



**TRABAJO FIN DE GRADO**

**DETERIORO COGNITIVO  
LEVE: ESTUDIO DE UN CASO  
DESDE LA PERSPECTIVA  
LOGOPÉDICA**

**AUTORA: TANIA SEOANE BLANCO**

**TUTORA: ESTHER GONZÁLEZ SOBRINO**

## ÍNDICE:

1. Introducción .....	3
2. Fundamentación teórica .....	4
2.1. Definición de envejecimiento. Prevalencia y estadísticas .....	4
2.2. Clasificación de las personas mayores .....	4
2.3. ¿Cómo es percibido por la sociedad?.....	8
2.4. Deterioro Cognitivo Leve .....	8
2.4.1. Evolución del concepto y criterios diagnósticos .....	8
2.4.2. Clasificación.....	10
2.4.3. Evaluación .....	11
2.4.4. Lenguaje en el deterioro cognitivo leve .....	17
2.4.5. Tratamiento no farmacológico .....	18
3. Objetivos .....	20
4. Metodología.....	20
4.1. Revisión bibliográfica.....	20
4.2. Caso clínico .....	21
4.2.1. Descripción del caso .....	21
4.2.2. Evaluación del lenguaje.....	22
4.2.3. Intervención .....	25
4.3. Resultados de la intervención.....	31
5. Discusión .....	31
6. Conclusiones .....	32
7. Referencias bibliográficas .....	34
8. Anexos.....	37

## **Resumen**

En la actualidad, ha habido un incremento del número de personas mayores a nivel mundial. Existen tres tipos de personas mayores: personas sanas, personas con deterioro cognitivo leve (DCL) y personas con demencia o deterioro cognitivo grave (DCG).

El DCL es un estadio que se sitúa entre la salud y la patología grave, y afecta a diferentes dominios cognitivos, incluyendo el lenguaje. Las áreas más afectadas son la fluidez verbal, la denominación, el aprendizaje de nuevas palabras y el discurso narrativo. Para mantenerlas conservadas, existen varios recursos como son los programas de estimulación cognitiva o la intervención logopédica. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona mayor y mantener, paliar y/o compensar las capacidades lingüísticas de los individuos.

**Palabras clave:** envejecimiento, demencia, deterioro cognitivo leve, lenguaje e intervención logopédica.

## **Abstract**

Currently, there has been an increase in the number of old people worldwide. There are three types of old people: healthy people, people with mild cognitive impairment and people with dementia or severe cognitive impairment.

The mild cognitive impairment is a stadium which is situated between the health and severe pathology and it affects to different cognitive domains, including language. The most afflicted areas are verbal fluency, designation, ability for learning new words and narrative speech. In order to keep them, there are several resources like cognitive stimulation programs or speech therapy. Their objectives are to improve the condition of life of old people and to maintain, palliate and/or to compensate for the grammatical capacities of individuals.

**Key words:** ageing/elderly, dementia, mild cognitive impairment, language and speech therapy.

## 1. Introducción

Este trabajo se corresponde con la asignatura de “Trabajo Fin de Grado”, asignatura asociada a las distintas materias propias del grado de Logopedia y que consiste en realizar un trabajo acerca de un determinado tópico. En este caso, el tema seleccionado es el Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Para abordarlo, se realiza una revisión bibliográfica y se describen apartados generales acerca del envejecimiento (definición, prevalencia y estadísticas; clasificación de las personas mayores y cómo se percibe en la población) y acerca del DCL (evolución del concepto y criterios diagnósticos, clasificaciones, evaluación, lenguaje en estos pacientes y tratamiento no farmacológico), a fin de lograr una mayor comprensión y familiaridad con el envejecimiento sano y patológico.

Se describen los objetivos perseguidos y la metodología seguida para realizar la revisión bibliográfica y para la intervención logopédica. En esta última, se incluye la descripción de un caso clínico, acompañada de la evaluación del lenguaje y de la intervención logopédica (objetivos y actividades).

Se realiza un breve análisis acerca de los datos descritos (discusión), y posteriormente, se redactan las aportaciones del trabajo (conclusiones).

Finalmente, se adjuntan en anexos los diferentes materiales empleados en las sesiones de la intervención logopédica.

Cabe destacar que lo que me ha llevado a profundizar en esta patología ha sido la experiencia de estar con pacientes con DCL durante mis prácticas y la gran cantidad de personas mayores de mi entorno. Asimismo, me propusieron la idea de incluir un caso clínico en este trabajo; la evaluación del lenguaje se realizó con ayuda de una logopeda, sin embargo, yo planifiqué la intervención logopédica (6 sesiones), lo que me aportó mayor conocimiento sobre la patología.

## 2. Fundamentación teórica

### 2.1. Definición de envejecimiento. Prevalencia y estadísticas

Según la **OMS** (Organización Mundial de la Salud, 2021) el envejecimiento es el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. Esto conduce a la disminución de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y a la muerte. Se destaca que, en 2021, ha habido un incremento del número de personas mayores en el planeta; debido a que la esperanza de vida es igual o superior a los 60 años. Se calcula que entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes mayores de 60 años se incrementará en un 34%. En 2020, había 1.000 millones de habitantes con 60 años o más; se predice que habrá 1400 millones en 2030 y 2100 millones en 2050. Se cree que el número de personas de 80 años o más se triplique hasta alcanzar los 426 millones. Según el **INE** (Instituto Nacional de Estadística, 2021), hubo 47.385.107 habitantes en España, de los cuales 9,38 millones tenían una edad igual o superior a 65 años (Statista, 2022).

No existe una edad de referencia para el comienzo de la vejez, pero la mayoría de los gerontólogos toman como referencia la edad de 60 o 65 años (Stuart-Hamilton, 2002; citado en Álvarez, 2016). Sin embargo, Molero (2001) resalta que el envejecimiento coincide con la edad de jubilación.

Existe una clasificación de los adultos mayores en función de la edad que tengan: viejos jóvenes (se encuentran entre los 60 y los 74 años), viejos medios (tienen entre 74 y 84 años) y viejos viejos (tienen más de 85 años) (Achtley, 1991; citado en Valles, 2011).

### 2.2. Clasificación de las personas mayores

Según el rendimiento neurocognitivo, las personas mayores se pueden clasificar en (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; citado en González, Mendizábal, Jimeno y Sánchez, 2019): personas sanas, personas con Trastorno Neurocognitivo Leve (DCL) y personas con Trastorno Neurocognitivo Grave o Demencia (DCG).

1. Personas sanas: no presentan alteraciones cognitivas; las características neurolingüísticas y cognitivas son consideradas como cambios fisiológicos de la edad. Según González (2020), estos cambios son:

**Sociales:** La jubilación puede causar ansiedad, ocasionando baja autoestima y aislamiento social. Existe miedo a hacer el ridículo y baja tolerancia a la frustración (González, 2020).

**Psicológicos:**

- Capacidades cognitivas afectadas: inteligencia fluida (habilidad de manejar la información que se ha adquirido recientemente y establecer relaciones con la información ya adquirida), eficiencia intelectual, memoria a corto plazo (MCP) y capacidad para resolver problemas cotidianos. Asimismo, hay un menor tiempo de reacción a estímulos (González, 2020).
- Aspectos afectivos: cambios de carácter (más irritables y discutidores), rígidos en sus prácticas y rutinas, miedo al fracaso, sentimientos de pérdida, menos tolerancia a los cambios y modificaciones emocionales (inútiles e impotentes ante algunas situaciones) (González, 2020).

**Biológicos:**

- Composición corporal: disminución de la función celular, del peso (por menor masa corporal y menor cantidad de agua en el cuerpo) y del comportamiento hídrico (tienden a la deshidratación) (González, 2020).
- Sistema nervioso: atrofia cerebral, ligero temblor senil, enlentecimiento generalizado, alteraciones del sueño (hipersomnia, insomnio, despertares nocturnos o disminución general del sueño por la noche), disminución de reflejos, de neurotransmisores, de coordinación y de equilibrio; pérdida de neuronas y estrechamiento de la corteza cerebral acompañado del aumento de los ventrículos (González, 2020).
- Sistema musculoesquelético: osteoporosis, menor talla corporal por desgaste de las vértebras y uniones, alteraciones en la marcha (vértigos posicionales benignos, síndrome de desuso, frecuentes caídas); menor fuerza, masa, agilidad y coordinación muscular; osteoartrosis; endurecimiento de los ligamentos y menor flexibilidad articular (González, 2020).

**Lingüísticos:** se resalta que, de todos los dominios cognitivos, el lenguaje es el que menos se deteriora (Román y Sánchez, 1998; citado en Álvarez, 2016). Asimismo, se destaca que algunas funciones lingüísticas cambian, debido a alteraciones en el ejecutivo central, especialmente, en la atención, en la memoria operativa y en la disminución de la velocidad de procesamiento de la información (Juncos, Pereiro y Rodríguez, 2005; Juncos-Rabadán y Rozas, 2002; citado en González et al., 2019). Los niveles de lenguaje alterados son:

- **Léxico:** el acceso al léxico se ve afectado; pero el conocimiento conceptual y el vocabulario pasivo pueden verse incrementados (Juncos, 1998; citado en Molero, 2001). Hay ambigüedad al definir conceptos, disminución de sinónimos y un aumento de perífrasis verbales (González et al., 2019). Se incrementa el fenómeno de la punta de la lengua entendida como una “dificultad para recordar palabras conocidas, teniendo la sensación de saber qué palabra es” (Juncos-Rabadán, Facal y Rodríguez, 2006, p.501), dándose con más frecuencia en la recuperación de los nombres propios o poco frecuentes (Cohen y Faulkner, 1986; Crook y West, 1990; citado en Juncos, Elosúa de Juan, Pereiro y Torres, 1998). Como consecuencia, se incrementa el número de circunloquios como estrategia compensadora (Juncos-Rabadán y Rozas, 2002; citado en González et al., 2019). La denominación pictográfica se ve alterada; no obstante, esta capacidad mejora tras la administración de claves fonéticas (Delgado, 2011; citado en Álvarez, 2016). También, se observa una disminución de la fluencia verbal (Kozora y Cullum, 1995; La Rue, 1992; citado en Román y Sánchez, 1998).
- **Sintaxis:** alteraciones en la comprensión de oraciones (López-Higes y Rubio-Valdehita, 2014; citado en González et al. 2019). Hay dificultades en la repetición y uso espontáneo de oraciones complejas causado por la disminución de la memoria de trabajo (Kempler, 1989; citado en González et al. 2019). Además, se ha demostrado que la longitud y complejidad sintácticas disminuyen con la edad (Salazar Provoste, 2007; citado en González et al., 2019).
- **Discurso oral y escrito:** se observa una disminución de la organización y del contenido discursivo (Puyuelo y Bruna, 2006; citado en González et al., 2019). Asimismo, presentan dificultad para recordar y comprender el discurso del interlocutor (Juncos-

Rabadán y Rozas, 2002; citado en González et al., 2019), y dificultad para inhibir la información irrelevante del texto (González et al., 2019). Se encuentran dificultades para comprender y producir diferentes textos e historias (Juncos y Pereiro, 2002). La descripción de objetos se ve afectada, va acompañada de interpretaciones y adiciones subjetivas (Bruna, 2006, citado en Álvarez, 2016).

2. Personas con Trastorno Neurocognitivo Leve o Deterioro Cognitivo Leve (DCL): personas con declive cognitivo leve o moderado respecto al funcionamiento previo. No interfiere en la realización de las actividades cotidianas, por lo que no afecta significativamente al funcionamiento global de la persona. Es un estadio transitorio entre la salud y la patología grave (González Martín et al., 2019).

3. Personas con Trastorno Neurocognitivo Grave o Demencia (DCG): personas con un declive cognitivo significativo con respecto al funcionamiento previo. Interfiere en las actividades de la vida diaria y afecta al funcionamiento global del sujeto (González et al., 2019).

Respecto al lenguaje, los síntomas más comunes son anomias, circunloquios, parafasias, ecolalias, apraxia, logorrea, agnosia, agramatismo, disartria, mutismo, dislexia y disortografías (Rosell- Clary y Valles, 2016).

Khosravi (2011) identifica **tres estadios**:

**1<sup>er</sup> estadio**: la conversación parece fluida, pero se encuentra repleta de anomias; por lo que existen abundantes circunloquios. No se destacan dificultades de lectoescritura (Khosravi, 2011; citado en Rosell- Clary y Valles, 2016).

**2<sup>o</sup> estadio**: las oraciones son más limitadas y simples, pero con una estructura sintáctica correcta. Se destacan problemas de comprensión lectora y de organización de textos escritos (Khosravi, 2011; citado en Rosell- Clary y Valles, 2016).



**3<sup>er</sup> estadio:** afectación de la expresión verbal, oraciones inacabadas. Se destacan dificultades para transmitir ideas. Esta etapa conduce a un aislamiento social (Khosravi, 2011; citado en Rosell- Clary y Valles, 2016).

Se debe resaltar que estos síntomas varían de un paciente a otro y dependen del tipo de demencia. Por ejemplo, en la demencia tipo Alzheimer (DTA) se afecta el léxico al comienzo (dificultades para encontrar palabras y fallos en la memoria semántica) y en la demencia frontotemporal, se afecta inicialmente la pragmática y el ritmo de habla (Rosell- Clary y Valles, 2016).

### **2.3. ¿Cómo es percibido por la sociedad?**

Siguiendo a Valles (2011), hay diversas culturas que considera al envejecimiento como una enfermedad, entendida como sinónimo de poca salud, decrepitud y de ausencia de disfrute; por ende, la finalidad es sobrevivir. No obstante, existe una contradicción extendida en la sociedad: el anciano es una persona inútil, pero sabia.

Otra de las percepciones encontradas es que el envejecimiento es considerado como la última etapa de la existencia del ser humano, un periodo que, inevitablemente, conduce al fallecimiento; por lo que vivirla puede producir tristeza de la pérdida de la juventud, de la salud, de los amigos, etc. (Valles, 2011).

### **2.4. Deterioro Cognitivo Leve**

#### **2.4.1. Evolución del concepto y criterios diagnósticos**

Se han empleado muchos términos para hacer referencia a los primeros signos de deterioro cognitivo en la población mayor: “deterioro de memoria asociado a la edad” o “deterioro cognitivo sin demencia” (González, Buonanotte y Cáceres, 2015).

“El término DCL fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker sobre la base del grado 3 de la Global Deterioration scale de Reisberg” (Gutiérrez y Guzmán, 2017, p.4). En 1999, Petersen publica los criterios originales de la Clínica Mayo de Estados Unidos: quejas subjetivas de la pérdida de la memoria, acompañadas de una pérdida de memoria objetiva ajustada a la edad y a la educación del sujeto, sin cumplir con los criterios de demencia y sin

daños en otras funciones cognitivas. Las actividades de la vida diaria (AVD, en adelante) no deben afectarse. En estas primeras definiciones, el DCL era considerado como una condición previa a la demencia tipo Alzheimer (González et al., 2015; Gutiérrez y Guzmán, 2017).

A lo largo del tiempo, se observó que no todas las formas de DCL evolucionaban hacia DTA; en 2003, se celebró una conferencia internacional para llegar a un consenso acerca del constructo del DCL. Por ello, la Clínica Mayo propone unos criterios más ampliados: a) cambios en la memoria identificados por paciente, informador o médico, b) cambios en la cognición identificados por paciente o informador, c) deterioro en uno o más de los dominios cognitivos que superan lo esperado para la edad y el nivel educativo, d) función cognitiva conservada, e) mantenimiento del grado de independencia funcional en las AVD y f) ausencia de demencia (Gutiérrez y Guzmán, 2017). Partiendo de la base de la alteración de distintos dominios, el Grupo Internacional de Trabajo en DCL propuso otros criterios diagnósticos: a) el paciente presenta deterioro cognitivo evidenciable, b) las alteraciones son informadas por el paciente o por un familiar y se pueden objetivar mediante pruebas neuropsicológicas, c) ausencia de demencia y d) las AVD se encuentran preservadas o con mínimas alteraciones (Gutiérrez y Guzmán, 2017).

El DSM-5 propone una serie de cambios terminológicos: el término DCL es sustituido por el término “trastorno neurocognitivo leve o menor”, reemplazando la categoría de “delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos” establecida en el DSM-IV-TR. (González et al., 2015; Gutiérrez y Guzmán, 2017). Asimismo, incluye el término “trastorno neurocognitivo mayor” que sustituye al término demencia. El criterio que los diferencia son si las dificultades cognitivas influyen o no en la realización de las AVD: en el trastorno neurocognitivo menor, no influyen; pero en el trastorno cognitivo mayor sí. La diferencia principal entre el clásico DCL y el término trastorno neurocognitivo leve es que este último incluye el deterioro ocasionado por cualquier etiología y rango de edad, tales como un traumatismo craneoencefálico o el deterioro producido debido a cuadros epilépticos (Gutiérrez et al., 2015). Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), los criterios diagnósticos son:

- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado 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:
- 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.
  - Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por una prueba neuropsicológica estandarizada o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Los criterios para determinar el DCL son la observación clínica comportamental y cognitiva. Los biomarcadores podrían ser incorporados en la decisión clínica, pero en la actualidad, se utilizan en la investigación, la mayoría no están validados para su uso en la práctica diaria (González et al., 2015).

#### **2.4.2. Clasificación**

Petersen y el Grupo Internacional de Trabajo en DCL presentaron en 2004 una ampliación del término inicial, identificando 4 tipos de DCL. Esta clasificación tiene en cuenta a los dominios afectados (González et al., 2015):

- Amnésico: sólo afecta a la memoria. El resto de las funciones cognitivas están preservadas. Frecuentemente, evoluciona a DTA (Junqué y Barroso, 2009; citado en Álvarez, 2016).
  - Dominio simple: hay solamente un deterioro en la memoria (Gutiérrez y Guzmán, 2017).
  - Dominio múltiple: se afecta la memoria junto con otros dominios como la atención, las funciones ejecutivas, la capacidad visoespacial o el lenguaje (Gutiérrez y Guzmán, 2017).
- No amnésico: se afecta otro dominio cognitivo distinto de la memoria. Con más frecuencia, se afectan las funciones ejecutivas o el lenguaje (Gutiérrez y Guzmán., 2017). Constituye un estado prodrómico de demencias frontotemporales, por cuerpos de Lewy o vascular (González et al., 2015).
  - Dominio simple: sólo hay deterioro en un dominio cognitivo (Gutiérrez y Guzmán, 2017).
  - Dominio múltiple o multidominio: se ven alterados dos o más dominios distintos de la memoria (Gutiérrez y Guzmán, 2017).

### 2.4.3. Evaluación

Se debe considerar que los déficits sensoriales y motores coexistentes en esta población pueden dificultar el diagnóstico de DCL. Sin embargo, la evaluación del paciente con DCL es similar a los pacientes con sospecha de demencia: **pruebas de neuroimagen y pruebas de sangre**, necesitando descartar otras patologías y evaluar medicamentos habituales que podrían disminuir el rendimiento cognitivo (Custodio et al., 2012).

La **evaluación neuropsicológica** es esencial para distinguir entre envejecimiento sano y patológico, pues los cambios cognitivos de ambos son muy similares. No obstante, se resalta que no existe un consenso acerca de las funciones cognitivas a considerar ni la cantidad de

pruebas a realizar para determinar si un dominio se encuentra o no comprometido (González et al., 2015). Según el DSM-5, se deben considerar los siguientes dominios: atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad visoperceptiva y cognición social. La afección de estos dominios debe situarse en una desviación estándar de entre 1 y 2, donde el punto de corte se sitúa en una desviación estándar de 1,5 por debajo de la normalidad (González et al., 2015). Dentro de los dominios neurocognitivos, nos centraremos en el lenguaje.

El número de pruebas que evalúan el **lenguaje y la comunicación** es reducido desde la perspectiva logopédica (González et al., 2019). Sin embargo, existen algunas que diagnostican patologías concretas como la afasia. Algunas de ellas son:

- Test de Boston (Godglass, Kaplan y Barresi, 1986): prueba del lenguaje que valora el habla de conversación y exposición (respuestas sociales sencillas, conversación libre, descripción de una lámina y discurso narrativo: fábulas de Esopo), la comprensión auditiva (comprensión de palabras, órdenes, material ideativo complejo y procesamiento sintáctico), expresión oral (agilidad oral, secuencias automatizadas; recitado, melodía y ritmo; repetición y denominación), lectura (reconocimiento simbólico básico, identificación de palabras, fonética, morfología gramatical y derivativa, lectura en voz alta, lectura de oraciones en voz alta con comprensión y comprensión de la lectura: oraciones y párrafos), escritura (mecánica de la escritura, habilidades codificadoras básicas-dictado de palabras, denominación escrita de dibujos, influencias cognitivas/gramaticales sobre la recuperación escrita de palabras y escritura narrativa) y praxis (praxis de extremidades/manos, praxis bucofacial/fonatoria). Existen varias ediciones y formatos abreviados. Se utiliza en adultos (Martínez, Castañeda y Ludwin, s.f.).
- Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA): prueba de lenguaje que evalúa la comprensión oral (discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra hablada-dibujo, repetición de palabras y repetición de pseudopalabras), producción oral (denominación de objetos, denominación de acciones, nombrar a definiciones, fluidez verbal y fluidez verbal de nombres de

personas), lectura (nombrado de letras, decisión léxica visual, lectura de palabras, lectura de pseudopalabras y emparejamiento palabra escrita-dibujo), escritura (señalar la letra, copia de mayúscula a minúscula, denominación escrita de objetos, dictado de palabras ortografía arbitraria y dictado de pseudopalabras), semántica (asociación semántica, asociación objeto-acción, emparejamiento definición-palabra, emparejamiento de sinónimos y señalar el diferente) y oraciones (emparejamiento oración hablada-dibujo, emparejamiento oración escrita-dibujo, juicios de gramaticalidad, prueba de dígitos y descripción de una lámina). Se utiliza en personas afásicas de todas las edades (Cuetos y González-Nosti, 2009).

Ambas pruebas son amplias, costosas y largas de aplicar. Otras pruebas que evalúan el lenguaje y la comunicación son:

- Neurobel: batería neuropsicológica que evalúa el lenguaje oral en adultos de mediana edad a partir de 70 años (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015). Tiene ocho tareas: cuatro valoran la comprensión (discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra hablada-dibujo y comprensión de oraciones) y cuatro valoran la expresión del lenguaje (repetición, denominación de dibujos, denominación de acciones y completar oraciones) (González et al., 2019).
- Test Ecco-Senior: prueba elaborada por López-Higes, Rubio-Valdehita, Martín-Aragoneses, Del Río y Mejuto en 2010. Evalúa la comprensión del lenguaje escrito en personas mayores. Es la versión actualizada y reducida de la batería original ECCO para adultos mayores y pretende el estudio del perfil lingüístico de pacientes con DCL (González et al., 2019).
- Test de Denominación de Boston: prueba elaborada por Goodglass y Kaplan en 1986. Valora la memoria semántica en los protocolos de evaluación de las demencias. Es una prueba utilizada en personas con DTA. Debido a su longitud, se han desarrollado formas abreviadas para facilitar su aplicación. La versión original consta de 60 figuras de objetos que han de denominarse por orden creciente de dificultad (Serrano et al., 2001; citado en González et al., 2019). Se utiliza en adultos (Martínez et al., s.f.).

- Token Test: elaborado por De Renzi y Vignolo en 1962. Valora la comprensión del lenguaje oral. El material consta de 20 fichas de distintas formas, colores y tamaños. El objetivo es evaluar la capacidad para comprender el nombre (círculo y cuadrado, color y tamaño), los verbos y las preposiciones incluidos en las instrucciones. De Renzi y Faglioni en 1978 elaboraron una versión reducida idónea para personas mayores, basada en 36 consignas orales ordenadas por nivel de dificultad creciente (González et al., 2019). Se emplea en niños entre 6 y 12 años y adultos con afasia (Cuya, Del Valle y Orellana, 2013).
  
- Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia (MetAphAs): prueba elaborada por Rosell Clari y Hernández Sacristán en 2014. Evalúa la capacidad de acceso al lenguaje interior y la inhibición de proceso de externalización del lenguaje oral. Aunque los resultados muestran perfiles de afectación con diferente tipo y severidad de la afasia, es útil para evaluar las habilidades metalingüísticas de las personas con demencia (Valles y Rosell Clarí, 2016; citado en González et al., 2019).
  
- Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R): elaborado por Fernández-Urquiza, Díaz, Moreno, Lázaro y Simón en 2015. Screening que valora la eficacia pragmática y detecta los aspectos pragmáticos y/o componentes gramaticales en personas con déficit comunicativo (González et al., 2019).

Se resalta que, además de las pruebas descritas anteriormente, existen otras que miden el lenguaje acompañado de otros dominios cognitivos como son el Mini-Mental State Examination que valora la orientación, la fijación, la atención, el cálculo, la memoria y el lenguaje. Otra prueba es el Miniexamen Cognoscitivo o MEC de Lobo que evalúa la orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción. Ambas pruebas evalúan dominios cognitivos similares y son rápidas por ser breves (González, 2020).

Como se ha observado, las pruebas de evaluación del lenguaje en personas mayores se enfocan en los aspectos semánticos y léxicos de la lengua; en menor medida, evalúan los aspectos fonológicos (González et al., 2019).

Valles (2011) defiende realizar el análisis conversacional (AC) para la evaluación del paciente con DCL; ya que es importante evaluar la función pragmática. Se ha demostrado que este análisis es útil para estudiar las características del intercambio comunicativo entre personas con DTA y sus interlocutores habituales (Hamilton, 1994; Ripich y Terell, 1998; Orange Lubinski y Higginbotham, 1996; Sabat, 2004; Valles, 2010; citado en Valles, 2011) o con pacientes con afasia (Pietrosemoli, 2007; citado en Valles, 2011). Esto analiza la actividad lingüística del paciente y de los interlocutores. Pietrosemoli (2007) resalta que se debería valorar los turnos en la conversación (intervenciones individuales de cada participante en la conversación), los pares adyacentes (estructuras que aparecen de forma coordinada en la que la segunda es consecuencia de la primera), las reparaciones conversacionales entendidas como un proceso complejo que se manifiesta de diversas maneras: reparaciones dirigidas a corroborar el significado de un mensaje (indirectas), solucionar problemas con la forma del discurso (auto-reparaciones: autocorrección y hetero-reparaciones: cuando el interlocutor corrige o completa un determinado mensaje) y los marcadores discursivos (elementos que organizan y estructuran el discurso y la interacción) (Valles, 2011).

Para realizar este análisis, se propone el uso del Perfil Perla que incluye información acerca de los aspectos pragmáticos (Gallardo, 2007; citado en Valles, 2011). Otro recurso útil para valorar las características de la conversación es el Protocolo Inicial de Conversación que permite averiguar el conocimiento del interlocutor habitual del adulto con DCL acerca de sus habilidades para conversar y cómo valora su propio desempeño. La información recogida puede ayudar al logopeda a definir un perfil de intercambio y conocer el uso de estrategias no verbales (Valles, 2011).

El AC no debe llevarse a cabo en el contexto hospitalario o consultorio, ya que no permite establecer un clima donde la conversación sirva como vía para estudiar la utilización de recursos cohesivos o la coherencia del discurso en el sujeto evaluado (Valles, 2011).

En este tipo de población, se realizará una evaluación inicial para determinar la presencia o la ausencia de déficits comunicativos y lingüísticos, seguida de una intervención logopédica preventiva para intentar mantener las funciones cognitivas el mayor tiempo posible o terapéutica para que los déficits no evolucionen con el tiempo. Se realizará una evaluación



procesual con el objetivo de ajustar la intervención y observar la evolución del paciente, nunca se realizará una evaluación final (González et al., 2019).

<b>Pruebas de evaluación</b>	<b>Dimensiones del lenguaje que evalúa</b>	<b>Población y edades</b>
<b>Test de Boston</b>	Habla de conversación y exposición. Comprensión auditiva. Expresión oral. Lectura. Escritura. Praxis.	Adultos.
<b>BETA</b>	Comprensión oral. Producción oral. Lectura. Escritura. Semántica. Oraciones.	Personas afásicas de todas las edades.
<b>Neurobel</b>	Comprensión del lenguaje. Expresión del lenguaje.	Adultos de mediana edad a partir de los 70 años.
<b>Test Ecco-Senior</b>	Comprensión del lenguaje escrito.	Personas mayores.
<b>Test de denominación de Boston</b>	Memoria semántica.	A partir de 5 años.
<b>Token Test</b>	Comprensión del lenguaje oral.	Niños entre 6 y 12 años y adultos con afasia.

<b>Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia (MetAphAs)</b>	Capacidad de acceso al lenguaje interior.  Inhibición del proceso de externalización del lenguaje oral.	Personas mayores con demencia y afasia.
<b>Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (Prep-R)</b>	Eficacia pragmática.  Detecta los aspectos pragmáticos y/o componentes gramaticales.	Personas con déficit comunicativo.

Tabla de elaboración propia.

#### 2.4.4. Lenguaje en el deterioro cognitivo leve

Los cambios en la comunicación son los primeros indicios de DCL (Hernández Jaramillo, 2010; citado en González et al., 2019).

La fluidez verbal, la denominación y el aprendizaje de las palabras son los mejores indicadores para diagnosticar su aparición (Juncos-Rabadán, 2009; Juncos-Rabadán, Pereiro, Facal y Rodríguez, 2010; citado en González et al., 2019). Estos mismos autores señalan que la principal dimensión lingüística a evaluar sería la memoria verbal.

Existe una carencia de asociación semántica en el aprendizaje de palabras (Perri et al., 2009; citado en Álvarez, 2016). Una característica del DCL y de los estadios tempranos de DTA es la intrusión, producción equivocada del nombre de un objeto que no se encontraba en la lista que debía ser recordada. Aunque esto ocurre en el envejecimiento normal, la frecuencia en el DCL es mayor (Roselli y Ardila, 2012; citado en Álvarez, 2016).

Los problemas en fluidez verbal, semántica y fonológica pueden ser consecuencia de problemas del funcionamiento de la memoria semántica, la memoria de trabajo y la capacidad de control ejecutivo (Juncos-Rabadán, 2009; citado en Álvarez 2016).

Los problemas de denominación pueden deberse a alteraciones de las redes semánticas y/o fonológicas y a las dificultades para acceder a sus representaciones (MacKay y Burke, 1990; citado en Álvarez, 2016).

Existen resultados contradictorios respecto a la presencia del fenómeno de la punta de la lengua (PDL) en personas con DCL. Así, en un estudio realizado por Rodríguez, Juncos-Rabadán y Facal (2008), se demuestra que los pacientes con DCL obtienen una puntuación menor en vocabulario, denominación y tienen una menor información semántica (González et al., 2019).

En cuanto al discurso narrativo, se observan alteraciones en el habla y en la fluidez del discurso, frases más breves y menor rendimiento en el relato autobiográfico (Chapman et al., 2002; citado en González et al., 2019).

#### **2.4.5. Tratamiento no farmacológico**

Existen muchos **programas de prevención e intervención** centrados en el envejecimiento activo y en las demencias (González et al., 2019). Esta estimulación cognitiva incluye técnicas de terapia de orientación en la realidad, atención, reminiscencia, psicoestimulación, estimulación de la memoria, funciones ejecutivas, cálculo, la adaptación al entorno físico y humano, y finalmente, el lenguaje por medio de la intervención logopédica (Jara-Madrigal, 2007; Díaz y Sosa, 2010; citado en Ayuso, Villacorta-Medina y Martín-Lorenzo, 2021). Estos programas tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida de la persona mayor y de mantener, paliar y/o compensar sus capacidades lingüísticas (González et al., 2019).

Algunos son: “*Activemos la Mente*” de la Obra Social La Caixa (Peña Casanova, 1999; citado en González et al., 2019), “*Programa de Psicoestimulación Integral o PPI*” (Tárraga et al., 2006; citado en González et al., 2019), “*Cuadernos de Estimulación Cognitiva para Adultos*” (Sardinero Peña, 2010; citado en González et al., 2019), “*Programa de Actuación Cognitiva Integral de Demencias*” (PACID) (García y Carro, 2011; citado en González et al., 2019), programas de software como el programa *Gradior* (Franco et al., 2002; citado en González et al., 2019) o “*Smart Brain*” (Educamigos, 2018; citado en González et al., 2019).

Todos ellos comparten el mismo patrón de actividades lingüísticas divididas en las siguientes áreas: lenguaje automático, lenguaje espontáneo, denominación, evocación y repetición categorial, repetición verbal, lectoescritura, razonamiento, abstracción y otras funciones verbales (González et al., 2019).

Con respecto a la **metodología** de intervención, no hay un acuerdo unánime: algunos autores fomentan la administración individualizada o en grupos pequeños (Fernández-Calvo et al., 2010; citado en Ayuso et al., 2021), sin embargo, otros destacan la importancia de fomentar la socialización (López y Ullán, 2015, citado en Ayuso et al., 2021), por lo que sería ideal trabajar en grupos de dos personas, a fin de fomentar la relación social y trabajar de una manera más individualizada. Asimismo, se ha propuesto el uso de las nuevas tecnologías como herramienta de intervención (Franco y Bueno, 2002; López, 2001; Moreno, 2001; citado en Ayuso et al., 2021).

Las **estrategias de intervención** adecuadas para trabajar con personas con DCL son: el *aprendizaje sin errores o errorless* para que el paciente reduzca el número de errores, *visualización* (ofrecer mayores asociaciones visuales), *estrategias semánticas* (estimular el lenguaje, aportando claves semánticas), *recuperación espaciada* (facilitar la evocación del lenguaje incrementando el tiempo de latencia entre la presentación del material y la respuesta) y *desvanecimiento de claves* (facilitar la evocación de una palabra, proporcionando claves de recuerdo a fin de disminuir dichas claves) (Sánchez, 2012; citado en Ayuso et al., 2021).

Se resalta que hay **técnicas de comunicación de adecuación verbal** con la población con DCL: se les debe hablar de forma clara, realizando las pausas pertinentes con mensajes breves y sencillos, y manteniendo el contacto visual. Los mensajes más importantes deben decirse al comienzo de la oración si esta es larga y compleja, y se debe repetir la información las veces que sean necesarias. Hay que dejar tiempo para que comprenda lo que se ha dicho, realizar comentarios acerca de los acontecimientos en curso y formular preguntas cerradas que favorezcan la elección (Díaz y Sosa, 2010; citado en Ayuso et al., 2021).

En un estudio realizado por Ayuso et al. (2021), se destaca que la intervención logopédica resulta beneficiosa en los pacientes con DCL, pues logra que este se detenga o se reduzca su avance.

### 3. Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica para:

- **Adquirir un conocimiento general acerca del envejecimiento:** conocer los cambios que ocurren en el envejecimiento normal, la clasificación de las personas mayores, centrándonos en los cambios lingüísticos.
- **Profundizar en el DCL:** conocer qué es, la evolución del concepto a lo largo del tiempo, los criterios diagnósticos, los tipos que existen, las características del lenguaje en esta población, conocer de forma exhaustiva las pruebas de evaluación lingüística empleadas en esta población, y por último, conocer algunos de los programas de estimulación cognitiva y las técnicas más empleadas en la intervención logopédica.

Para el caso clínico:

- **Analizar las características de lenguaje de un individuo con DCL** mediante una evaluación que permita identificar las necesidades lingüísticas del paciente.
- **Proponer una intervención logopédica** con unos objetivos y actividades variadas en base a las dificultades lingüísticas detectadas en la evaluación.

### 4. Metodología

#### 4.1. Revisión bibliográfica

Para la revisión bibliográfica, se han utilizado varias bases de datos como **Dialnet** o **Google Académico**, introduciendo términos como: *“lenguaje y envejecimiento”*, *“cambios del envejecimiento”*, *“lenguaje en demencia”*, *“Deterioro Cognitivo Leve”*, *“lenguaje en el deterioro cognitivo leve”*, *“logopedia y envejecimiento”*, *“intervención logopédica en el deterioro cognitivo leve”*, entre otros. Se han seleccionado aquellos artículos que más relación tenían con el lenguaje, a excepción de los referenciados en los puntos 2.1, 2.3, 2.4.1 y 2.4.2.

Además, se ha utilizado “**uvadoc**” y consultado las referencias bibliográficas de otros TFG del mismo tema, a modo de orientación.

## 4.2. Caso clínico

Se ofrece el estudio de un caso real de un varón de 82 años diagnosticado de DCL no amnésico, así como un breve programa de intervención logopédica (PIL) basado en las necesidades observadas durante el proceso de evaluación.

La temporalización de las sesiones ha abarcado los meses de octubre, noviembre y diciembre. En total, se han realizado seis sesiones individuales con una duración aproximada de 30 minutos durante cinco semanas. En las cuatro primeras, se trabajó una vez a la semana y en la última, dos veces a la semana.

Al ser un número reducido de sesiones, se realizaron actividades breves y variadas para no agotar al paciente y lograr los objetivos propuestos, intentando cubrir sus necesidades lingüísticas.

### 4.2.1. Descripción del caso

El paciente es un varón de 82 años de origen español con DCL no amnésico. Como **antecedentes personales**, se destaca que fue ingresado anteriormente en el hospital a causa de un ACV (Accidente Cerebro-Vascular) que le causó hemiparesia izquierda, afectación del habla (afasia), disfagia y doble incontinencia. Previo al ACV, era una persona autónoma y vivía en su domicilio; aunque requería de ayuda en algunas tareas. Como consecuencia, recibió tratamiento logopédico por afasia, del cual se dio de alta hace dos años. Hace aproximadamente un año, se detectó que sufre de DCL no amnésico, por lo que sigue en tratamiento logopédico y en tratamiento de terapia ocupacional.

En cuanto a los **antecedentes familiares**, no hay ningún aspecto a destacar.

Respecto a la **historia sociolaboral**, se destaca que trabajó en el tercer sector y se jubiló a la edad de 65 años; es una persona que tiene muchos contactos sociales.

El paciente presenta **estudios primarios**; sabe leer, escribir y realizar cuentas matemáticas.

#### 4.2.2. Evaluación del lenguaje

Las pruebas empleadas para la valoración lingüística del paciente fueron la Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos (BETA), elaborada por Cuetos Vega y González-Nosti y el formato abreviado del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia 3<sup>era</sup> edición, adaptado al español por el Dr. García-Albea.

- Resultados del BETA:

Destacamos una fluidez verbal pobre, anomias, dificultades en la comprensión de oraciones largas y alteraciones en la escritura (mezcla de letras mayúsculas y minúsculas, dictado de pseudopalabras...). Los resultados del BETA se recogen en la siguiente tabla:

BLOQUES	TAREAS	RESULTADO NUMÉRICO	BAREMOS
<b>Comprensión oral</b>	Discriminación de fonemas	24/32	Normal: 29-32 <b>Trastorno: 0-28</b>
	Decisión léxica auditiva	29/32	<b>Normal: 29-32</b> Trastorno: 0-32
	Emparejamiento palabra hablada-dibujo	25/30	Normal: 28-30 <b>Trastorno: 0-27</b>
	Repetición de palabras	28/32	Normal: 31-32 <b>Trastorno: 0-30</b>
	Repetición de pseudopalabras	16/30	Normal:24-30 <b>Trastorno: 0-23</b>
<b>Producción oral</b>	Denominación de objetos	13/30	Normal: 23-30 <b>Trastorno: 0-22</b>
	Denominación de acciones	12/30	Normal: 20-30 <b>Trastorno: 0-19</b>

<b>Producción oral</b>	Nombrar a definiciones	7/30	Normal: 22-30 <b>Trastorno: 0-21</b>
	Fluidez verbal: semántica (animales) y fonológica (palabras que empiezan por /p/)	9: 3 animales y 6 palabras que empiezan por /p/	Normal: + de 15. <b>Trastorno: 0-14</b>
	Fluidez verbal de nombres de personas (políticos y artistas)	3: 1 político y 2 artistas.	Normal: + de 5. <b>Trastorno: 0-4</b>
<b>Lectura</b>	Nombrado de letras	19/20	<b>Normal: 19-20</b> Trastorno: 0-18
	Decisión léxica visual	28/32	Normal: 30-32 <b>Trastorno: 0-29</b>
	Lectura de palabras	29/32	Normal: 31-32 <b>Trastorno: 0.30</b>
	Lectura de pseudopalabras	27/30	<b>Normal: 26-30</b> Trastorno: 0-25
	Emparejamiento palabra escrita-dibujo	22/30	Normal:29-30 <b>Trastorno: 0-28</b>
<b>Escritura</b>	Señalar la letra	17/20	Normal: 19-20 <b>Trastorno: 0-18</b>
	Copia de mayúscula a minúscula	1/8	Normal: 7-8 <b>Trastorno: 0-6</b>
	Denominación escrita de objetos	5/10	Normal: 9-10 <b>Trastorno: 0-8</b>
	Dictado de palabras ortografía arbitraria	8/10	<b>Normal: 7-10</b> Trastorno: 0-6
	Dictado de pseudopalabras	2/10	Normal: 7-10 <b>Trastorno: 0-6</b>



<b>Semántica</b>	Asociación semántica	20/30	Normal: 28-30 <b>Trastorno: 0-27</b>
	Asociación objeto-acción	15/30	Normal: 27-30 <b>Trastorno: 0-26</b>
	Emparejamiento definición- palabra	22/30	Normal: 27-30 <b>Trastorno: 0-26</b>
	Emparejamiento de sinónimos	24/30	Normal: 25-30 <b>Trastorno: 0-24</b>
	Señalar el diferente	14/30	Normal: 24-30 <b>Trastorno: 0-23</b>
<b>Oraciones</b>	Emparejamiento oración hablada-dibujo	11/20	Normal: 15-20 <b>Trastorno: 0-14</b>
	Emparejamiento oración escrita-dibujo	12/20	Normal: 16/20 <b>Trastorno: 0-15</b>
	Juicios de gramaticalidad	19/40	Normal: 31-40 <b>Trastorno: 0-30</b>
	Prueba de dígitos	6	<b>Normal: 4-7</b> Trastorno: 0-3
	Descripción de una lámina: - Longitud media de las frases	8,6	<b>Normal: + de 3</b> Trastorno: 0-2

- Conclusiones:

Se observó una menor puntuación en la prueba del BETA. Se destaca que este sujeto presenta dificultades leves en la articulación de algunos fonemas, fluidez verbal pobre, dificultades para comprender y elaborar oraciones con una estructura sintáctica más compleja, alteraciones en la escritura y en la comprensión lectora, y dificultades de denominación.

### 4.2.3. Intervención

#### **OBJETIVOS:**

1. Mejorar la expresión oral:
  - 1.1. Optimizar la capacidad de denominación.
  - 1.2. Reforzar la capacidad de evocación.
  - 1.3. Favorecer una adecuada estructura sintáctica en las emisiones orales.
  - 1.4. Mejorar la capacidad narrativa.
  - 1.5. Perfeccionar la capacidad descriptiva.
  - 1.6. Potenciar una mejor fluidez verbal fonológica y semántica.
  - 1.7. Potenciar la correcta articulación de los fonemas velares.
  - 1.8. Mantener el vocabulario expresivo.
  
2. Preservar la comprensión:
  - 2.1. Mantener el vocabulario comprensivo.
  - 2.2. Conservar la comprensión de órdenes e instrucciones.
  
3. Mantener la lectura:
  - 3.1. Optimizar la comprensión lectora de oraciones y textos.
  - 3.2. Conservar la lectura de grafemas, sílabas y palabras.
  - 3.3. Preservar la capacidad de asociación fonema-grafema.
  
4. Optimizar la escritura:
  - 4.1. Conservar la escritura de grafemas aislados, palabras y oraciones.
  - 4.2. Mejorar la escritura en mayúscula y minúscula.
  - 4.3. Ejercitar la motricidad fina de la mano.
  - 4.4. Optimizar la escritura narrativa.
  
5. Mantener las habilidades lógico-matemáticas:
  - 5.1. Preservar el reconocimiento de los números.
  - 5.2. Conservar el cálculo.
  - 5.3. Favorecer el razonamiento matemático.

6. Preservar otros aspectos cognitivos distintos al lenguaje:
  - 6.1. Mantener la capacidad de atención.
  - 6.2. Conservar la memoria a corto y largo plazo.
  - 6.3. Favorecer una adecuada orientación espaciotemporal.
  - 6.4. Potenciar el correcto reconocimiento de objetos.
  - 6.5. Mejorar la capacidad de planificación.
  - 6.6. Optimizar la capacidad de ideación.

### **SESIONES:**

Todas las sesiones comienzan con unos minutos de saludo en donde se pregunta al paciente por su estado general, se le realizan preguntas de orientación espaciotemporal, y terminan con una conversación acerca de las actividades que más le agradan.

### **SESIÓN 1:**

**Actividad 1.- Pasapalabra:** el paciente debe adivinar una palabra a partir de su definición y de la letra por la que empieza. Si no conoce el nombre de la palabra, se le proporciona una imagen. Finalmente, se le da unas fichas con letras para formar la palabra (ver anexo 1). Duración: 15 minutos.

**Actividad 2.- Crea una frase:** el paciente debe formar una frase a partir de dos objetos que aparecen al tirar dos dados (ver anexo 1). Antes de formar la oración, el sujeto debe nombrar los objetos y describir su utilidad. Este ejercicio se realizará en otras sesiones incrementando la dificultad, realizando historias con más elementos. Si tiene dificultades, se le ayuda a estructurar la frase con su idea principal. Duración: 5-7 minutos.

**Actividad 3.- Juego 1, 2, 3. ¡Responda otra vez!** paciente y logopeda dicen nombres de ciudades por turnos, sin repetirse. Duración: 3-5 minutos.

**Actividad 4.- Sinónimos y antónimos:** se presenta al paciente una serie de palabras y tiene que decir su sinónimo y antónimo. Se buscaron palabras cuyos sinónimos y antónimos fuesen de uso cotidiano. Esta actividad fue realizada de forma oral e improvisada con las palabras: grande, divertido, rápido, débil, antiguo y guerra. Duración: 3 minutos.

## **SESIÓN 2:**

**Actividad 1.- Palabras encadenadas:** se realizó el juego de las palabras encadenadas. El paciente tiene que decir una palabra que empiece por la sílaba “mo”. Se le pide que con las fichas de las letras la forme (ver anexo 1). Finalmente, la logopeda nombra otra palabra que empiece por la última sílaba de la palabra que el sujeto dijo. Por ejemplo, si el paciente dijo “moto”, la logopeda dirá una palabra que empiece por “to” (*toalla*). Duración: 5-7 minutos.

**Actividad 2.- Juego 1, 2, 3. ¡Responda otra vez!**: paciente y logopeda dicen nombres de frutas por turnos. Si no se le ocurre nada, se le proporciona la pista semántica; y si no la adivina por definición, se le proporciona una pista visual de dicha fruta (imagen de internet). Si sigue sin recordar el nombre, se le proporciona una pista fonológica. Duración: 3 minutos.

**Actividad 3.- ¿Qué es?:** se presentan algunas imágenes con objetos. El paciente debe nombrar lo que hay en esas imágenes y describirlo (color, uso, si tenía uno igual...). En algunos objetos, se le pide que diga los pasos para usarlo. Por ejemplo, si la imagen muestra un *cepillo de dientes*, se pedirá que diga los pasos para lavarse los dientes. Si no recuerda el nombre, se le pregunta su utilidad y se le proporciona la pista fonológica. Duración: 7-10 minutos.

**Actividad 4.- Crea una frase:** se pide que el sujeto realice una oración con dos imágenes y, luego con tres. Duración: 5-7 minutos.

**Actividad 5.- Dobble:** juego de cartas en el que el paciente tiene que detectar qué objeto es igual entre dos cartas (ver anexo 1). Si tiene dificultades para detectar cuál es igual, se le va señalando los dibujos uno a uno. Duración: 3 minutos.

## **SESIÓN 3:**

**Actividad 1.- El juego de las categorías semánticas:** pedir al paciente que diga todos los países que recuerde. A continuación, se le pide que diga nombres de muebles. Duración: 2 minutos.

**Actividad 2.- Palabras con /m/:** pedir al paciente que diga palabras que comiencen por /m/. Duración: 1 minuto.

**Actividad 3.- Adivina la palabra:** se le proporciona fichas con letras desordenadas para formar palabras. Una vez formadas, el paciente debe definir las. Si no se le ocurre ninguna, se le proporcionará la primera letra o sílaba. Si todavía desconoce la palabra, se le muestra la pista visual (imagen de internet) y se le pide que nombre y describa el objeto. Si aún no sabe la palabra, se irán colocando las letras poco a poco. Si no la acierta, se pide que la lea y se le pregunta si la conocía. Duración: 7 minutos.

**Actividad 4.- Juego del ahorcado:** en un papel, se le presenta una serie de rayitas con la letra inicial de la palabra. Cada rayita se corresponde con un grafema. Se pide al sujeto que diga letras para ir formando la palabra. Cuando ya le queden pocas letras, se le pide que diga la palabra. Posteriormente, tiene que pensar una palabra, colocar las rayitas y la letra inicial. Se le van diciendo letras y las tiene que colocar. A diferencia del juego clásico, esta actividad no tiene límite de intentos ni de errores. Esto quiere decir que no es necesario realizar el dibujo del ahorcado, pero se colocarán las letras erróneas debajo de la palabra a adivinar. Duración: 5 minutos.

**Actividad 5.- Crea una frase:** el paciente debe tirar dos dados y nombrar las imágenes que salgan. A continuación, debe crear una oración con el nombre de las imágenes. Duración: 3-5 minutos.

**Actividad 6.- Crea una historia:** el paciente debe tirar tres dados y nombrar los objetos que salgan. Posteriormente, debe crear una historia. Duración: 5-7 minutos.

**Actividad 7.- Completa el refrán:** la logopeda dice la primera mitad del refrán y el paciente debe continuarlo. Si desconoce cómo termina el refrán, se le dan varias opciones. Para ello, la logopeda se basa en un documento de la página "*Orientación Andújar*" (ver anexo 1). Duración: 5 minutos.

#### **SESIÓN 4:**

**Actividad 1.- Juego 1, 2, 3. ¡Responda otra vez!** paciente y logopeda dicen nombres de colores. Si no se le ocurre ninguno, se le proporciona una pista visual (imagen de internet). Duración: 3 minutos.

**Actividad 2.- Palabras que empiezan por /ma/ y /ka/:** se le pide que diga palabras que empiezan por las sílabas /ma/ y /ka/. Duración: 3 minutos.

**Actividad 3.- Bingo de la "l":** con un material proporcionado por la logopeda del centro, pudimos jugar al bingo. En este juego, se da al paciente un cartón con varias imágenes. Se le proporcionan imágenes recortadas, se le pide que nombre el objeto de la imagen y la busque en su cartón. Duración: 10-12 minutos.

**Actividad 4.- Fonemas velares:** durante las sesiones, se observó que el paciente tenía algunas dificultades para articular correctamente los fonemas velares: /j/, /k/ y /g/. Para ello, se le pidió que tosiera lo más fuerte posible, que pronunciara los fonemas aislados y que dijera sílabas con dichos fonemas. Por último, empujando suavemente la mesa, se le pide que diga esos fonemas en sílabas. Duración: 5 minutos.

**Actividad 5.- El dinero:** en este ejercicio, se le plantean dos problemas que debe resolver. El enunciado de uno de los problemas es el siguiente: "Si una chaqueta cuesta 50 euros y das a la dependienta 100 euros. ¿Cuánto dinero te tiene que devolver?". El otro problema decía así: "Te doy 12 euros y das 7. ¿Cuántos euros te quedan?". Duración: 5-7 minutos.

## **SESIÓN 5:**

**Actividad 1.-El juego de las categorías semánticas:** se pide al paciente que diga nombres de ciudades que empiecen por /s/. Asimismo, se le pide que evoque los animales que se le ocurran. Duración: 3 minutos.

**Actividad 2.- ¿Qué es qué?:** con las imágenes obtenidas en el "Flying Tiger", la logopeda se coloca una imagen en la frente y tiene que adivinar lo que es mediante las pistas proporcionadas por el paciente (color, uso...). Cuando la logopeda haya acertado, es el paciente el que debe colocar otra imagen en la frente y adivinar de qué se trata mediante la información proporcionada por esta. Se realiza con varias imágenes. Duración: 5-7 minutos.

**Actividad 3.- ¿Qué es?:** con unas imágenes procedentes del “Cuaderno de ejercicios de lenguaje” de e-cognitiva, se pidió al paciente que nombre cada imagen (ver anexo 1). Si no recordaba el nombre, se le mostraba la casilla con las letras. Duración: 5 minutos.

**Actividad 4.- Crea una historia:** se realiza lo mismo que en la actividad 5 de la sesión 3, pero con 3 y 4 dados. Si le resulta difícil, se le ayuda colocando los dados y reformulando la historia. Duración: 7-10 minutos.

**Actividad 5.- Completa la frase:** se realiza un ejercicio del “Cuaderno de ejercicios de lenguaje” de e-cognitiva que consiste en completar frases con una sola palabra (ver anexo 1). Duración: 5 minutos.

#### **SESIÓN 6:**

**Actividad 1.- Días de Navidad y comidas navideñas:** ejercicio de fluidez verbal en el que debe nombrar los diferentes días del periodo navideño, decir qué se hace en esos días y qué se come. Duración: 3 minutos.

**Actividad 2.- Descripción de una lámina navideña:** se presenta una lámina en la que ocurren distintos sucesos y el paciente tiene que describirlos (ver anexo 1). Si no realiza la descripción correctamente, se le ayuda señalando cada personaje y preguntando qué hace. Duración: 7-10 minutos.

**Actividad 3.- Completa las frases:** se inicia una oración y el paciente debe completarla oralmente. Las oraciones eran del tipo: “En Nochebuena...”, “El turrón...”, “La nieve...”, “El mazapán...”, “En el día de Navidad...”. Si no sabe completar las frases adecuadamente, se le hacen preguntas acerca de las actividades de ese día o de las características de los elementos. Duración: 3 minutos.

**Actividad 4.- Lee y responde:** se presenta una noticia breve acerca de la Navidad (ver anexo 1). La logopeda lee la noticia y realiza preguntas al paciente para observar si la ha comprendido. Finalmente, se le pide su opinión. Duración: 7 minutos.

**Actividad 5.- Crea una historia:** crear una historia con 3 y 4 dados. Duración: 5-7 minutos.

### 4.3. Resultados de la intervención

La intervención ha sido muy corta, se han realizado seis sesiones debido al escaso tiempo que estuve en las prácticas. No obstante, se trabajaron todos los objetivos durante las sesiones, dando prioridad a los objetivos 1 (todos a excepción del 1.8), 2 y 6. Los objetivos que se trabajaron en menor medida fueron el 3, 4 (el objetivo 4.4 no se pudo trabajar) y 5.

En cada sesión, se han realizado diferentes ejercicios, a fin de no agotar ni frustrar al paciente.

No se apreciaron resultados de mejora; el paciente no ha perdido competencia lingüística. Se recalca la importancia de la intervención logopédica para prevenir que los pacientes con DCL empeoren.

## 5. Discusión

En primer lugar, se compararán los síntomas del caso real con la teoría. Se destaca que, en el paciente, la denominación y la fluidez verbal fonológica y semántica se encuentran afectadas. Tal y como demostraron Rodríguez et al. (2008), se observa que el paciente presenta muchas anomias. Por último, hay que destacar que el paciente tiene dificultades para elaborar un discurso narrativo.

Existen muchos estudios que establecen que el tratamiento no farmacológico (programas de estimulación cognitiva e intervención logopédica) es beneficioso para los pacientes con DCL. Este hecho no se ha podido demostrar debido a la corta duración de la intervención y debido a que sólo se ha intervenido a un sujeto con esta patología. Sin embargo, se debe resaltar que, aunque no se haya apreciado una mejoría, el individuo no empeoró.

Las áreas trabajadas en la intervención logopédica tienen que ver con la reminiscencia, la estimulación de la memoria, las funciones ejecutivas, el cálculo y el lenguaje, por lo que se ha realizado una estimulación cognitiva al mismo tiempo. De hecho, algunas actividades proceden de un cuadernillo de estimulación cognitiva denominado "e-cognitiva". Por tanto, considero que las actividades llevadas a cabo en las sesiones son adecuadas.



Otra limitación es la metodología. Se han llevado a cabo sesiones individuales, pero hubiera sido ideal haber formado un pequeño grupo de individuos para evitar el aislamiento y fomentar las relaciones sociales (López y Ullán, 2015, citado en Ayuso et al., 2021).

Con respecto a las estrategias de intervención, se han utilizado el aprendizaje sin errores, las estrategias semánticas y la recuperación espaciada. No se empleó la técnica del desvanecimiento de claves por desconocimiento.

## 6. Conclusiones

Tras la realización de la fundamentación teórica y de la intervención logopédica, se presentan las siguientes conclusiones:

- Se ha observado, en los últimos años, una notable **evolución** del concepto de DCL, así como de los criterios diagnósticos.
- Los **primeros indicios** de DCL son los cambios en la comunicación, afectándose la fluidez verbal, la denominación y el discurso narrativo. En nuestro paciente, se observan estas mismas dificultades, añadiendo anomias y dificultades en la comprensión lectora.
- Se debe tener en cuenta que el **objetivo** de la intervención logopédica en esta población es preservar y estimular las capacidades lingüísticas, y en menor medida, las cognitivas el mayor tiempo posible.
- El **análisis conversacional** es una técnica de evaluación que puede valorar la pragmática y los componentes gramaticales.
- La **evaluación** realizada en esta población debe ser inicial y procesual, nunca final. En este proyecto, sólo se ha realizado una evaluación inicial; por lo que se desconoce si la intervención logopédica le ha podido beneficiar. Sin embargo, podemos observar que no se ha apreciado un empeoramiento. A lo largo de las sesiones, ha cometido los mismos errores de denominación y de narración.

- Existen muchos **programas de estimulación cognitiva** cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona mayor y mantener, paliar y/o compensar sus capacidades lingüísticas. La intervención logopédica descrita se basa en uno de ellos: programa e-cognitiva.
- La **intervención logopédica** resulta beneficiosa para los pacientes con DCL. Por ello, defiende que se debe potenciar el papel del logopeda en este campo.
- La intervención propuesta tiene una **duración** muy breve, por lo que no se presentan resultados fiables. Debido a esto, se han trabajado unos objetivos más que otros.

#### **Líneas de investigación futuras:**

Como líneas de investigación futuras, propongo elaborar una investigación donde se estudie el efecto de un programa de intervención logopédica a lo largo de varios años. En esta investigación, sería de gran utilidad estudiar el discurso narrativo de los afectados y observar si hay mejoría. También, sería ideal investigar cuántos evolucionan a demencia. La investigación se tendría que llevar a cabo con una gran cantidad de individuos para obtener unos resultados más fiables.

## 7. Referencias bibliográficas

- Adrián, JA. Jorquera, J. y Cuetos, F (2015). NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Foniatría, Logopedia y Audiología*, 35, 101-113.
- Álvarez, T (2016). Estimulación del lenguaje en envejecimiento normal o deterioro cognitivo leve. Propuesta de programa de intervención. Universidad de La Laguna. *Trabajo Fin de Grado en Logopedia*.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Trastornos neurocognitivos: Trastornos neurocognitivos mayores y menores. *Guía de la consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5ª ed., pp. 334-336).
- Ayuso, A. Villacorta-Medina J. y Martín-Lorenzo, C. (2021). Estudio de una intervención logopédica breve en el deterioro cognitivo leve. *MLS Inclusion and Society Journal*, 1(1), 25-41. Disponible en: <https://www.mlsjournals.com/MLS-Inclusion-Society/article/view/973/1334>
- Cuetos, F. y González M. (2009). BETA: Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos. Normas de interpretación. Madrid. Instituto de Orientación Psicológica EOS.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73 (4), 321-330. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n4/a09v73n4.pdf>
- González, E. "Intervención Logopédica en Tercera Edad". Universidad de Valladolid. Valladolid (2020).
- González, E., Mendizábal, N., Jimeno, N. y 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.
- González, F., Buonanotte, F. y M. Cáceres, M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7 (1), 51-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002814000901>
- Goodglass H (2005). Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia. (3ª ed). Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México y Sao Paulo. Editorial Médica Panamericana.

- Gutiérrez, J. y Guzmán, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52 (1), 3-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18300726>
- Instituto Nacional de Estadística (s.f). Estadística de patrón continuo. Últimos datos. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990)
- Juncos, O., Elosúa de Juan, R., Pereiro, A. y Torres, MC. (1998) Problemas de acceso al léxico en la vejez. Bases para la intervención. *Anales de Psicología*, 14 (2), 169-176. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16714204.pdf>
- Juncos, O. y Pereiro, A. (2002). Problemas del lenguaje en la tercera edad. Orientaciones y perspectivas de la logopedia. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*, 8 (1), 387-398. Disponible en: [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/6925/RGP\\_827.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/6925/RGP_827.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Juncos-Rabadán, O., Facal, D., Álvarez, M. y Rodríguez, MS. (2006). El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*, 18 (3), 501-506. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/3244.pdf>
- Martínez D.C., Castañeda M.F. y Ludwin, J. (s.f). *Test de Boston, test de denominación y test de Token* [Diapositivas de PowerPoint]. Psicología Iberoamericana: <https://psicologiaiberoamericana.files.wordpress.com/2010/09/test-de-boston-denominacion-y-token.pdf>
- Molero, RJ. (2001). Intervención logopédica en la edad adulta tardía: estimulación y mantenimiento cognitivo. *Anales de Psicología*, 19 (1), 115-138. Disponible en: <https://revistas.um.es/analespedagogia/article/view/285071/206701>
- Organización Mundial de la Salud (4 de octubre de 2021). Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Román, F. y Sánchez, JP. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de psicología*, 14 (1), 27-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16714104.pdf>
- Rosell-Clari, V. y Valles, B. (2016). Theory of Mind (ToM) and language simulating metalinguistic skills in people with dementia. *CoDas*, 28 (3), 252-260. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/codas/a/sy4c4P8nySkSPqcvW6X4LBB/?format=pdf&lang=en>
- Ruiz, JL., Del Valle, J. y Orellana, A. (2013). *Prueba de las fichas- test token-* [Diapositivas de PowerPoint]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villareal. <https://es.scribd.com/presentation/185881969/Token-Test#download>
- Statista (11 de enero de 2022). Número de habitantes de 65 años o más en España de 2002 a 2021 (en millones). Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacion-de-espana-mayor-de-65-anos/>
- Valles, B (2011). Representaciones y creencias en torno a la evaluación lingüística del adulto mayor con trastorno cognitivo leve. *Revista de Investigación en Logopedia*, 1 (1), 12-34.

## 8. Anexos

### Anexo 1. Materiales de las sesiones

#### - Pasapalabra:

A: Fruto que se obtiene del almendro. 

B: Nadar por debajo del agua. 

C: Cubierto que se utiliza para comer sopa. 

CH: Bulto que sale en la cabeza debido a un golpe. 

D: Día de la semana que sigue al sábado. 

E: Nombre del país donde estamos. 

F: Deporte en el que hay que meter goles. 

G: Animal pequeño que se arrastra por el suelo. 

H: Dulce frío que se come en verano. Tiene diversos sabores. 

I: Prenda de plástico que no deja pasar el agua. 

J: Alimento que se obtiene de la parte trasera del cerdo. 

K: Animal mamífero parecido al oseano que se encuentra en Australia. 

L: Animal salvaje con una gran melena. Es el rey de la selva. 

U: Lo contrario a vacío. 

M: Segundo día de la semana. 

N: Última noche del año. La noche del 31 de diciembre. 

Ñ: Está formado por 12 meses. 

O: Juego de mesa con el nombre de un ave. Se juega con dados. 

P: Árbol del que se obtienen las piñas con los piñones. 

Q: Herida producida por el fuego. 

R: Esparcir agua sobre la tierra o sobre las plantas. 

S: Plato de caldo con fideos. 

T: Tela suave y absorbente que usas para secar las manos y el cuerpo. 

U: Animal fantástico, con un cuerno de marfil en la frente. 

V: Bebida alcohólica que se obtiene de las uvas. 

W: Bebida alcohólica. Es famoso el que se hace en Escocia. 

X: Instrumento de percusión. Tiene tablas que se golpean. 

Y: Parte central del huevo, que está rodeada por la clara. 

Z: Raíz comestible de color naranja. Le gusta al conejo. 

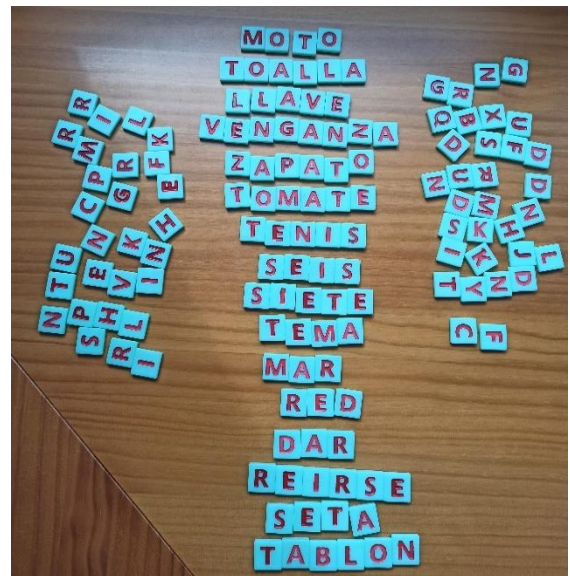
Fuente: Elaboración propia.

- Dados para crear oraciones e historias:



Material adquirido en la tienda "Flying Tiger".

- Fichas de letras:



Material adquirido en la tienda "Flying Tiger".



- **Imágenes de objetos:**



Material adquirido en la tienda "Flying Tiger".

- **Juego del Dobble:**



Material adquirido en la tienda "Flying Tiger".



- **Refranes:**

Al mal tiempo	• •	Dios le ayuda	Poco a poco	• •	rey puesto
A quien madruga	• •	que nunca	A rey muerto	• •	se llega antes
Perro ladrador	• •	buena cara	Muerto el perro	• •	viene la calma
Más vale tarde	• •	poco mordedor	Después de la tempestad	• •	se acabó la rabia

Fuente: Orientación Andújar: <https://www.orientacionandujar.es/2018/11/30/estimulacion-cognitiva-de-adultos-nos-acordamos-de-los-refranes-y-dichos-populares/>

- Imágenes de cuaderno de estimulación “e-cognitiva”:



\_\_\_tos



\_\_ma\_\_



ca\_\_\_\_\_



\_\_za



mó\_\_\_\_\_



te\_\_\_\_\_



\_\_mi\_\_



\_\_\_\_\_lla



\_\_jas



\_\_\_\_\_ves



\_\_\_\_\_sa



a\_\_\_\_\_



ba\_\_\_\_\_



co\_\_\_\_\_



ga\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_za\_\_

Fuente: Cuaderno de ejercicios del lenguaje de e-cognitiva.

- **Material de la actividad “Completa las frases”.**

Comemos la sopa con una \_\_\_\_\_

Cuando hace frío llevamos un \_\_\_\_\_

La hierba es de color \_\_\_\_\_

Decimos “Buenos días” por la \_\_\_\_\_

Usamos un paraguas cuando \_\_\_\_\_

Utilizamos un lápiz para \_\_\_\_\_

Compramos fruta en la \_\_\_\_\_

Por la noche encendemos la \_\_\_\_\_

Vemos las noticias en la \_\_\_\_\_

El tenedor sirve para \_\_\_\_\_

El cielo es de color \_\_\_\_\_

Por la mañana tomamos \_\_\_\_\_

Me gustan los macarrones con \_\_\_\_\_

Mi coche es de color \_\_\_\_\_

Tengo un jersey de \_\_\_\_\_

En el cine comemos palomitas de \_\_\_\_\_

Para hacer deporte llevamos un \_\_\_\_\_

En verano hace mucho \_\_\_\_\_

Fuente: Cuaderno de ejercicios del lenguaje de e-cognitiva.

- **Lámina de Navidad:**



Fuente: Láminas de expresión oral de Pinterest.

- **Noticia del alumbrado navideño:**

**Abel Caballero, alcalde de Vigo, enciende las luces de Navidad con un mensaje en inglés a los astronautas**

El alcalde de Vigo, Abel Caballero, se ha dirigido a los astronautas en inglés durante el alumbrado de Navidad de la ciudad.



Abel Caballero se ha dirigido a los astronautas en inglés en el alumbrado de Navidad |

Antena 3 Noticias | Publicado: 20.11.2021 21:32 | Actualizado: 20.11.2021 21:32

También te puede interesar

- Un médico madrileño firma 25 contratos en 6 años y denuncia la precariedad del sector: "Te echan cuando quieren"
- Una mujer de 63 años muere en Valladolid tras 9 días intentando contactar con su centro de salud o el hospital
- ¿Dónde se sabe de la desaparición de Esther de Valladolid? Su rastro se pierde cuando quedó para ver el partido con unos amigos

Las más vistas | Lo último

1 COVID-19 Así es la pleuresia, el efecto secundario

**Encendido de luces**

El encendido de luces ha sido de la mano del alcalde, acompañado de la **campeona paralímpica Susana Rodríguez**. El Ayuntamiento elaboró una serie de **normas** debido a la situación de la pandemia, como la separación por parcelas y el control de los accesos.

El despliegue de luces es de **11 millones de luces led** repartidas en 340 calles de la ciudad de Vigo. También hay más de 3.000 motivos navideños y un millar de árboles iluminados, 500 más que el año pasado.

Fuente: Página web de Antena 3.

[https://www.antena3.com/noticias/sociedad/abel-caballero-dirigido-astronautas-ingles-alumbrado navidad\\_2021112061995b6cd432b100016eeeb.html](https://www.antena3.com/noticias/sociedad/abel-caballero-dirigido-astronautas-ingles-alumbrado-navidad_2021112061995b6cd432b100016eeeb.html)