevistada sabe a través de su discurso qué hora y fecha es), roles sociales (reconoce el rol de su interlocutor y se comunica con él como tal), conocimientos compartidos (recuerda qué información su interlocutor ya conoce), marcadores discursivos (recurre a marcadores texturales (además, pero, porque...), informatividad (no repite la información, es capaz de reconocer qué información es adecuada en cada momento), topicalización (Es capaz de continuar con los temas de conversación), alternancia de turnos (respeto los turnos de habla) y competencia estratégica (pide información sobre el tema, reconoce que no es capaz de hablar sobre el tema).

La información obtenida en las muestras de habla fue por lo tanto analizada de forma cualitativa.

Cabe destacar que antes de la evaluación se administró la prueba MEC de Lobo, en el caso de los adultos residentes en la Asociación Casa de la Beneficencia y Riosol fueron administradas por el personal del centro, y en el caso de los adultos residentes en sus domicilios por el propio investigador. Que su valor fuera DCL fue el requisito establecido para poder participar en el estudio en el primer caso, y la ausencia del mismo en el segundo.

Para un mejor análisis y gestión de los datos se utilizó el sistema SSPS destinado a investigación.

Para finalizar con el apartado de metodología, tras la elaboración de toda la parte teórica y práctica, y la reflexión sobre la misma, se realiza una propuesta de protocolo que sirva a los logopedas para diferenciar la sensible diferencia entre el envejecimiento saludable y el DCL en cuanto al lenguaje y la comunicación. La metodología seguida para realizarlo ha sido el análisis de las hipótesis comprobándolas en casos reales y partiendo de los componentes del lenguaje evaluados, poder establecer cuantitativa/cualitativamente la presencia de esos síntomas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

EVALUACIÓN ESTANDARIZADA

A continuación, se expone una síntesis y explicación de los datos obtenidos de la evaluación estandarizada al aplicar el Test NeuroBel.

Para tratar los datos, se agruparon todos los participantes en dos grupos: participantes con Deterioro Cognitivo Leve y participantes sanos, y se obtienen las puntuaciones medias en cada una de las pruebas (tabla 4).

Como observamos en la tabla comparativa de puntuaciones medias obtenidas en las diferentes pruebas, en todas la población sana obtiene una puntuación mayor que la población con DCL, siendo más acusada la diferencia en las tareas de completar oraciones, comprensión de oraciones y denominación de acciones. Aquellas en las que ambas poblaciones obtuvieron puntuaciones más semejantes fueron decisión léxica auditiva y emparejamiento palabra hablada dibujo.

Cabe destacar que la población adulta sana ha obtenido la máxima puntuación en las pruebas de decisión léxica auditiva, repetición, discriminación de dibujos, denominación de acciones y completar oraciones; la población con DCL ha obtenido puntuaciones significativamente más bajas en las mismas.

DIAGNÓSTICO- PUNTUACIONES MEDIAS NEUROBEL	DISCRIMINACIÓN DE FONEMAS ¹	DECISIÓN LÉXICA AUDITIVA ¹	EMPAREJAMIENTO PALABRA HABLADA DIBUJO ²	COMPRESIÓN DE ORACIONES ¹	REPETICIÓN ¹	DISCRIMINACIÓN DE DIBUJOS ¹	DENOMINACIÓN DE ACCIONES ¹	COMPLETAR ORACIONES ¹	TOTAL ³
	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media	Media
DETERIORO COGNITIVO LEVE	9,9	10,3	14,1	8,3	9,0	9,1	8,8	6,9	76,25
ADULTO SANO	11,8	12,0	16,0	11,3	12,0	12,0	12,0	12,0	98,95

1- Puntuación máxima: 12; 2- Puntuación máxima: 16; 3- Puntuación máxima: 100

Tabla 4. Elaboración propia

Agrupando las pruebas en tareas de comprensión (discriminación de fonemas, decisión léxica-auditiva, emparejamiento palabra hablada-dibujo y comprensión de oraciones) y tareas de expresión (repetición, discriminación de dibujos, denominación de acciones y completar frases), se obtienen los siguientes resultados.

	COMPRESIÓN ¹	EXPRESIÓN ²
	Media	Media
DETERIORO COGNITIVO LEVE	42,55	33,70
ADULTO SANO	51,00	47,95

1- Puntuación máxima: 52; 2- Puntuación máxima: 48

Tabla 5. Elaboración propia

Se observa que en ambas áreas los adultos sanos obtienen una puntuación cercana al máximo, mientras que la población con DCL obtiene puntuaciones significativamente inferiores, existiendo la mayor diferencia en la expresión con una diferencia de 14,25 puntos respecto a la población sana.

La mínima obtenida en el grupo con DCL es de 29 en comprensión y 27 en expresión, mientras que la mínima obtenida en el grupo de población sana es de 50 en comprensión y 47,50 en expresión.

La máxima obtenida por el grupo con DCL de es 49,00 en comprensión y 37,50 en expresión. Mientras que la máxima obtenida en el grupo de población sana es de 52 en comprensión (puntuación máxima) y de 48 en expresión (puntuación máxima).

Realizando una agrupación de las pruebas en las diferentes áreas lingüísticas (a excepción de la pragmática ya que no es valorada en este test) se obtienen las siguientes medias:

	FONOLOGÍA ¹	LEXICO ²	SINTAXIS ³
	Media	Media	Media
DETERIORO COGNITIVO LEVE	18,80	42,25	15,20
ADULTO SANO	23,75	51,90	23,30

1- Puntuación máxima (discriminación fonemas + repetición): 24; 2- Puntuación máxima (decisión léxica + emparejamiento palabra hablada dibujo + denominación de dibujos + denominación de acciones): 52; 3- Puntuación máxima (comprensión de oraciones + completar oraciones): 24

Tabla 6. Elaboración propia

De nuevo, se observa que los adultos sanos obtienen una puntuación cercana a la máxima, mientras que el grupo con deterioro cognitivo leve obtiene puntuaciones significativamente inferiores. Es en el área de fonología en la hay menor diferencia con tan solo 4,95 puntos de diferencia, y en el área de léxico en el que se observa mayor contraste con 9,65 puntos.

Realizando una distribución en porcentajes de las puntuaciones obtenidas en las tres áreas (ver gráfico 1-6) se observa que en todas las áreas los usuarios con DCL tienen un mayor porcentaje en las puntuaciones medias que en las alta o bajas. Mientras que los usuarios sanos tienen un 100% de porcentaje en las puntuaciones más altas de las tres áreas.

Analizando de forma individual los porcentajes de la población con DCL se observa que el porcentaje de puntuaciones bajas es de 18% en fonología, 30% en léxico y 33% en sintaxis. El porcentaje de puntuaciones medias es de 46% en fonología, 60% en léxico y 45% en sintaxis.

El porcentaje de puntuaciones altas es de 36% en fonología, 10% en léxico y 22% en sintaxis.

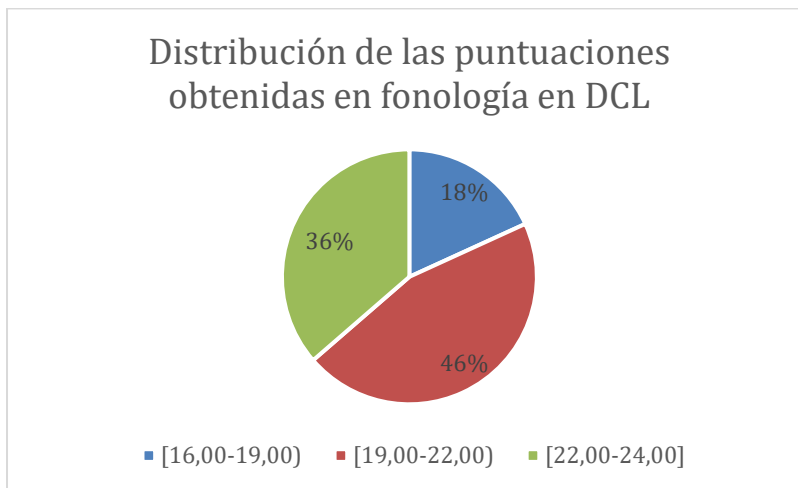


Gráfico 1. Elaboración propia

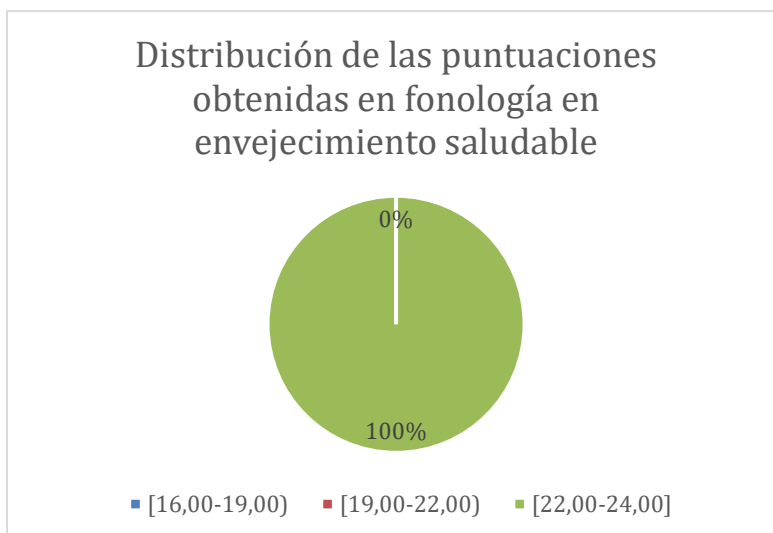


Gráfico 2. Elaboración propia

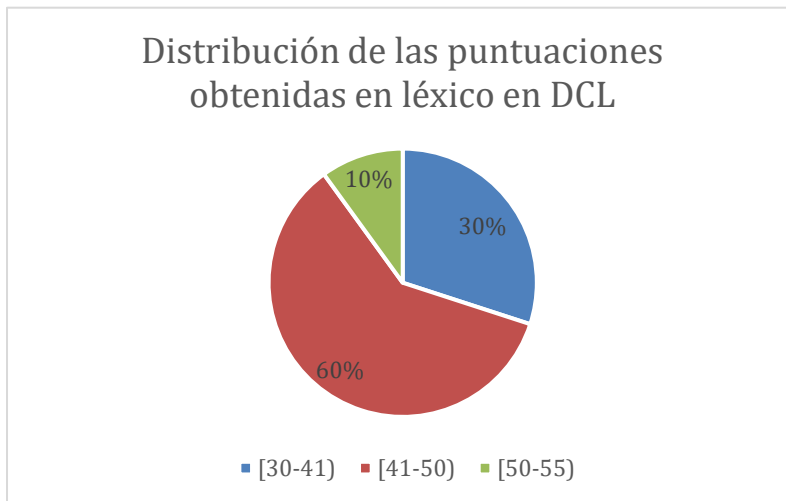


Gráfico 3. Elaboración propia

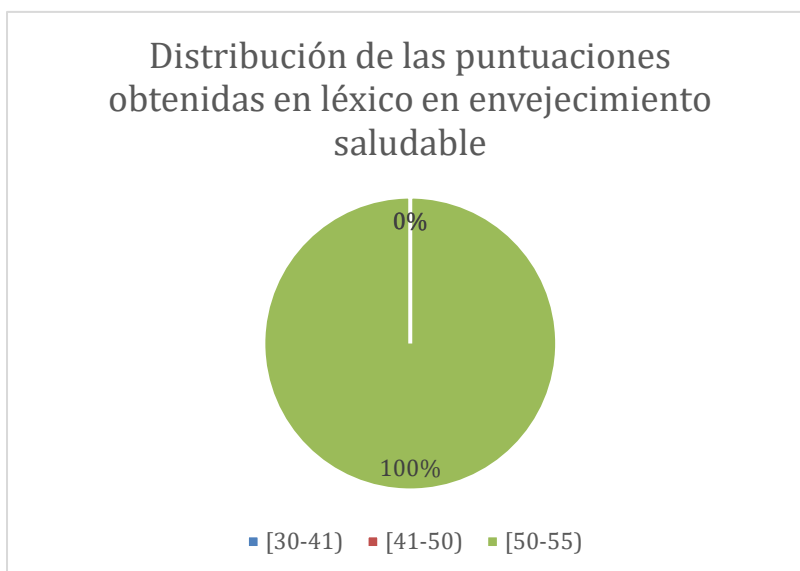


Gráfico 4. Elaboración propia

Distribución de las puntuaciones obtenidas en sintaxis en DCL

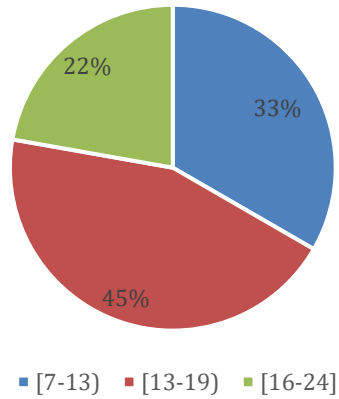


Gráfico 5. Elaboración propia

Distribución de las puntuaciones obtenidas en sintaxis en envejecimiento saludable

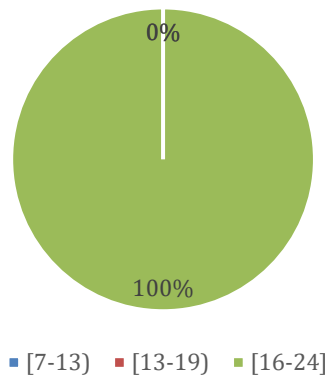


Gráfico 6. Elaboración propia

Analizando las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas se observa lo siguiente.

La mínima obtenida en el grupo con DCL es de 16 en fonología, 34,5 en léxico, y 9 en sintaxis. Mientras que la mínima obtenida en el grupo de población sana es de 23 en fonología, 51,5 en léxico, y 23 en sintaxis.

La máxima obtenida por el grupo con DCL es de 23,5 en fonología, 50,5 en léxico, y 21 en sintaxis, mientras que la máxima obtenida en el grupo de población sana es de 24 en fonología, 52 en léxico, y 24 en sintaxis (llegando a la puntuación máxima en todas las áreas). (Ver gráfico 7)

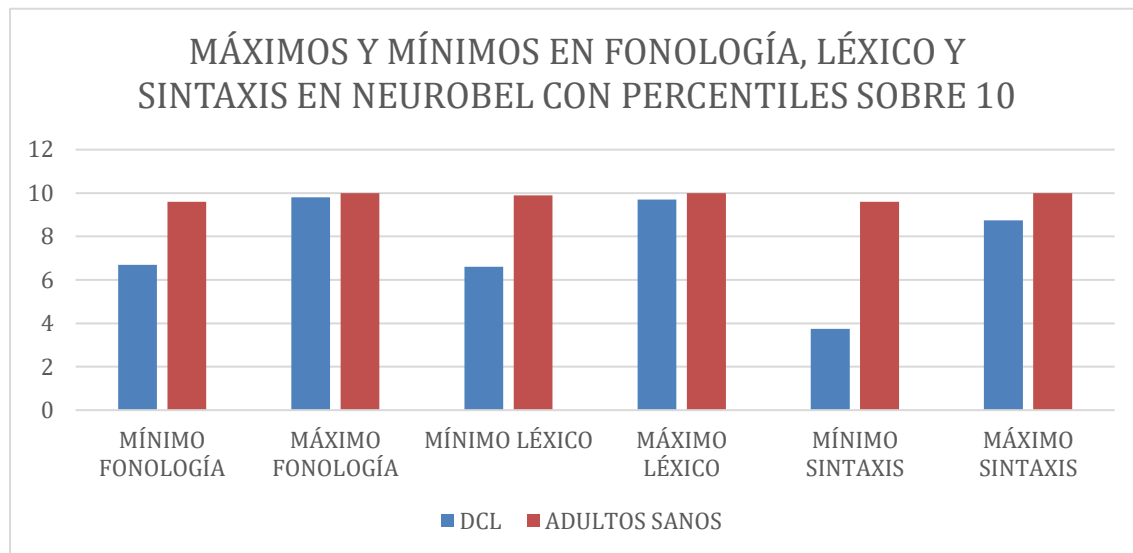


Gráfico 7. Elaboración propia

EVALUACIÓN NO ESTANDARIZADA

Con relación a los adultos con deterioro cognitivo se observa (ver anexo 4):

Teniendo en cuenta las variables dentro de contexto (lugar, tiempo, roles sociales y conocimientos compartidos) se valora que:

- La mayoría (7 de los 10) no son capaces de expresar correctamente el lugar en el que se encuentran.
- En ningún caso son capaces de expresar con exactitud el día, la fecha o el tiempo que llevan en la residencia.
- Todos son capaces de adaptar su discurso a su interlocutor.
- En ningún caso los participantes son capaces de adecuar perfectamente la información dada al conocimiento del interlocutor. Haciendo en su mayoría referencias en nombres propios y pronombres a personas que no han sido introducidos con anterioridad y que el interlocutor no conoce.

En los ítems valorados en cuanto a la cohesión del discurso (marcadores discursivos, referencialidad, sustitución y cohesión léxica):

- En todos los casos se utilizan marcadores discursivos adecuados que favorecen la comprensión del discurso y la comprensión de los mismos está intacta.
- Se utilizan pronombres para favorecer la comprensión del discurso y se sustituye con éxito tanto nombres, como verbos como oraciones.
- Aunque se abuse de ellos sin haber referenciado anteriormente a quién o qué se refiere.
- En la mayoría de los casos se hace un uso abundante y correcto de los sinónimos y se comprenden perfectamente.
- Sin embargo, la sintaxis de sus oraciones es muy simple reduciéndose a frases activa, de estructura sujeto + verbo + complemento. Las oraciones subordinadas existen, aunque son escasas en la mayoría de los casos.

Pasando a valorar la informatividad en el discurso de los participantes, en todos los casos se produce algún tipo de repetición innecesaria de información, siendo en una mayoría (6 de 10) una constante en su discurso.

En cuanto a la topicalización todos presentan distorsión y cambio de tema de forma arbitraria con predilección por algún tema en concreto, aunque este hecho en la gran mayoría (7 de 10) no se da de forma continuada sino aislada.

En relación con la alternancia de turnos observamos que en su gran mayoría (8 de 10) está conservado, aunque con una clara tendencia al mantenimiento del turno por periodos de tiempo muy largos. Predominan los turnos reactivos (turnos en los que se responde al turno del interlocutor) en todos los casos y los turnos activos (turnos en los que se propone un nuevo tema conversacional o idea) son escasos.

Atendiendo al último ítem analizado según la tabla de Varela Suárez²⁴, competencia estratégica, encontramos una gran disparidad en las muestras de habla. Siendo la mitad de la muestra competente y la otra mitad parcialmente competente o sin competencia.

Además, cabe destacar que en todas las muestras se encuentra algún tipo de PDL, llegando a contar hasta seis PDL en la misma muestra de habla (ver anexo 4). En la mayoría de casos, los PDL acababan convirtiéndose en parafasias y palabras comodín.

De la misma forma se observa en todos los participantes con DCL un discurso muy desordenado, con escasa coherencia discursiva, emitiendo ideas no relacionadas de un turno a otro. Esto produce un discurso caótico que dificulta el seguimiento y comprensión conversacional (ver anexo 4).

Agrupando los ítems en las áreas del lenguaje observamos:

- Fonética y fonología: no valorados.
- Léxico (referencialidad, sustitución y cohesión léxica): Se encuentra conservado tanto en expresión como en comprensión, aunque con cierto abuso de las sustituciones no referenciadas anteriormente. Se observan claras dificultades de acceso al léxico (errores de PDL).
- Sintaxis (marcadores discursivos): La sintaxis, aunque conservada, se encuentra simplificada. Los nexos discursivos mantienen su correcta función.
- Pragmática (lugar, tiempo, roles sociales, conocimientos compartidos, informatividad, topicalización, alternancia de turnos y competencia estratégica): Se postula, claramente, como el área menos conservada de todas, siendo las más afectadas tiempo, conocimientos compartidos e informatividad ya que en todos los casos se encuentra alterado de forma significativa. Si bien es cierto que la topicalización también se encuentra alterada en todos los casos, se trata de alteraciones puntuales en el discurso y no de forma continuada. Finalmente, alternancia de turnos y competencia estratégica son las más conservadas dentro del área de pragmática.

Pasando a evaluar los resultados tras el análisis de las muestras de habla de los adultos sanos encontramos (ver anexo 4):

Analizando las variables dentro de contexto (lugar, tiempo, roles sociales y conocimientos compartidos) se observa:

- Total conservación en la capacidad de expresar el lugar y la fecha exacta en la que se encuentran.
- Todos los participantes son capaces de adecuar su estilo comunicativo al interlocutor.
- La gran mayoría (7 de 10) son capaces de adecuar la información dada a los conocimientos compartidos.

En los ítems sobre cohesión del discurso (marcadores discursivos, referencialidad, sustitución y cohesión léxica):

- En todos los casos se utilizan marcadores discursivos adecuados que favorecen la comprensión del discurso y la comprensión de los mismos está intacta.
- Se utilizan pronombres para favorecer la comprensión del discurso y se sustituye con éxito tanto nombres, como verbos como oraciones.
- En todos los casos se hace un uso abundante y correcto de los sinónimos y se comprenden perfectamente.
- La sintaxis se encuentra preservada y aunque el número de oraciones complejas es mayor al de los participantes con DCL, se percibe cierta reducción en la complejidad sintáctica de sus oraciones.

Pasando a valorar la informatividad en el discurso de los participantes, en ningún caso se produce una repetición de información innecesaria.

En la topicalización 3 de los 10 participantes sanos presentan cambios en el tema conversacional, aunque de una forma coherente y cohesionada a través de marcadores.

En relación con la alternancia de turnos observamos que en todos los casos se encuentra conservada, aunque de nuevo con tendencia al mantenimiento del turno por periodos de tiempo muy largos. De la misma forma, los turnos reactivos (turnos en los que se responde al turno del interlocutor) en todos los casos y los turnos activos (turnos en los que se propone un nuevo tema conversacional o idea) son escasos.

Al analizar la competencia estratégica, encontramos que todos son capaces de regular su discurso con autopreguntas para encontrar mayor tiempo de respuesta.

Se observan fenómenos de PDL en 4 de los 10 participantes envejecidos saludablemente, y el número máximo de PDL en una misma muestra es de dos. Tan solo en escasos casos los PDL acababan convirtiéndose en parafasias y palabras comodín.

El discurso se percibe coherente y con ideas correctamente relacionadas tanto interturno como intraturno.

Agrupando los ítems en las áreas del lenguaje observamos:

- Fonética y fonología: no valorados.
- Léxico (referencialidad, sustitución y cohesión léxica): Se encuentra conservado tanto en expresión como en comprensión, aunque con una dificultad leve en el acceso al léxico (errores de PDL).
- Sintaxis (marcadores discursivos): La sintaxis, aunque conservada, se encuentra levemente simplificada.
- Pragmática (lugar, tiempo, roles sociales, conocimientos compartidos, informatividad, topicalización, alternancia de turnos y competencia estratégica): Se postula como el área más afectada, sobre todo a nivel de conocimientos compartidos y topicalización.

Como se puede ver en la tabla a continuación (Tabla 7) los ítems referencialidad y roles sociales se encuentran conservados en ambos casos. Los ítems topicalización y alternancia de turnos se encuentran afectados en el mismo grado. Los ítems cohesión léxica, marcadores

discursivos y conocimientos compartidos se encuentran más afectados en la población con DCL que en la población envejecida saludablemente. Y los ítems restantes, sustitución, tiempo, informatividad, se encuentran afectados únicamente en la población con DCL.

ÁREA DEL LENGUAJE	ÍTEM	POBLACIÓN DCL	POBLACIÓN SALUDABLE
LEXICO	REFERENCIALIDAD	CONSERVADO	CONSERVADO
	SUSTITUCIÓN	FALTA DE IDENTIFICACIÓN DEL REFERENTE ANTERIOR	CONSERVADO
	COHESIÓN LÉXICA	PDL	LEVES PDL
SINTAXIS	MARCADORES DISCURSIVOS	SIMPLIFICACIÓN	LEVE SIMPLIFICACIÓN
PRAGMÁTICA	LUGAR	NO CONCLUYENTE	CONSERVADO
	TIEMPO	AFECTADO	CONSERVADO
	ROLES SOCIALES	CONSERVADO	CONSERVADO
	CONOCIMIENTOS COMPARTIDOS	AFECTADO	LEVE AFECTACIÓN
	INFORMATIVIDAD	AFECTADO	CONSERVADO
	TOPICALIZACIÓN	LEVE AFECTACIÓN	LEVE AFECTACIÓN
	ALTERNANCIA DE TURNOS	TENDENCIA A TURNOS LARGOS	TENDENCIA A TURNOS LARGOS
	COMPETENCIA ESTRATÉGICA	NO CONCLUYENTE	CONSERVADO

Tabla 7. Elaboración propia

Tras conocer e interpretar todos estos resultados, se presenta este Protocolo de Evaluación Logopédica para el Diagnóstico Diferencial del DCL y el Envejecimiento saludable, de elaboración propia a partir de los resultados e interpretaciones realizadas.

Con este protocolo se espera, sin querer ser pretenciosa, que logopedas profesionales dispongan de una herramienta que les sirva para discernir entre ambos estados preclínicos, utilizando como medidor el lenguaje y la comunicación. De esta manera, y como ya se ha comentado líneas más arriba, podrán plantear una intervención preventiva o terapéutica.

Además, este protocolo podría llegar a ser el punto de partida de futuras investigaciones en este campo, ya que se entiende que la muestra recogida, aunque suficiente para un TFG, no es la habitual en cuanto a cantidad para poder extrapolar los resultados a toda la población sana o con DCL. Sin embargo, si que se considera que puede ser una muestra suficiente para orientar itinerarios investigadores diversos.



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN LOGOPÉDICA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL) Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

NOMBRE		APELLIDOS	
EDAD		SEXO	
RESIDENCIA			

PRAGMÁTICA	CONOCIMIENTOS COMPARTIDOS	¿Se refiere a personas, objetos, situaciones, o da por supuesta información que su interlocutor desconoce?	SÍ (indicador DCL) A VECES (posible indicador DCL) NO (Envejecimiento saludable)
	INFORMATIVIDAD	¿Repite información que ya ha sido proporcionada en la misma conversación?	SÍ (indicador DCL) A VECES (indicador DCL) NO (Envejecimiento saludable)
	TOPICALIZACIÓN	¿Realiza cambios de tema conversacional poco coherentes?	MUY FRECUENTE (posible indicador DCL) A VECES (no concluyente) NO (no concluyente)
	ALTERNANCIA DE TURNOS	¿Sus turnos son excesivamente largos?	SÍ (posible indicador DCL) A VECES (no concluyente) NO (no concluyente)
	COMPETENCIA ESTRATÉGICA	¿Es capaz de reconocer que no es capaz de hablar de un tema o que se le ha olvidado?	SÍ (posible indicador DCL) A VECES (no concluyente) NO (no concluyente)

LÉXICO	SUSTITUCIÓN	¿Hace uso de pronombres sustitutos sin haber marcado un referente claro?	SÍ (indicador DCL) A VECES (posible indicador DCL)
---------------	--------------------	--	---



			NO (Envejecimiento saludable)
	PDL	¿Realiza fenómenos PDL y/o los sustituye por parafasias y palabras comodín?	MUY FRECUENTE (posible indicador DCL) A VECES (no concluyente) NO (no concluyente)

Realizado por: Andrea Sánchez Campo. Estudiante del Grado en Logopedia. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

6. DISCUSIÓN

De forma general y como se puede ver en la tabla 4, se observa mayor afectación lingüística y comunicativa en la población con DCL que en la población envejecida saludablemente.

Sin embargo, según la tabla 5 las puntuaciones a nivel comprensivo son mucho más parejas que a nivel expresivo. Esto indicaría que, aunque ambos tienen alteraciones tanto en comprensión como en expresión, la verdadera distinción se da a nivel expresivo, estando las capacidades expresivas más afectadas en el adulto con DCL que en el envejecido saludablemente. Esto concordaría con los estudios de Salazar Provoste: “se producen dificultades en la sintaxis, disminuyéndose la longitud y complejidad sintáctica de las oraciones, y dándose problemas leves para la comprensión, tanto oral como escrita, de la misma”⁷.

Debido a la fina línea que separa el DCL del envejecimiento saludable, considero esencial analizar las diferencias en las puntuaciones en las tres áreas valoradas en el NeuroBel (fonología, léxico y sintaxis).

Al observar las investigaciones de Labos et al.⁶ en población sana y de Rodríguez et al.⁹ en población con DCL, se observa como ambos reflejan que el componente fonológico del lenguaje se encuentra conservado en ambas poblaciones. Esto concordaría con el gráfico 7 en el cual se percibe que la diferencia en el área de fonología entre una población y otra es ínfima. Por esto, los datos en fonología no son concluyentes, y la fonología no podría postularse como un rasgo diferenciador entre población con DCL y envejecida saludablemente.

En la evaluación no estandarizada observamos que a nivel léxico hay áreas que se encuentran conservadas en ambos casos (referencialidad), áreas conservadas en la población saludable y afectadas en la población con DCL (sustitución), y áreas afectadas más levemente en la población saludable que en la población con DCL (cohesión léxica y fenómenos de PDL). Podríamos establecer, por tanto, que dentro del léxico los factores que podrían indicar DCL serían el uso de pronombres sustitutivos sin referente previo establecido. En cuanto a la aparición de PDL la diferencia entre una población y otra podría ser más casuística y subjetiva, que objetiva, por lo que se podría considerar un factor influyente pero no crucial. Tal y como indica Rodríguez et al. “Los ancianos con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) presentan también fenómenos de la Punta de la Lengua (PDL) pero de forma más acusada que las personas envejecidas sanas”⁹, esta “forma más acusada de PDL” puede que fuera notoria en estudios de muestras más amplias, pero con la población estudiada se hace muy difícil discernir si las diferencias se deben a la casuística o al estado de DCL.

Los estudios de Salazar Provoste⁷ hablan de disminución en longitud y complejidad sintáctica en pacientes envejecidos saludablemente, mientras que Mueller et al.⁵ asegura que en las personas con DCL se da dificultad en el uso de frases complejas y una reducción significativa en el número de palabras que conforman sus oraciones, es decir, disminución en la longitud y complejidad sintáctica. Este hecho concuerda con los resultados obtenidos en la prueba no estandarizada en la que a nivel sintáctico se observa que la afectación es casi igual en ambas poblaciones. Los resultados de la prueba estandarizada van en la misma línea. De forma que



los errores en sintaxis quedarían casi excluidos como factor diferenciador entre DCL y envejecimiento activo, estando en la línea de los estudios de Salazar.

El nivel pragmático, siguiendo la tabla 7, es aquel en el que encontramos diferencias más claras entre las poblaciones estudiadas.

Aquellos factores pragmáticos que se postularían como cruciales en el diagnóstico diferencial serían aquellos que se encuentran conservados o muy levemente afectados en la población saludable pero afectados en la población con DCL. Estos serían: los conocimientos compartidos y la informatividad.

Mientras que lugar, competencia estratégica, topicalización y alternancia de turnos serían factores influyentes, pero no decisivos en el diagnóstico diferencial.

Un caso especial es el de tiempo que se encuentra afectado en todos los participantes con DCL, pero en ninguno envejecido saludablemente. Esto podría deberse no tanto a la variable “enfermedad” sino a la variable “residencia”. Ya que toda la población con DCL habitaba en residencias donde los procesos de desorientación temporal son comunes, debido a la falta de utilidad práctica de saber el día exacto en que se está. Por eso se ha considerado oportuno no tener en cuenta este ítem en la interpretación de los resultados.

7. CONCLUSIONES

- Realizar la extensa revisión bibliográfica para aproximarme al conocimiento actual sobre DCL y envejecimiento saludable, así como las pruebas a aplicar, me ha servido como guía durante el desempeño práctico, capacitándome y facilitándome el proceso de determinación de variables e ítems relevantes, así como el análisis y discusión de los datos. Tras esta revisión bibliográfica he sacado en claro que existe gran variedad de literatura haciendo referencia a los síntomas médicos y de autonomía personal en ambas poblaciones. Sin embargo, la bibliografía en la que se hace referencia a las alteraciones en lenguaje y comunicación es escasa, y en su mayoría no exclusiva del ámbito lingüístico y comunicativo. Muchas veces se incorporan estas áreas dentro de investigaciones más globales sobre cognición y/o calidad de vida. De la misma forma el número de investigaciones en población envejecida saludablemente y/o con DCL en relación a estos componentes es escaso, tanto a nivel nacional como internacional, seguramente porque estas poblaciones no se son patológicas,

Todo esto concuerda con la gran variedad de pruebas existente para la valoración psicológica y médica de deterioro, pero escasas a nivel logopédico. La mayoría de las existentes no están destinadas únicamente a población con DCL y envejecida saludablemente, o no permiten su diagnóstico diferencial. Además, la gran mayoría obvian el componente pragmático del lenguaje, que, como se ha visto en este estudio y en la bibliografía consultada, es el más afectado y el factor fundamental para la distinción entre DCL y envejecimiento saludable.

- Al ejecutar un análisis en profundidad, tanto cuantitativo como cualitativo, de las características lingüísticas y comunicativas de los sujetos con DCL seleccionados a partir de la información bibliográfica recogida, he analizado y sintetizado los datos. Este análisis fue realizado tanto por vertiente comprensiva y expresiva, como por las cuatro áreas del lenguaje. He reorganizado los ítems y actividades de las pruebas para un mejor entendimiento y procesamiento de los datos. Todo este proceso me ha servido para darme cuenta de que ambas poblaciones son susceptibles a tratamiento logopédico, ya que presentan alteraciones en mayor o menor medida en tres de los cuatro componentes del lenguaje (léxico, sintaxis y pragmática).

Esto me ha llevado a plantearme la cuestión de si, como sociedad, estamos proporcionando toda la ayuda posible a nuestros mayores para lograr su mejor calidad de vida, ya que en la mayoría de residencias de adultos mayores no trabaja ningún logopeda. Por tanto, ¿sería posible que muchas de las patologías lingüísticas y comunicativas que se desarrollan en estas residencias y afectan a la calidad de vida de los residentes y sus familias pudieran haber sido disminuidas o incluso frenadas con la acción de un logopeda?

- Tras llevar a cabo un análisis en profundidad de las características lingüísticas y comunicativas de los sujetos envejecidos saludablemente seleccionados a partir de la información bibliográfica recogida, se pasó al análisis de los datos. De nuevo el análisis se realizó tanto por vertiente comprensiva y expresiva, como por las cuatro áreas del lenguaje. Reorganicé los ítems y actividades de las pruebas para un mejor

entendimiento y procesamiento de los datos. Además, he tenido en cuenta medias, máximos, mínimos, y variables cualitativas que podrían desviar los resultados. De esta forma he llegado a la conclusión de que con ambas poblaciones la prevención logopédica es esencial, pues lograría frenar los leves desvíos que he observado en léxico, morfosintaxis y pragmática. Si bien es cierto que en el caso de la población con DCL la terapia pragmática debe ser de carácter rehabilitador, ya que se encuentran comprometidos aspectos básicos de la misma que dificultan una comunicación eficaz, y por tanto, una correcta relación con el entorno. De esta forma me planteo, ¿si nuestros adultos mayores recibieran logopedia además de prevenir las patologías lingüísticas y comunicativas, prevendríamos también los síndromes de aislamiento tan comunes en nuestros mayores?

- Reflexionando sobre los datos obtenidos en cada una de las poblaciones y elaborando las diversas tablas y gráficos comparativos entre ambas poblaciones, me he dado cuenta de que existen grandes rasgos diferenciales. Por ello es básico realizar un diagnóstico diferencial entre ambas patologías con el objetivo de poder llevar a cabo una mejor intervención. Aunque siempre se ha de tener en cuenta que la respuesta logopédica debe ser individualizada a cada paciente, atendiendo no solo sus características logopédicas sino todas sus características de una forma biopsicosocial.
- He analizado las tablas y gráficos realizados para posteriormente poder interpretar las diferencias. De esta forma he podido establecer cuáles son factores que nos permitirán distinguir entre DCL y envejecimiento activo o saludable. He llegando a la conclusión de que es el componente pragmático el que nos permite realizar una distinción entre DCL y envejecimiento activo. Dentro de la pragmática las características que más evidenciarían esta distinción serían tanto la capacidad de adaptar el discurso a los conocimientos compartidos por el interlocutor como la capacidad de recordar la información ya proporcionada para no repetirla. Estando estas áreas afectadas gravemente en el DCL y conservadas en la población sana.

El resto de las características pragmáticas como la topicalización, la alternancia de turnos y la competencia estratégica serían factores influyentes en el diagnóstico, pero en ningún caso decisivos. Lo mismo ocurre con las alteraciones léxicas, en las que la falta de referente asociado a un pronombre sustitutivo es un rasgo identificador de la población con DCL, pero los fenómenos de PDL serían algo influyente más que decisivo.

- He realizado un protocolo de evaluación logopédico para la diferenciación de DCL y envejecimiento saludable en lo referido a la comunicación y al lenguaje. Para su elaboración se ha partido de los elementos que se han descubierto como claves para el diagnóstico diferencial, así como los influyentes. El objetivo de este protocolo es que pueda servir de herramienta a los logopedas para determinar si un paciente tiene DCL o está envejecido saludablemente, y así poder realizar una intervención más individualizada pero también más sencilla para el logopeda, pudiendo realizar grupos de estimulación en las diferentes poblaciones por separado. Igualmente, se debe tener

en cuenta que la muestra de personas ha sido reducida en el caso de este TFG, pero como los resultados han sido bastante congruentes, se considera que el protocolo que puede ser una herramienta útil para aquel logopeda que decida utilizarlo.

Resolución de hipótesis:

1. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable centrarán sus alteraciones más significativas en el nivel pragmático. Aunque en los primeros se observará un mayor uso de parafasias, un menor aporte informativo en la conversación, así como mayores dificultades en el seguimiento del tema conversacional que en los sujetos envejecidos saludablemente: Se ha concluido que esta hipótesis es cierta según el estudio realizado. Ambas poblaciones centran sus dificultades en el campo pragmático (ver tabla 7). Además, se ha observado que las personas con DCL estudiadas tenían mayores dificultades que las sanas en precisamente esas áreas de la pragmática: aportar información (reflejado en informatividad y conocimientos compartidos). Sin embargo, se ha visto que los factores de seguimiento conversacional (o topicalización) aunque más afectados en el primer grupo, no son un factor determinante. De igual forma las parafasias, para esconder los PDL se han dado en ambas poblaciones, aunque ligeramente mayor en la primera.
2. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable tendrán una alteración moderada en el nivel de acceso al léxico, aunque el primer grupo presentará mayor número de PDL y uso de palabras comodín que los sujetos envejecidos saludablemente: Se ha demostrado esta hipótesis según los resultados obtenidos, aunque la diferencia en la aparición de PDL y palabras comodín no ha sido tan acusada como se esperaba.
3. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable tendrán una alteración leve en el nivel morfosintáctico, con leves diferenciaciones entre ambos grupos: La hipótesis se ha confirmado, ya que tanto en los resultados de las pruebas estandarizadas como en las no estandarizadas ambos grupos tenían afectación, aunque con pequeñas diferencias.
4. Tanto los sujetos del grupo de DCL como del de envejecimiento saludable tendrán conservados el nivel fonético-fonológico: Esta hipótesis ha resultado ser falsa ya que el grupo con DCL parecía tener una leve alteración en el componente fonético-fonológico, aunque de forma individual sería muy difícil establecerlo como patrón diferenciador.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ballesteros, R., 2011. Envejecimiento saludable. La Investigación en España, (1), pp.9-14.
2. Pietrosemoli, L., González, S., 2002. Lenguaje y envejecimiento normal. FONACIT,(7).
3. American Psychiatric Association, 2002. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. Barcelona.
4. Petersen, R., 2004. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med. pp183-194.
5. Mueller, P., et al., 2018. Connected Speech and Language in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease: A Review of Picture Description Tasks. J Clin Exp Neuropsychol, (9), pp917-939.
6. Labos, E., Del Río, M., Zabala, K., 2009. Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. Revista Argentina de Neuropsicología, (13), pp.1-13.
7. Salazar Provoste O. Marcadores discursivos y discurso senescente: análisis del habla producida por ancianos normales y ancianos diagnosticados con demencia tipo Alzheimer. [Doctorado]. Universidad de Valladolid; 2007.
8. Bayles, K., Kazniak, A., Tomoeda, C., 1987. Communication and Cognition in normal aging and dementia. Boston MA: Collge-Hill.
9. Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O., Facal, D., 2008. El fenómeno de la punta de la lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, (28), pp28-33.
10. Alonso-Sánchez M. et al., 2018. Discurso Narrativo en sujetos con deterioro cognitivo leve. Escuela de Fonoaudiología Universidad Santo Tomás, (12), pp.42-49.
11. Jiménez, M., 2007. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
12. Machado Goyano, A. et al., 2018. Análisis de la funcionalidad discursivo-pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve. leve. Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura, (28), pp.192-205.
13. González Martín, E. et al, 2018. Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de Investigación en Logopedia*, (9), pp.1-19.



14. Goodglass, H., Kaplan, E. and Barresi, B., 2005. *Evaluación De La Afasia Y De Trastornos Relacionados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
15. López-Higes, R. et al., 2012. Evaluación de la comprensión gramatical en el envejecimiento normal y patológico: Un resumen de los resultados obtenidos con las baterías ECCO y ECCO_Senior. *International Journal of Psychological Research*, (5), pp.96-108.
16. De Renzi, E. and Vignolo, L., 2019. *TOKEN. Test De Seguimiento De Instrucciones Orales*. 1st ed. Akadia.
17. Rosell Clari, V., and Hernández Sacristán, C., 2014. *Metaphas*. València: Nau Llibres.
18. Fernández-Urquiza, M., Díaz Martínez, F., Moreno Campos, V., Lázaro López-Villaseñor, M., Simón López, T. (2015). PREP-R. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado. Valencia: Universidad de Valencia.
19. Adrián, J., Jorquera, J. and Cuetos, F., 2015. NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, (3), pp.101-113.
20. Peña Casanova, J., 2004. *Test Barcelona Revisado, TBR*. Barcelona: Masson.
21. Martínez-Arán, A., et al., 1998. El test del dibujo del reloj: métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. *Revista de Neurología*, (27) pp.55-59.
22. Martínez de la Iglesia, J., et al., 2011. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, (117), pp129-134.
23. Folstein, M., 2002. MMSE. Madrid: TEA.
24. Gallardo Paúls, B., Sanmartín Sáez, J., Moreno Campos, V., 2005. *Corpus PerLA*. Valencia: Universitar de València.
25. Varela Suárez A. Lenguaje y demencia. Diseño y aplicación de un protocolo de coherencia discursiva. [Doctorado]. Universidad de Vigo; 2018.