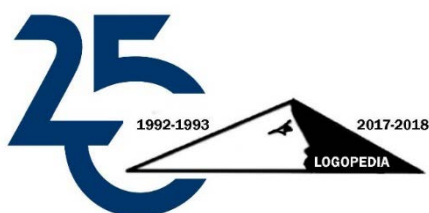


TRABAJO DE FIN DE GRADO



Universidad de Valladolid

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE
Y LA COMUNICACIÓN MEDIANTE UN PROTOCOLO
PSICOPATOLÓGICO EN UN GRUPO CONTROL PAREADO A UNA
MUESTRA DE PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE



AUTORA: ANDREA MORENO ROMERO
TUTORES: PROF. DRA. NATALIA JIMENO BULNES Y
DR. D. ANTONIO ARJONA VALLADARES

GRADO EN LOGOPEDIA. CURSO 2022-2023

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
2.1. CONCEPTO Y TIPOS DE DETERIORO COGNITIVO	4
2.2. EL LENGUAJE EN EL ENVEJECIMIENTO Y DETERIORO COGNITIVO	6
3. OBJETIVOS	8
4. METODOLOGÍA.....	9
4.1. SUJETOS.....	9
4.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS	10
4.3. EVALUACIÓN COGNITIVA	11
4.4. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE.....	12
4.5. PROCEDIMIENTO	12
4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
5. RESULTADOS	15
5.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS.....	15
5.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA.....	19
5.3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL LENGUAJE	21
6. DISCUSIÓN.....	29
6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	29
6.2. EVALUACIÓN COGNITIVA	31
6.3. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE.....	32
6.4. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	37
6.5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	38
7. CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS	46
ANEXO 1. Informe favorable por parte del Comité de Ética	46
ANEXO 2. Consentimiento informado.....	47
ANEXO 3. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos	48
ANEXO 4. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-35)	50
ANEXO 5. Encuesta PRESEEA.....	51
ANEXO 6. Protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas	53

ANEXO 7. Justificante de entrenamiento en la escala TLC.....	54
ANEXO 8. Hoja de información	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos del grupo control.....	16
Tabla 2. Puntuaciones por áreas del MEC-35 del grupo control	19
Tabla 3. Puntuaciones totales del MEC-35 de ambos grupos	20
Tabla 5. Manifestaciones psicopatológicas del grupo control.....	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Regresión lineal entre los valores de la variable 'edad (años)' en el grupo control	17
Figura 2. Regresión lineal entre los valores de la variable 'nivel educativo' en el grupo control.....	17
Figura 3. Regresión lineal entre los valores de la variable 'nivel socioeconómico' en el grupo control	18
Figura 5. Edad media del grupo control y grupo con DCL	18
Figura 6. Puntuaciones totales del MEC-35 del grupo control y el grupo de pacientes.....	20
Figura 7. Puntuaciones totales de las manifestaciones psicopatológicas de ambos grupos	28
Figura 8. Prevalencia por ítems de las manifestaciones psicopatológicas de ambos grupos	28

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El envejecimiento conlleva un deterioro progresivo a nivel comunicativo. La identificación de alteraciones en el lenguaje de adultos mayores podría ayudar a prevenir o ralentizar el desarrollo de un posible trastorno neurocognitivo.

OBJETIVO. Evaluar las manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje y la comunicación mediante un protocolo de evaluación psicopatológica en un grupo control de sujetos pareado por edad y sexo a un grupo personas con deterioro cognitivo leve.

METODOLOGÍA. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo y observacional. Se han incluido sujetos de ambos sexos entre 70 y 95 años, con ausencia de posible deterioro cognitivo. Se utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo para evaluar el rendimiento cognitivo, la entrevista PRESEEA para la obtención de la muestra de habla y un protocolo de evaluación psicopatológica.

RESULTADOS. La muestra está formada por veinte adultos mayores sanos (75% mujeres, 25% hombres) con media de edad de 84,15 años (DT=6,81). El aumento de edad se asocia a una mayor intensidad de alteraciones en el lenguaje ($R^2: ,020$, $p=,047$). En la puntuación total del MEC-35, el grupo control muestra un rendimiento significativamente mayor que el grupo de pacientes ($F=49,11$, $p<,001$). Aparece una correlación negativa entre la puntuación total de manifestaciones psicopatológicas y las variables 'nivel educativo' ($R^2= ,23$, $p= ,029$) y 'nivel socioeconómico' ($R^2=,33$, $p=,007$).

CONCLUSIONES. La anomia, las perseveraciones, el lenguaje disgregado, el concretismo y el paragramatismo son posibles indicadores precoces de deterioro cognitivo. La elaboración y aplicación tanto de protocolos de evaluación como de programas logopédicos de intervención en el lenguaje y la comunicación en adultos mayores, mejora las habilidades comunicativas y ayuda a mantener su autonomía.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, adulto mayor, demencia, envejecimiento, lenguaje, evaluación, psicopatología

ABSTRACT

INTRODUCTION. Aging entails a progressive deterioration at the communicatory level. The identification of alterations in the language of older adults could help prevent or slow down the development of a possible neurocognitive disorder.

OBJECTIVES. To evaluate the psychopathological manifestations in language and communication through a psychopathological evaluation protocol in a control group of subjects matched by age and sex to a group of people with mild cognitive impairment.

METHODOLOGY. A descriptive and observational study has been carried out. Subjects of both sexes between 70 and 95 years old have been included, with the absence of possible cognitive impairment. The Mini-Cognitive Exam was used to assess cognitive performance, the PRESEEA interview to obtain the speech sample and a psychopathological evaluation protocol.

RESULTS. The sample is made up of twenty healthy older adults (75% women, 25% men) with a mean age of 84.15 years (SD=6.81). The increase in age is associated with a greater intensity of language alterations ($R^2: .020$, $p=.047$). In the MEC-35 total score, the control group shows a significantly higher performance than the patient group ($F=49.11$, $p<.001$). A negative correlation appears between the total score of psychopathological manifestations and the 'educational level' ($R^2= .23$, $p= .029$) and 'socioeconomic level' variables ($R^2= .33$, $p= .007$).

CONCLUSIONS. Anomie, perseverations, disjointed language, concretism, and paragrammatism are potential early indicators of cognitive decline. The development and application of both evaluation protocols and speech therapy intervention programs in language and communication in older adults improves communication skills and helps maintain their autonomy.

Key words: mild cognitive impairment, older adults, dementia, aging, language, assessment, psychopathology

1. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el incremento en la incidencia y prevalencia de la demencia ha generado un gran impacto en la investigación centrada en la detección precoz. El término de “demencia”, como bien indica la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) hace referencia a varias enfermedades progresivas que tienen impacto en la memoria, las habilidades cognitivas y el comportamiento de una persona, interfiriendo significativamente en su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

En 2015 la OMS proporcionó datos acerca del impacto global de la demencia. Se estima que afecta a 47 millones de personas en el mundo, es decir, alrededor de un 5% de la población mundial.

España es un país con un alto porcentaje de población envejecida. Según indica en Instituto Nacional de Estadísticas (INE), aproximadamente un 20% de la población son personas mayores de 65 años, de las cuales la prevalencia de esta enfermedad ronda el 83% según indican estudios realizados en España. A consecuencia, de una mayor esperanza de vida, se prevé un aumento considerable de población afectada en los próximos años (González & Coords., 2019).

A lo largo de este tiempo, he percibido en las personas mayores de mi círculo más cercano ligeros déficits en áreas cognitivas como el lenguaje y la memoria. Estos signos me han llevado a cuestionarme si hay una patología detrás o no, y si existe mayor probabilidad de progresar a un deterioro cognitivo más severo.

Desde el área de logopedia, como disciplina sanitaria que promueve la comunicación con el entorno y una mejor calidad de vida de las personas, existe la necesidad de detectar las alteraciones en los dominios cognitivos. En especial en el lenguaje, dado que los primeros signos de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) están relacionados con la comunicación (González Martín et al., 2019). Por tanto, es necesario continuar la investigación acerca del lenguaje conversacional en adultos mayores con el fin de poder ofrecer protocolos de actuación, tratamientos precoces de prevención, y ralentizar el desarrollo de un posible trastorno neurocognitivo en personas de edad avanzada.

Por todo ello, el presente trabajo se enmarca dentro del proyecto “Metalenguaje y tercera edad”. Un proyecto que se desarrolla desde hace años en el Grado en

Logopedia de la Universidad de Valladolid, en el que participan cuatro profesores de Logopedia.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. CONCEPTO Y TIPOS DE DETERIORO COGNITIVO

Para presentar el concepto de deterioro cognitivo es necesario hacerlo de la cognición. Este término engloba la capacidad que tienen algunos organismos de adquirir información del entorno y, mediante el procesamiento cerebral, darle sentido e interpretarla. En este proceso, están involucradas funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, la atención, la orientación, las funciones ejecutivas, las praxias o las gnosias.

Se han identificado múltiples factores de riesgo relacionados con el desarrollo de demencia. Entre ellos se incluye la edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, la presencia del alelo APOE-E4 (Martínez et al., 2022), hipertensión arterial (Santamaría Ávila et al., 2021), diabetes (Santamaría Ávila et al., 2021) y bajo nivel educativo. A pesar de que todavía no se comprenden completamente los mecanismos exactos de la demencia, se considera que están asociados a una combinación de factores neuropatológicos. Estos incluyen la asociación entre el sistema de orexinas y los niveles aumentados de A β 2 y proteína TAU en el cerebro (Lozano Tovar et al., 2022), la disfunción sináptica, la inflamación crónica, y la pérdida de neuronas y conexiones neuronales (López Álvarez & Agüera Ortiz, 2015).

Las tasas de prevalencia de la alteración cognitiva leve presentan una variabilidad entre el 3% y 20%, dependiendo de los criterios de diagnóstico, mientras que la prevalencia de demencia proporciona datos más uniformes, mostrando un aumento exponencial a partir de los 65 años y llegando a afectar aproximadamente a un tercio de la población mayor de 85 años (Olazarán Rodríguez & Muíz Schwochert, 2021).

Las funciones neurocognitivas presentan una estructura dimensional que abarca desde el envejecimiento normal hasta el diagnóstico clínico desde una perspectiva categorial de demencia. Se han propuesto diversas entidades nosológicas con el propósito de obtener un diagnóstico precoz de las demencias

neurodegenerativas. Algunos autores señalan que los estudios científicos sobre este campo han experimentado un crecimiento exponencial significativo con la aparición de nuevos criterios de deterioro cognitivo leve (DCL) y de demencia del National Institute of Aging estadounidense (NIA) y la Alzheimer's Association (AA). Al mismo tiempo, se han efectuado grandes avances en la investigación para realizar el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer (EA) en fases preclínicas por parte del International Working Group (IWG) (Pelegri Valero, 2021). Por otra parte, en 2014 la Asociación Americana de psiquiatría (APA) publicó la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)*.

La clasificación más aceptada es la propuesta en el *DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría*. En su última edición se modificó la nomenclatura, el término de demencia fue sustituido por «trastorno neurocognitivo mayor» y el DCL pasó a denominarse «trastorno neurocognitivo menor». En la misma los adultos mayores se dividen en tres categorías:

- Personas sanas. Aquellas que no presentan alteraciones cognitivas y cuyos cambios fisiológicos son propios de la edad.
- Personas con Trastorno Neurocognitivo Menor. Aquellas personas que presentan una disminución en una o más áreas cognitivas, como la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje o la atención, que es anómala para la edad y el nivel educativo del individuo, sin interferir notablemente en sus actividades cotidianas ni en el funcionamiento global de la persona.
- Personas con Trastorno Neurocognitivo Mayor. Se diferencia del anterior por existir un declive cognitivo significativo respecto al funcionamiento previo, que interfiere notablemente en la independencia de la persona y en su funcionamiento global en la vida diaria.

Tanto el Trastorno Neurocognitivo Menor como el Trastorno Neurocognitivo Mayor tienen en común que el declive está basado en la preocupación del paciente o bien por algún familiar o persona de su entorno más cercano. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium y no se explican mejor por otro trastorno mental. La evaluación cognitiva del DCL implica la realización de pruebas neuropsicológicas diseñadas para medir

diferentes dominios cognitivos. Estas pruebas proporcionan una evaluación cuantitativa del rendimiento cognitivo y a su vez facilitan la distinción entre DCL y otros trastornos cognitivos y/o neuropsiquiátricos.

La manifestación clínica más común es la Enfermedad de Alzheimer (EA). Otros tipos de trastornos neurocognitivos son: enfermedad vascular, Demencia frontotemporal, Enfermedad de Parkinson y Demencia por Cuerpos de Lewy.

2.2. EL LENGUAJE EN EL ENVEJECIMIENTO Y DETERIORO COGNITIVO

Todos los seres vivos cuando llegan a una edad avanzada entran en un proceso de involución y deterioro progresivo a nivel biológico, psicológico, social y comunicativo (González Martín et al., 2019). Su envejecimiento se produce en diferentes tiempos y de distinta manera.

Si consideramos el aspecto biológico, es frecuente el declive de los procesos sensoriales y perceptivos atribuidos al envejecimiento, en concreto, la audición y la vista. Estas dificultades afectan significativamente a la comprensión y producción del lenguaje, ocasionando una codificación fonológica errónea que repercute en la emisión del habla (Véliz & Riffo, 2010).

La manifestación sutil de algunas alteraciones del lenguaje puede ser un indicio temprano de una patología o un inicio de deterioro cognitivo (Mendizábal et al., 2022). Según los autores, estas modificaciones pueden tener consecuencias importantes en la calidad de vida de las personas de edad avanzada. Sin embargo, los individuos mayores experimentan una amplia variabilidad en el deterioro de sus habilidades y no todos presentan cambios en la comunicación. Hay personas que tienden a reducir el contenido de sus expresiones, y disminuir la longitud y complejidad sintáctica de las oraciones perdiendo la calidad del habla (González Martín et al., 2019). No obstante, algunos mayores no presentan ningún tipo de deterioro, e incluso pueden llegar a mejorar aspectos del lenguaje con la edad, como aumentar su vocabulario o volverse más elocuentes.

Este hecho puede variar según su contexto vital y su reserva cognitiva. El término de reserva cognitiva hace referencia a la capacidad del cerebro para soportar una mayor carga de cambios neuropatológicos (Díaz Orueta et al., 2010).

Se piensa que está relacionada por una combinación de factores, entre los que se incluyen experiencias vividas, nivel educativo, bilingüismo y ocupación laboral.

Con el envejecimiento se empiezan a ver afectados aspectos lingüísticos en el procesamiento léxico, sintáctico y discursivo. Estos déficits son atribuidos a disfunciones del ejecutivo central, en especial en los procesos atencionales, memoria operativa, y enlentecimiento en el procesamiento de la información (Juncos Rabadán, 2002; Juncos Rabadán et al., 2005), es decir, en procesos que implican la elección, organización y supervisión de mensajes (Valles, 2011). Además, los déficits de memoria y la menor eficacia en la percepción de inferencias pragmáticas en la población envejecida conducen a una menor comprensión y recuerdo del discurso (Juncos Rabadán & Rozas, 2002).

En especial, el lenguaje en adultos mayores con deterioro cognitivo se caracteriza por problemas de acceso al léxico: dificultades para encontrar la palabra adecuada, elevados episodios del fenómeno de “punta de lengua” (PDL) y problemas para recordar las palabras, como categorías gramaticales, sustantivos y verbos (Juncos Rabadán et al., 2006). Otros cambios, se aprecian en la velocidad de habla, caracterizándose por un enlentecimiento global, dificultades en el mantenimiento del tema del discurso, y, en algunos casos, por un incremento en el de vocabulario y enriquecimiento de su repertorio léxico (Mendizábal et al., 2022).

Sin embargo, en los adultos mayores sanos aun existiendo un enlentecimiento en los procesos de comprensión y producción del lenguaje naturales del envejecimiento, la comunicación es completamente funcional (Machado Goyano Mac-Kay et al., 2018).

Un estudio acerca el deterioro de categorías semánticas en adultos mayores, personas con DCL e individuos con Enfermedad de Alzheimer constató que, los sujetos con DCL presentan mayor deterioro en categorías de objetos inanimados, en especial aquellas personas con resultados más bajos en tareas de denominación (Grasso y Saux, 2020). Este hecho se explica por la pérdida de rasgos semánticos que determinan el significado de la categoría. Inicialmente, se pierden los rasgos distintivos y más adelante se deterioran los atributos compartidos.

La evaluación del lenguaje en el deterioro cognitivo debe enfocarse desde una perspectiva pragmático-funcional. Para ello, la fluidez verbal, la denominación y la memoria verbal son las principales manifestaciones lingüísticas que se deben evaluar en las personas mayores (Juncos Rabadán et al., 2010b).

El análisis conversacional es imprescindible para la evaluación del lenguaje, puesto que la conversación permite extraer datos susceptibles de ser analizados, como son la toma de turnos, la relación que existe entre los hablantes y el contexto natural donde se lleva a cabo el intercambio comunicativo (Valles, 2013). De este modo, el logopeda puede utilizar la información recopilada para establecer un panorama general de la comunicación y a su vez, conocer si el sujeto se apoya en estrategias no verbales.

El estudio de los trastornos del lenguaje en adultos mayores conlleva una reflexión indispensable sobre el aspecto social y cultural, ya que estos factores desempeñan un rol fundamental en la manera en que se crean los actos de comunicación, así como los estilos de conversación y el valor que se le atribuye al envejecimiento dentro de nuestra sociedad (Valles, 2011).

En un reciente estudio en el cual se recogieron muestras de habla de pacientes con DCL, se identificaron una variedad de manifestaciones psicopatológicas como pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, tangencialidad, perseveraciones, anomia y parafasias semánticas y fonémicas (Mendizábal et al., 2022).

3. OBJETIVOS

Este estudio tiene como **objetivo general** evaluar las manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje y la comunicación mediante un protocolo de evaluación psicopatológica en un grupo control pareado por edad y sexo a un grupo adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) extraído del libro de 'Envejecimiento y Lenguaje' (Mendizábal et al., 2022).

Los **objetivos específicos** del presente trabajo son:

- Describir las características sociodemográficas de un grupo control de adultos mayores pareado con un grupo con DCL.

- Evaluar el rendimiento cognitivo mediante la prueba Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-35) en el grupo control.
- Comparar la intensidad y el tipo de manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje del grupo control con el grupo con DCL.
- Correlacionar las variables sociodemográficas con la intensidad de los ítems del protocolo de evaluación psicopatológica en el grupo control.

Se han planteado las siguientes hipótesis:

- Existen diferencias significativas en la puntuación total del Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) entre el grupo control y el grupo de pacientes.
- La intensidad de las alteraciones en el lenguaje es menor en el grupo control que en el grupo adultos mayores con DCL.
- La intensidad de las manifestaciones psicopatológicas del lenguaje es menor a mayor nivel educativo.

4. METODOLOGÍA

Se plantea un estudio descriptivo y observacional de carácter transversal en un grupo control de adultos mayores sanos pareado con un grupo con DCL. Este trabajo se enmarca dentro del proyecto “Metalenguaje y tercera edad”, desarrollado por los profesores del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid: Nieves Mendizábal, Enrique González, Natalia Jimeno y Carolina Sánchez. Este estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud Valladolid Este (PI 20-1910 NO HCUV), con fecha de 23 de julio de 2020 (Anexo 1).

4.1. SUJETOS

La muestra de sujetos se estableció de acuerdo con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- 1) Grupo control pareado en sexo y edad (\pm 2 años) al grupo de pacientes con DCL reclutado y estudiado en Mendizábal y cols. (2022).

- 2) Ausencia actual de trastorno mental grave
- 3) Puntuación total en el MEC-35 superior a 24 puntos.
- 4) Obtención de consentimiento informado (Anexo 2).

Criterios de exclusión:

- 1) Diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor.
- 2) Incapacidad para mantener una entrevista.
- 3) Ausencia de colaboración en el estudio.

Para el estudio se han recogido una serie de datos sociodemográficos, a través de un protocolo de recogida de datos, información cuantitativa sobre las habilidades cognitivas mediante la prueba de Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo y cols. (1979), y una muestra de habla que ha sido evaluada mediante un protocolo de evaluación psicopatológica.

4.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

El protocolo de recogida de datos (Anexo 3) recoge las siguientes variables sociodemográficas: edad (años), género (masculino, femenino), nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), residencia (urbana o semiurbana, rural, otros), convivencia (familia primaria, familia propia, solo, otros), nivel educativo alcanzado (sin estudios, estudios primarios, secundarios, superiores, otros), número de años de escolarización (menos de 8 años, 8 años, de 8 a 12 años, más de 12 años, otros tipos de formación), situación laboral actual (jubilado, no procede).

Como información clínica complementaria se han registrado patologías somáticas y psíquicas referidas por el sujeto y en su caso por los profesionales del centro, y presencia actual de consumo de tóxicos (si/no), en su caso: tipo de tóxico (cafeína, alcohol, tabaco, medicinas, cannabis, estimulantes, alucinógenos, otros).

4.3. EVALUACIÓN COGNITIVA

Se administró la prueba de Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1979), para la detección de deterioro cognitivo (Anexo 4). El tiempo de aplicación fue breve, entre 5 y 10 minutos. Este instrumento evalúa en 35 ítems los siguientes parámetros: orientación espacial, orientación temporal, fijación, concentración y cálculo, memoria, denominación, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

- ⇒ Orientación: se evalúa la capacidad del individuo para reconocer y recordar el día, la fecha, el mes, la estación, el año, el lugar donde se encuentra y su localización. Puntuación máxima de 10 puntos.
- ⇒ Memoria de fijación: se presentan tres palabras al sujeto (peseta, caballo, manzana) y se le pide que las repita y las recuerde porque posteriormente durante la evaluación se le solicitarán. Puntuación máxima de 3 puntos.
- ⇒ Concentración y cálculo: se le pide al individuo que imagine que tiene 30 euros y le da al entrevistador 3, del mismo modo 5 veces, el sujeto tiene que ir diciendo con cuánto dinero se va quedando. Acto seguido, se le dicen 3 números, el sujeto debe repetirlos y se le pide que los diga en orden contrario. Puntuación máxima de 8 puntos.
- ⇒ Memoria: se le solicita que evoque las tres palabras que se mencionaron anteriormente. Puntuación máxima de 3 puntos.
- ⇒ Lenguaje y construcción: se evalúa la lectura, la escritura, el dibujo y la capacidad del sujeto para seguir instrucciones verbales. Puntuación máxima de 11 puntos.

La puntuación total de la prueba oscila entre 0 y 35 puntos. Los puntos de corte recomendados por los autores y seguidos en este estudio para sujetos de edad avanzada (entre 70 y 95 años) son:

- Puntuación menor o igual a 23 puntos indica la posibilidad de un déficit cognitivo.
- Puntuación superior o igual a 24 se considera que no existe afectación cognitiva.

4.4. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Se llevó a cabo una entrevista siguiendo el protocolo PRESEEA (Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del español de España y de América) (Anexo 5). La entrevista PRESEEA es un proyecto sociolingüístico español aprobado por la Comisión de Sociolingüística de la Asociación de Lingüística y Filología de la América Latina (ALFAL) (Moreno Fernández, 2021).

En esta tarea conversacional, se siguieron los siguientes módulos: saludo, tiempo, lugar donde vive, familia y amistades, costumbres, peligro de muerte, anécdotas importantes en la vida, deseo de mejora económica y despedida. Estas entrevistas se llevaron a cabo en un entorno tranquilo, sin distracciones y de manera individual, con la presencia únicamente del entrevistador y el entrevistado, sin exceder los 45 minutos. Las muestras de habla se registraron en formato audio para su posterior análisis.

Para la evaluación del lenguaje, se ha elaborado un protocolo de evaluación psicopatológica para personas con DCL, a partir de los resultados obtenidos en el Corpus de muestras de habla de personas con deterioro cognitivo leve en entrevistas estructuradas (Mendizábal et al., 2022). Este protocolo comprende 25 ítems, estructurado por niveles lingüísticos: pragmático, semántico, morfosintáctico y fonético-fonológico (Anexo 6). Los datos han sido puntuados, 0 ausencia y 1 presencia de cada ítem.

Parte de los ítems del protocolo proceden de la escala TLC (escala para la evaluación del pensamiento, lenguaje y comunicación) (Andreasen, 1979; Andreasen, 1986). La aplicación de la misma requiere un entrenamiento específico por parte del examinador, este debe estar familiarizado con todos los ítems de la escala (Jimeno Bulnes, 2022). Por ello, previo a su aplicación se llevó a cabo un entrenamiento en la escala TLC durante abril y mayo de 2023 (Anexo 7).

4.5. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica con el propósito de adquirir un mayor conocimiento acerca del tema en cuestión. Para llevar a cabo esta búsqueda, se recurrió a bases de datos como Dialnet, MedLine, Scielo y Google Scholar.

Posteriormente, se elaboró un documento informativo para presentar con claridad el proyecto a los responsables de los centros de captación, y a los propios sujetos susceptibles de participar en el estudio (Anexo 8). En este documento se detalla una breve justificación, los objetivos del trabajo y los criterios de inclusión y exclusión de manera adaptada. Asimismo, se detalla el procedimiento a seguir y la normativa seguida respecto a los aspectos éticos y de confidencialidad. Paralelamente, se procedió a la elaboración de un consentimiento informado (Anexo 2) y un protocolo de recopilación de datos sociodemográficos y clínicos.

A continuación, se estableció la prueba de evaluación de deterioro cognitivo previa a la recogida de las muestras de habla. Se consideró apropiado utilizar el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) para valorar el rendimiento cognitivo y excluir a los sujetos que obtuviesen una puntuación total inferior a 24 puntos. Del mismo modo, se seleccionó el protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas propuesto en el libro de 'Envejecimiento y Lenguaje' de (Mendizábal de la Cruz et al., 2022) para elaborar un protocolo similar con el objetivo de analizar las alteraciones del lenguaje.

El siguiente procedimiento consistió en la captación de sujetos, comenzando en Palma de Mallorca, y más adelante, en la provincia de Soria. En Palma de Mallorca, se acudió a una comisión de la salud del barrio de Santa Catalina, donde se reúnen mensualmente representantes de diferentes servicios del barrio para tratar temas relacionados con la protección y el cuidado de la gente mayor de la zona. Durante esta reunión, se expuso el estudio y se solicitó la colaboración de los diferentes servicios. Como resultado, se contactó con algunos recursos que contaban con perfiles que se ajustaban a los criterios inclusión y exclusión.

En cuanto a la muestra recogida en la provincia de Soria, se concertó una cita en la residencia 'La Solana' de Morón de Almazán, donde se expuso el proyecto y se obtuvo su aceptación. Junto con la terapeuta ocupacional, se realizó un cribado para determinar qué personas usuarias cumplían los requisitos. A todas estas personas, se les explicó en qué consistía el estudio y decidieron participar. Las personas restantes se obtuvieron en hogares de tercera edad en la ciudad de Soria.

Se proporcionó una explicación previa sobre el estudio a todos los participantes que decidieron colaborar y se acordó fecha, lugar y hora de encuentro. En el día del encuentro, se les explicó nuevamente de manera individual en qué consistía y el procedimiento a seguir. Acto seguido, se procedió a confirmar los criterios establecidos para participar en el estudio, firmar el consentimiento informado, recoger los datos sociodemográficos, y evaluar la capacidad cognitiva. Para evaluar la capacidad cognitiva se administró la prueba MEC-35 que analiza cuantitativamente las áreas de: orientación, memoria, concentración y cálculo, lenguaje y construcción.

A continuación, se obtuvo una muestra de habla de unos 10 minutos. Las muestras de habla se recopilaron mediante una situación de conversación inducida por el investigador, de la manera más natural posible, siguiendo una entrevista semiestructurada basada en el protocolo PRESEEA (Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del español de España y de América).

Las entrevistas tuvieron lugar durante los meses de marzo y abril de 2023, en domicilios particulares, en el Casal de Barri Es Jonquet de Palma de Mallorca, en la Residencia 'La Solana' de Morón de Almazán (Soria) y en dos Hogares de Tercera Edad de Soria. En todo momento, se siguió la normativa vigente respecto a aspectos éticos y de protección de datos.

Una vez recogidas las muestras conversacionales, se llevó a cabo un entrenamiento de la escala TLC en el mes de abril y mayo de 2023 (Anexo 7). Acto seguido, se analizaron las muestras de habla mediante un protocolo de evaluación de manifestaciones psicopatológicas.

Finalmente, obtenida la información necesaria, se procedió a recoger en tablas de Excel los datos recogidos, para su posterior análisis estadístico.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los valores cualitativos se presentan como *N* y en porcentaje (%). Los valores cuantitativos se muestran como medias con desviación típica (DT).

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el programa SPSS (Statistics, versión 23.0. Chicago: SPSS Inc.). Se aplicó un ANOVA (análisis de varianza) de un factor para analizar las posibles diferencias estadísticamente

significativas entre las puntuaciones totales de la escala de lenguaje, la prueba MEC y las variables sociodemográficas de las muestras de adultos mayores sanos y con DCL. Además, para la muestra de participantes sin DCL, se utilizó la regresión lineal con el objetivo de examinar las posibles correlaciones entre las puntuaciones totales de los ítems del protocolo de evaluación psicopatológico y las diversas variables sociodemográficas.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

5.1.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DEL GRUPO CONTROL

Se ha reclutado un total de 25 sujetos y 25 muestras de habla. Los sujetos procedieron de Palma de Mallorca, Soria y Morón de Almazán (Soria). De ellos, tras la revisión de los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 5 por alguno de los dos siguientes motivos: obtener una puntuación inferior a 24 en la prueba de Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) o tener una diferencia de edad inferior a dos años con respecto a los sujetos pareados.

Por tanto, el grupo control lo conformaron 20 personas mayores. De estas 20 personas, el 75% son mujeres y el 25% restante hombres. La edad de los participantes está comprendida entre los 70 años y los 95 años.

El 60% de la muestra reside en zona rural, el 25% en zona urbana (más de 100.000 habitantes), el 10% en zona semiurbana (10.000-100.000 habitantes) y el porcentaje restante no tiene domicilio fijo. En cuanto a la convivencia, un 35% vive en residencia sociosanitaria, un 30% con familia propia y un 20% solos. Cabe destacar, que el 70% son viudos.

Respecto al nivel educativo adquirido, el 70% han cursado estudios primarios, lo que equivale a 8 años de escolarización, un 15% estudios secundarios, un 10 % estudios superiores y un 5% indica no haber recibido estudios.

En cuanto al consumo de tóxicos, el 70% no consume tóxicos, un 25% refiere haber consumido alcohol y/o tabaco y el 5% restante fuma actualmente.

Un aspecto clínico de interés es el registro de tres sujetos que padecen depresión subclínica.

Los datos sociodemográficos y clínicos recopilados quedan reflejados a continuación (*Tabla 1*).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos del grupo control

Datos sociodemográficos y clínicos		N	%
Sexo	Hombre	5	25%
	Mujer	15	75%
Edad (años)	[70-75)	2	10%
	[75-80)	4	20%
	[80-85)	4	20%
	[85-90)	6	30%
	[90-95)	3	15%
	[95-100)	1	5%
Estado civil	Soltero	2	10%
	Casado/convive	4	20%
	Separado/divorciado/viudo	14	70%
	Otros	0	0%
Nivel socioeconómico	Bajo	9	45%
	Medio	10	50%
	Alto	1	5%
Residencia	Urbana	5	25%
	Semiurbana	2	10%
	Rural	12	60%
	Otros	1	5%
Convivencia	Familia primaria	2	10%
	Familia propia	6	30%
	Solo	4	20%
	Residencia	7	35%
	Otros	1	5%
Nivel educativo	Sin estudios	1	5%
	Estudios primarios	14	70%
	Estudios secundarios	3	15%
	Estudios superiores	2	10%
	Otros	0	0%
Número de años de escolarización	Menos de 8 años	1	5%
	8 años	14	70%
	De 8 a 12 años	3	15%
	Más de 12 años	2	10%
	Otros tipos de formación o formación adicional	0	0%
Situación laboral	Jubilado	19	95%
	No procede	1	5%
Consumo habitual de tóxicos	No	14	70%
	Sí	1	5%
	Antes	5	25%
Tóxicos	Cafeína	0	0%
	Alcohol	4	20%
	Tabaco	5	25%
	Medicinas	0	0%
	Cannabis	0	0%
	Estimulantes	0	0%
	Alucinógenos	0	0%
	Otros	0	0%

Las siguientes figuras reflejan el comportamiento de las variables de edad, nivel educativo y nivel socioeducativo con respecto a la puntuación total de las manifestaciones psicopatológicas del lenguaje.

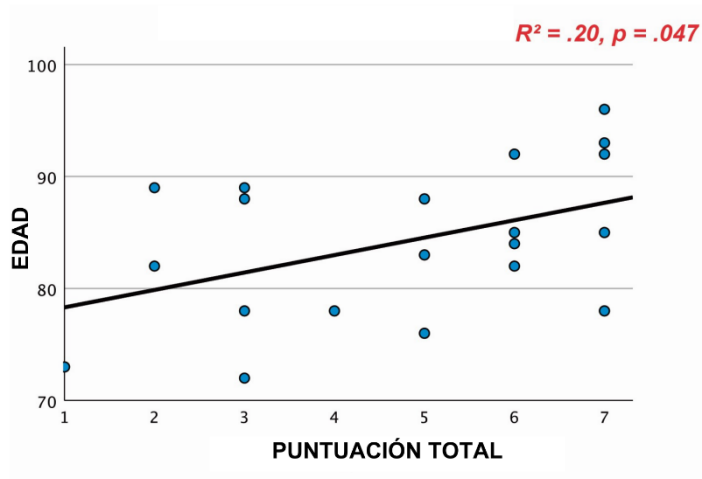


Figura 1. Regresión lineal entre los valores de la variable 'edad (años)' en el grupo control

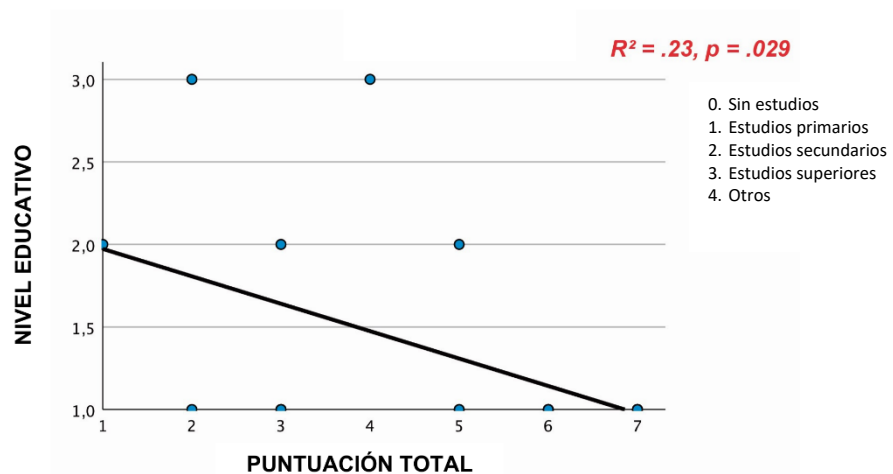


Figura 2. Regresión lineal entre los valores de la variable 'nivel educativo' en el grupo control.

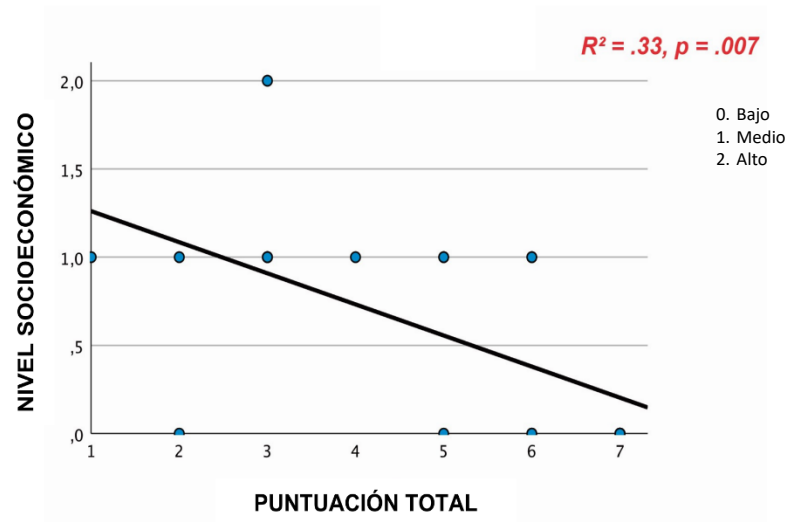


Figura 3. Regresión lineal entre los valores de la variable 'nivel socioeconómico' en el grupo control

5.1.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DEL GRUPO CONTROL Y GRUPO DE PACIENTES

Dado que se trata de un estudio pareado en edad y sexo a una muestra de adultos mayores con DCL, no hay diferencias significativas en la edad de los sujetos (*Figura 4*). La variación máxima es de ± 2 años. En cuanto al sexo no hay variaciones ya que ambas muestras están compuestas por 5 hombres y 15 mujeres.

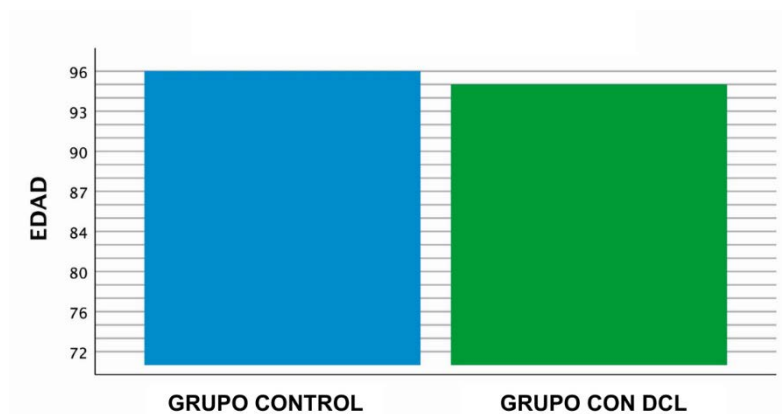


Figura 4. Edad media del grupo control y grupo con DCL

5.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA

5.2.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA DEL GRUPO CONTROL

La muestra de participantes controles obtuvo un valor de 30,7 (DT=3,79) en la puntuación total del MEC-35.

Los valores más altos en el número de errores aparecieron en el área de lenguaje y praxis con la escritura de una frase y en la memoria diferida (*Tabla 2*).

Las tareas donde menos dificultades se han encontrado han sido la repetición de una frase obteniendo un 100% de aciertos. Precedida de la denominación y orientación espacial.

Nota. Las tareas de lectura, escritura y copia del área de lenguajes y construcción del sujeto número 1, no han sido contestadas por déficit visual, por lo que han sido excluidas en el cálculo la puntuación total.

Tabla 2. Puntuaciones por áreas del MEC-35 del grupo control

Nº Registro	Sexo	Edad	MEC	Orientación		Memoria de fijación	Concentración y cálculo		Memoria diferida	Lenguaje y praxis						
1	F	93	(31x35)/32=34	5	4	3	5	3	3	2	1	2	3	0	0	0
2	F	83	33	5	4	3	5	3	2	2	1	2	3	1	1	1
3	M	78	35	5	5	3	5	3	3	2	1	2	3	1	1	1
6	F	72	35	5	5	3	5	3	3	2	1	2	3	1	1	1
9	F	82	33	5	5	3	5	1	3	2	1	2	3	1	0	1
10	F	84	34	5	5	3	5	3	3	2	1	1	3	1	1	1
11	F	85	25	3	4	3	5	1	1	2	1	0	3	1	0	1
12	F	88	27	5	5	3	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1
13	F	86	25	3	5	2	5	0	1	2	0	1	3	1	1	1
14	F	88	30	4	5	3	5	3	1	2	1	1	3	1	0	1
15	F	89	26	4	5	3	3	1	1	2	1	2	3	1	0	0
16	F	89	33	5	5	3	5	3	3	2	1	2	3	1	0	0
17	F	96	25	2	5	3	3	3	0	2	1	2	3	0	0	1
18	F	92	30	5	5	3	5	1	0	2	1	2	3	1	1	1
19	F	78	35	5	5	3	5	3	2	1	2	3	1	1	1	1
20	M	73	35	5	5	3	5	3	3	2	1	2	3	1	1	1
22	M	78	34	5	5	3	5	3	1	2	1	2	3	1	1	1
23	M	82	28	4	4	2	5	3	2	2	1	1	3	1	0	0
24	F	92	28	5	5	3	5	1	1	2	1	2	3	0	0	0
25	M	76	29	4	5	3	5	3	2	2	1	0	2	1	0	1
				89/100	96/100	58/60	92/100	47/60	37/60	39/40	20/20	32/40	55/60	17/20	10/20	15/20

5.2.2. COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN COGNITIVA DEL GRUPO CONTROL Y GRUPO DE PACIENTES

Las puntuaciones totales obtenidas en la evaluación del rendimiento cognitivo en el grupo control son valores comprendidos entre 24 y 35; sin embargo,

las puntuaciones correspondientes al grupo de pacientes oscilan entre 17 y 30 puntos (*Tabla 3*).

Tabla 3. Puntuaciones totales del MEC-35 de ambos grupos

Sujetos	Grupo de pacientes	Edad	Sexo	Edad	Grupo control	Sujetos
P01	24/35	88	F	88	27/35	P12
P03	20/35	85	F	84	34/35	P10
P04	17/35	93	F	93	34/35	P01
P05	20/35	95	F	96	25/35	P17
P06	23/35	94	F	92	30/35	P18
P07	25/35	82	M	82	28/35	P23
P08	22/35	86	F	85	25/35	P11
P09	28/35	76	M	78	34/35	P22
P10	23/35	75	M	76	29/35	P25
P11	23/35	82	F	82	33/35	P09
P12	30/35	77	M	78	35/35	P03
P13	29/35	73	F	72	35/35	P06
P14	24/35	83	F	83	33/35	P02
P15	24/35	87	F	85	25/35	P13
P16	20/35	91	F	92	28/35	P24
P17	22/35	88	F	88	30/35	P14
P18	31/35	75	M	73	35/35	P20
P19	20/35	91	F	89	26/35	P15
P20	21/35	90	F	89	33/35	P16
P21	21/35	80	F	78	35/35	P19

Nota. En el lado izquierdo, se encuentran las puntuaciones totales de cada sujeto con DCL, y en la derecha las puntuaciones correspondientes de los adultos mayores sanos con su equivalente en edad y sexo.

Existe una diferencia muy significativa $F(1, 38) = 49,11, p < .001$ en las puntuaciones totales en el Mini-Examen Cognoscitivo sobre 35 entre ambas muestras (*Figura 5*). Como era de esperar el rendimiento cognitivo es bastante inferior en aquellas personas con DCL.

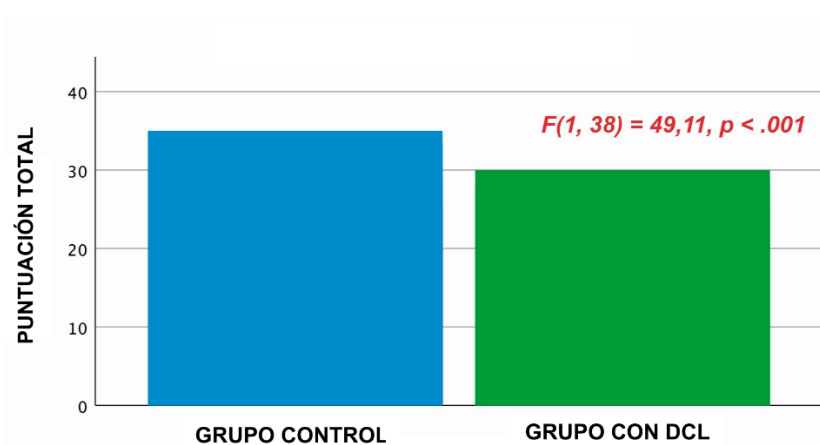


Figura 5. Puntuaciones totales del MEC-35 del grupo control y el grupo de pacientes

5.3. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL LENGUAJE

5.3.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL LENGUAJE DEL GRUPO CONTROL

Las muestras de habla recogidas tienen una duración de entre 5 y 20 minutos, con un promedio de 11 minutos y 34 segundos.

En la tabla siguiente se muestra los resultados obtenidos por ítems en el protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas la muestra de adultos mayores sanos (*Tabla 4*).

La puntuación total obtenida en las manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje de adultos mayores sanos tiene un promedio de 3,8 (DT=3,86)

Tabla 4. Manifestaciones psicopatológicas del grupo control

Nº Registro	Sexo	Edad	1. Pobreza de lenguaje	2. Pobreza del contenido del lenguaje	3. Pensamiento divagatorio	4. Bradipsiquia	5. Bradilalia	6. Perseveración de sílabas	7. Perseveraciones de palabras	8. Perseveración de expresiones	9. Perseveración de oraciones	10. Perseveración de temas	11. Tangencialidad	12. Descartamiento	13. Lenguaje disgregado	14. Mutismo	15. Aprosofía	16. Anomia	17. Fenómenos de punta de la lengua	18. Neologismos	19. Perifrasis o circumloquios	20. Parafasias semánticas	21. Glosolalia	22. Concretismo	23. Paragramatismo	24. Alteraciones sintácticas	25. Parafasia fonémica
1	1	93	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0
2	1	83	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
3	0	78	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
6	1	72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10	1	84	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
11	1	85	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	88	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
13	1	85	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
14	1	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	89	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	1	96	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
18	1	92	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
19	1	78	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
20	0	73	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	78	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	82	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
24	1	92	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
25	0	76	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Puntuaciones totales			2	9	0	6	6	0	9	0	0	5	15	9	0	0	3	7	1	1	5	5	0	2	2	4	4

A continuación, se detalla cada uno de los ítems registrados en el protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas siguiendo el orden correspondiente y algunos ejemplos que han sido extraídos de las muestras de habla. Cada sujeto está identificado con un número ordinal y los turnos de habla aparecen representados como I (informante) y como E (entrevistador).

Nota. Los ítems de: perseveración de sílabas (5), perseveración de palabras (6), perseveración de expresiones (7), perseveración de oraciones (8) y perseveración de temas (9) han sido detallados de manera conjunta como perseveración verbal.

NIVEL PRAGMÁTICO

1. Pobreza del lenguaje

“Restricción de la cantidad de habla espontánea, de manera que las respuestas a las preguntas tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas. La respuesta puede ser monosilábica, y algunas preguntas pueden quedar sin respuesta” (Andreasen, 1986; Jimeno, 2022, p.86).

- ⇒ **Sujeto 020:** E: ¿Y qué tal, sabría decirme en qué estación estamos? I: Primavera E: ¿Qué día hace hoy? I: Soleado E: Que prefieres el calor, el frío, ... I: Ningún extremo de los dos E: ¿Algo intermedio? Ahora, el tiempo que hace estos días I: Por ejemplo E: Se podría quedar I: Para todo el año

2. Pobreza del contenido del lenguaje

“Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información” (Andreasen, 1986, p. 475; Jimeno, 2022, p.86).

- ⇒ **Sujeto 03:** E: ¿Y que tal te llevas con ellos? I: Pues yo bien, adiós, buenos días y con todo el mundo me hablo, y na más, el que quiere me contesta y el que no pues oye.
- ⇒ **Sujeto 018:** E: ¿Y qué prefieres tú que haga así un poco de fresco o prefieres más el calorcito? I: *Hombre hombre*, según en que tiempo, si es verano claro, que haga un poco fresco, si es ahora no, pero si es lo dado del tiempo tiene que ser así, que tenía que ser ya un poquito mejor que lo que hace también.

Nota. Adicionalmente presenta perseveración de la palabra hombre.

3. Bradipsiquia

“Disminución de la velocidad de los procesos del pensamiento” (Mendizábal et al., 2022, p.151).

4. Bradilalia

“Alteración del habla que se caracteriza por una lentitud en la articulación de las palabras, acompañado de una disminución del ritmo y fluidez” (Mendizábal et al., 2022, p.151).

5-9. Perseveración verbal

Repetición de sonidos, sílabas, palabras, expresiones o temas y emisión en contexto inapropiado. Dificulta la comprensión en el discurso e interfiere en la coherencia del relato (Andreasen, 1986; Mendizábal et al., 2022).

⇒ **Sujeto 01: E: ¿Y la gente joven, los niños, los padres... qué suelen hacer allí en el pueblo?** I: La gente es mayor, ya toda la que *hay* en el pueblo, *joven niños no hay*, por la parte del año *no hay*. En verano sí, pero en el invierno *no hay* nadie, porque vienen de afuera los *niños sino no hay* nadie. *Sino no hay* más que te digo yo cuatro... *no sé si hay* ocho personas.

Nota. Adicionalmente presenta descarrilamiento, el sujeto continúa hablando de la gente del pueblo y el número de personas que habitan en él, pero no responde a lo que hacen allí.

⇒ **Sujeto 024: E: ¿A qué te dedicabas?** I: Mi marido era *herrero*, pero luego en (*nombre del pueblo*), nos fuimos a (*nombre del pueblo*), compramos un *local* un *local* que tuvimos que hacer la casa, hicimos taller y se dedicaba, pues a *herrero, pero luego* ya empezó a *vender* máquinas... y a *vender*... y era mecánico, *vendía* tractores *vendía* de todas esas cosas, *pero luego* andó poniendo una trilladora en (*nombre de otro pueblo*). Fue un señor de (*nombre de ciudad*) y le dijo no querrás coger el butano de (*nombre del primer pueblo*) que lo van a poner van a poner un distribuidor porque era muy emprendedor. Pues *si sí*.

10. Tangencialidad

“Contestar a una pregunta de una forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante” (Andreasen, 1986, p. 476; Jimeno, 2022, p. 87).

⇒ **Sujeto 03: E: ¿Si necesitas algo acudes a ellos?** I: Hombre de momento pues no nos ha ocurrido eso, pero oye, buenos días que hay y nada más.

⇒ **Sujeto 013: E: ¿Qué prefieres el calor o el frío?** I: Yo tengo frío

11. Descarrilamiento

“Una forma de habla espontánea en la cual las ideas se van del hilo hacia otro que está relacionado de forma clara pero oblicua, o bien hacia otro contenido con el que no tiene ninguna relación”. (Andreasen, 1986, p. 476; Jimeno, 2022, p. 87).

⇒ **Sujeto 06: E: ¿Ha viajado usted mucho?** I: Cuando estaba con mi *marido* viajaba *mucho*, yyy luego... y *luego no, no luego no yo* creo que todo *lo que hice lo hice* con mi *marido mucho*, todo *mucho* y después, al principio *deee* de separarme..., *yo* me he

separado cinco veces de él. **E: 5 veces** I: O sea ya tuve que aprender la lección y decir las riendas las tengo que coger *yo* porque siempre las cogía *yo*, pero él siempre, *hablábamos mucho*. **E: si** I: Éramos un matrimonio que *hablábamos mucho* y él me decía que me entendía y me comprendía, y que si *yo* creía que eso era lo mejor el separarnos pues nos separábamos, pero cuando llevábamos una semana, quince días él decía que me había equivocado, que esto era una tontería lo que habíamos hecho, total que me terminaba de convencer.

Nota. *El habla conversacional de este sujeto se caracteriza por constantes descarrilamientos. Adicionalmente, como se pueden apreciar en el ejemplo, presenta numerosas perseveraciones.*

- ⇒ **Sujeto 025:** **E: ¿Qué hobbies tienes? ¿Te gusta leer?** I: Sii **E: ¿Lees el periódico? O algún libro** I: Ahora estoy leyendo un libro que yo lo recomendaría a toda la juventud. **E: Sii, ¿cuál es?** I: La inquisición **E: Ujum** I: Aquí falta en la juventud y en muchas personas mayores falta de información por no haber leído. **E: La verdad que es algo que se está perdiendo cada vez más.** I: Y aquí se pierde se pierde la cultura, la cultura real española se está perdiendo por falta de eso, y la culpa la tiene el gobierno y a veces parte de las familias, que a veces encauzan a los niños en errores y en equivocaciones, no les plantean la realidad de lo que es la vida y los hechos.

12. Lenguaje disgregado

“Pérdida de la idea directriz y de asociación lógica entre los diversos contenidos, a partir de frases o elementos que pueden ser comprensibles en sí mismas” (Mendizábal et al., 2022, p.152).

13. Mutismo

Manifestación caracterizada por la suspensión del habla por parte del individuo.

14. Aprosodia

Manifestación del lenguaje oral no verbal, consiste en la disminución de la cadencia expresiva. El discurso se caracteriza por ser monótono y sin inflexiones (Mendizábal et al., 2022; Pifarré, J., 2011).

NIVEL SEMÁNTICO

15. Anomia

“Dificultad de acceso a las palabras. Puede ser fonológica, léxica o semántica” (Mendizábal et al., 2022, p.151).

⇒ **Sujeto 011:** E: ¿Cuáles son así tus intereses, tus hobbies? ¿qué te gusta hacer en tu tiempo libre? I: Hombre esto de labores me gustaba mucho pero aquí no hacemos de momento. E: ¿El qué? I: *Labores* E: **Labores** I: Hacer cositas y así E: ¿Manualidades? I: *si, esto no me sale.*

Nota: adicionalmente presenta parafasia semántica, utiliza el término de 'labores' para referirse a manualidades porque tiene dificultad para acceder al léxico.

⇒ **Sujeto 013:** E: ¿Sabría decirme dónde nos encontramos? I: En la residencia E: Vale I: ¿Cómo se llama la residencia? Ya no me acuerdo. E: (indica nombre de la residencia)

16. Fenómenos de punta de la lengua

“Estado previo a la anomia, que consiste en querer decir el nombre de algo y no poder hacerlo, siendo consciente de características de esa palabra tales como el número de sílabas, porqué letra empieza o el género que tiene. No es algo patológico hasta que se convierte en algo muy frecuente e incapacitante para mantener una conversación con fluidez”. (Mendizábal et al., 2022, p.153).

⇒ **Sujeto 024:** I: Que como está soltera pero no le falta que hacer porque está en una asociación por las tardes va... *a la a la* que hay una... *ai no sé cómo decirte... uiii que no me sale*

Nota. Adicionalmente presenta perseveración: *a la a la.*

17. Neologismos:

“Creación y uso de palabras sin un significado aceptado por la lengua, a las que el paciente les otorga un significado específico” (Pifarré, J., 2011).

18. Perífrasis o circunloquios

“Giro o paráfrasis que se hace en situaciones de no acceso al nombre de la palabra que se quiere emitir” (Mendizábal et al., 2022, p.151).

⇒ **Sujeto 013:** E: ¿Y dónde vive usted? I: A *si si* ahora en (*nombre del pueblo donde vivía antes*) vivía porque me vine aquí (*nombre del pueblo donde vivía antes*) porque mi marido estaba mal E: **ujum ujum** I: Tenía... bueno *ya no me acuerdo*, que se estuvo en una *residencia*. Primeramente, estuvo en el centro de día y luego a la *residencia*.

Nota. adicionalmente se observa una notable desorientación espacial y alguna perseveración como el nombre del pueblo en el que vivía antes, la palabra 'residencia' y el 'si' del principio. También, se aprecia cierta anomia al no acceder al nombre de la patología de su marido.

⇒ **Sujeto 024:** I: que como está soltera pero no le falta que hacer porque está en una asociación por las tardes va... a la a la que hay una... ai no sé cómo decirte... uiii que no me sale **E: ¿está en una asociación?** I: *Que vienen profesores de Soria a la Universidad de la experiencia. ¿Lo has oído?*

Nota. En este sujeto además de las manifestaciones mencionadas anteriormente, se observa al inicio un claro ejemplo de anomia, que posteriormente intenta solventar aportando información relacionada.

19. Parafasias semánticas:

“Sustitución de una palabra por otra que pertenece al mismo campo semántico” (Mendizábal et al., 2022, p.153).

⇒ **Sujeto 017:** E: En qué estación del año estamos I: *En en junio*

Nota. Adicionalmente presenta perseveración en la palabra ‘en’.

⇒ **Sujeto 019:** E: Me alegro, ¿sabría decir en que estación del año estamos? I: Si, en otoño oiins (RISAS) que torpe estoy, en primavera (RISAS) en **primavera**.

Nota. Adicionalmente presenta perseveración en la palabra el sintagma preposicional ‘en primavera’.

20. Glosolalia

“Lenguaje incomprensible con presencia de lenguaje disgregado, neologismos y alteraciones sintácticas” (Mendizábal et al., 2022, p.152).

21. Concretismo

“Dificultad para definir conceptos o palabras de forma adecuada” (Mendizábal et al., 2022, p.151).

⇒ **Sujeto 02:** E: Bueno, ¿os pusieron una guardería cerca no? I: Bueno tenemos la guardería y luego ahora nos han puesto columpios como un, *en el campo que había, y nos han puesto también para hacer un baloncesto una plataforma para hacer baloncesto que lo están haciendo ahora.*

Nota. Adicionalmente presenta perseveración en ‘nos han puesto’ y ‘baloncesto’. Además, aparece un ejemplo de paragramatismo cuando incluye un artículo inapropiado seguido del verbo: ‘hacer un baloncesto’.

NIVEL MORFOSINTÁCTICO

22. Paragramatismo:

Utilización incorrecta de los elementos lingüísticos, tales como los tiempos verbales o las palabras funcionales.

⇒ **Sujeto 03: E: Este verano pasado no llovió casi nada y estuvo todo...** I: Muy poquito o nada, y ahora no sé cómo estará el pantano, pero me parece que están bajos *en a* lo que dice la tele.

Nota. No utiliza la preposición adecuada.

⇒ **Sujeto 03: E: Ya, pero si hubiese tenido la posibilidad de elegirlo** I: Pues si *podía* al mismo sitio, a la misma empresa

Nota. Utiliza un tiempo verbal inapropiado.

23. Alteración sintáctica:

Utilización inapropiada del conjunto de reglas y principios que rigen la estructura y organización gramatical de las oraciones en el lenguaje verbal.

⇒ **Sujeto 03: E: ¿O sea era lo que querías o te hubiese gustado trabajar de otra cosa?** I: Pues no, era porque los sueldos eran bajos, *donde más pudieras ganar un poquito más.*

NIVEL FONETICO-FONOLÓGICO

24. Parafasia fonémica:

“Pronunciación errónea reconocible de una palabra porque los sonidos o las sílabas no corresponden a la secuencia correcta “(Andreasen, 1986, p. 480; Jimeno, 2022, p. 90).

⇒ **Sujeto 016: E: ¿Y qué tal se encuentra?** I: Bien, bueno con achaques ya por la edad, tengo mucha *artrosis*, entonces... mira como tengo las manos hija. Me duelen mucho *este este este* dedo lo nuevo, este no puedo, ósea *artrosis*, pero enfermedades así no he tenido, las propias de... la... catarros, gripes y esas cosas. Eso sí, por ejemplo, la dentadura es postiza, y por lo demás, últimamente me han tratado de... la médica de aquí... porque me encontraron... primero me hicieron una... radiografía y tenía... unos coagulitos en las arterias y me los tuvieron que disolver, me mandaron... el... *ai como se llama...* el sintrom, y ya estoy recuperada. **E: Si** I: Y luego, me encontraron también que tenía en el pecho izquierdo un bultito, me vio *ancología*, me... na me... estuve tomando unas pastillas. Ahora mismo hasta *setiembre* no tengo que ir a consulta.

Nota. Observamos la sustitución de /o/ por /a/ al decir, ‘ancología’, en vez de oncología y omisión del fonema /p/ al decir, ‘setiembre’, en lugar de septiembre. Adicionalmente, podemos observar la dificultad para evocar ciertas palabras y la presencia de alguna perseveración.

5.3.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL LENGUAJE DEL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO DE PACIENTES

En los siguientes gráficos, se comparan las puntuaciones totales y por ítems obtenidas en el protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas del lenguaje de ambos grupos.

Existe una menor intensidad de las alteraciones en el lenguaje de adultos mayores del grupo control (*Figura 7*).

Los ítems con mayor prevalencia varían entre una muestra y otra. En los sujetos sanos predomina la presencia de bradilalia, tangencialidad y descarrilamiento. Sin embargo, las manifestaciones más frecuentes en sujetos con DCL son la anomia, el lenguaje disgregado, el concretismo, y el paragramatismo. La anomia es la alteración más intensa en los pacientes (*Figura 8*).

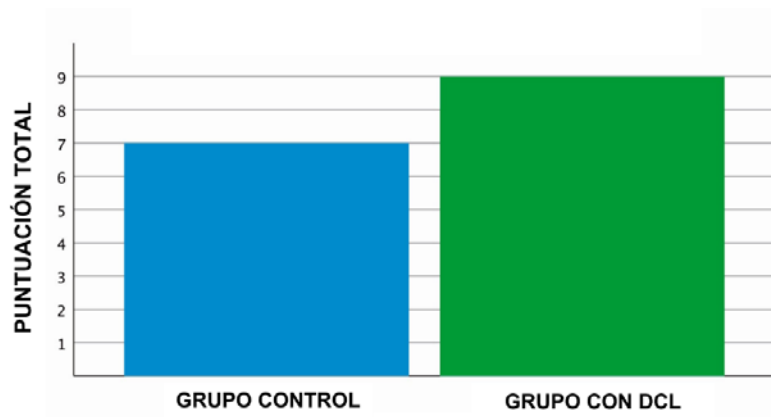


Figura 6. Puntuaciones totales de las manifestaciones psicopatológicas de ambos grupos

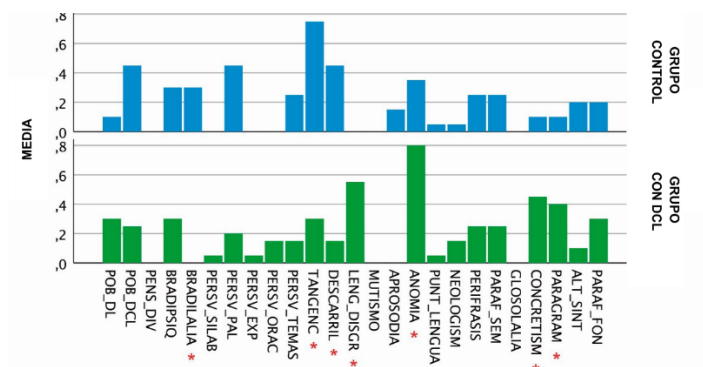


Figura 7. Prevalencia por ítems de las manifestaciones psicopatológicas de ambos grupos

6. DISCUSIÓN

Este trabajo es un estudio descriptivo y observacional de carácter transversal en el que se han evaluado las manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje de un grupo control sano pareado en edad y sexo con una muestra de 20 adultos mayores con DCL.

Se han analizado las variables sociodemográficas y se ha verificado que los controles y los pacientes están pareados adecuadamente en edad según lo establecido en los criterios de inclusión. Se ha encontrado que existe una asociación entre el nivel educativo y socioeconómico y la intensidad de alteraciones en el lenguaje del grupo control. Los resultados obtenidos en las puntuaciones totales del MEC-35 son inferiores en el grupo de pacientes respecto al grupo control. En cuanto a la intensidad de las alteraciones del lenguaje, es inferior en el grupo control. Los ítems predominantes en el grupo control son la bradilalia, la tangencialidad y el descarrilamiento.

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

Recoger ciertas variables sociodemográficas y clínicas es esencial para el estudio del lenguaje de las personas. Estos factores pueden tener una relación directa o indirecta en la comunicación, y en ocasiones pueden llegar a explicar las alteraciones en el lenguaje.

El tamaño muestral del estudio (N=20) está constituido por 15 mujeres y 5 varones. La edad media de la muestra es de 84,15 años (DT=6,81). Entre la edad y la intensidad de alteraciones en el lenguaje existe una correlación positiva $R^2: ,020$, $p=,047$, este dato indica un incremento en las manifestaciones a medida que aumenta la edad (*Figura 1*). Según los datos del INE, España se caracteriza por tener una baja tasa de natalidad respecto a la tasa de mortalidad. La proporción de personas de edad avanzada es elevada. En concreto, la población estudiada que se encuentra entre los 70 y los 95 años representa entorno a un 14,5% de la población española de los cuales el 6% son hombres y el 8,5% mujeres. Por tanto, la falta de homogeneidad de la muestra puede estar relacionada con que a esta edad es mayor la prevalencia en mujeres que en hombres.

Respecto al tamaño muestral, en estudios anteriores se han incluido 9 sujetos sanos y 9 sujetos con DCL (N=18) (Machado Goyano Mac-Kay et al.,

2018). Otros estudios incluyeron adultos mayores entre 60 y 83 años con un tamaño muestral más amplio (N=108); 31 sujetos del grupo control, 27 con DCL, 36 con Enfermedad de Alzheimer Leve y 14 con Enfermedad de Alzheimer Moderada (Grasso y Saux, 2020).

Como se ha reflejado anteriormente, se han realizado estudios en adultos mayores sanos y con DCL donde se analizó la funcionalidad discursivo-pragmática en ambos grupos (Machado Goyano Mac-Kay et al., 2018). Sin embargo, un aspecto novedoso que presenta este estudio es el pareamiento tanto en edad como en sexo. En otras investigaciones este aspecto no se ha tenido en cuenta o han sido pareados en otras variables, como por ejemplo, edad y nivel educativo en adultos mayores sanos y sujetos con Enfermedad de Alzheimer (Pekkala et al., 2008).

Tener entre 65-74 años, escolaridad básica o media y presentar hipertensión o depresión son factores asociados a la presencia de DCL (Rojas Zepeda et al., 2021). Además, se reafirma que el bajo nivel educacional y sociocultural son determinantes sociales del deterioro cognitivo.

Cabe destacar que, un 70% de los sujetos controles cuentan con estudios primarios, lo que equivale a ocho años de escolarización. Respecto el nivel socioeconómico, el 50% refiere tener un nivel medio.

Al analizar los datos recogidos, el presente estudio muestra una correlación negativa $R^2=,23$, $p=,029$ entre el nivel educativo y la intensidad de manifestaciones psicopatológicas (*Figura 2*). Con esta información se corrobora la tendencia de que el nivel educativo parece garantizar una mejor ejecución cognitiva en el envejecimiento (Valles-González, 2020). Además, aparece una correlación negativa $R^2=,33$, $p=,007$ entre el nivel socioeconómico y la intensidad de alteraciones en el lenguaje de adultos mayores (*Figura 3*). Siendo el valor de 'p' bastante significativo para ambas variables, en especial en el nivel socioeconómico, estos datos nos permiten predecir que si se ampliase el tamaño muestral se seguiría verificando que, a mayor nivel socioeconómico y educativo, menor es la intensidad de las alteraciones en el lenguaje. Esta idea parece estar ligada al concepto de reserva cognitivo, un aspecto preventivo en las personas de edad avanzada.

En lo que refiere al consumo de tóxicos, tanto el tabaquismo como el alcohol son factores de riesgo de deterioro cognitivo. En el caso del alcohol, un consumo excesivo del mismo puede evolucionar en demencias secundarias alcohólicas, por ejemplo, la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. En estas patologías las funciones cognitivas más alteradas son las funciones ejecutivas, las habilidades visuoespaciales, la atención y la memoria (Deví-Bastida et al., 2022).

6.2. EVALUACIÓN COGNITIVA

La determinación del estado cognitivo del paciente es esencial en el proceso de diagnóstico. A pesar de que mientras se lleva a cabo la entrevista se pueden recoger observaciones acerca de las funciones cognitivas, para la evaluación neuropsicológica se deben realizar pruebas estandarizadas que complementen el juicio clínico. Se recomienda la utilización de test cognitivos breves que cumplan los siguientes criterios: administración sencilla, duración breve, adecuada validez, universalidad, buena capacidad discriminativa para detectar deterioro cognitivo leve y baja influencia o nivel educativo (Bueno-Perdomo et al., 2019).

La prueba más conocida y utilizada en el deterioro cognitivo es el *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (Folstein M.F. et al., 1975) cuya versión adaptada y validada en España es el *Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)* (Lobo et al., 1979) (Pelegri Valero, 2021). Otros de los instrumentos son: *Test de las fotografías o Fototest* (Carnero-Pardo & Montoro-Ríos, 2004), *Test de Alteración de la Memoria (T@,M)* (Rami et al., 2009), *Test del Reloj* (Cacho et al., 1999) y *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* (Nasreddine et al., 2005) y *Mini-Cog* (Borson et al., 2000). Adicionalmente, es conveniente el contraste con la información proveniente de los familiares.

En este estudio la aplicación de la prueba neuropsicológica MEC, corroboró que los controles escogidos para la participación en el estudio fueron óptimos, y presentaban buen estado cognitivo. Siguiendo los criterios de corrección de la prueba, los sujetos controles debían tener una puntuación superior a 24 puntos, esto indica que su rendimiento cognitivo era aparentemente normal.

Respecto al grupo control, se observa que las tareas donde mayor número de aciertos han obtenido han sido en las tareas de memoria inmediata (97%)

repetición (100%), denominación (97,5%) y orientación espacial (96%) (*Tabla 2*). La tarea donde se ha encontrado mayor dificultad ha sido al solicitarles que escribiesen una frase espontánea. El 50% de los sujetos escribieron una palabra o un grupo sintáctico sin verbo. La tarea de memoria diferida también supuso dificultades, con un 62% de aciertos. Esta consistió en recordar tres palabras mencionadas anteriormente: peseta, caballo y manzana. La mayoría de los sujetos se olvidaban de al menos una palabra.

En función de los datos analizados en este estudio, se verifica que existen diferencias muy significativas ($F=49,11$, $p<,001$) entre las puntuaciones totales del MEC-35 del grupo control y los pacientes (*Figura 5*). Estudios anteriores ya señalaban diferencias considerables en la puntuación de exámenes neuropsicológicos similares como el Mini-Mental State Examination (MMSE) $F(2,67)=324,61$, $p<,001$ (Pekkala et al., 2008). En un estudio más reciente sobre las relaciones semánticas en adultos mayores sanos, DCL y EA se evaluó el rendimiento cognitivo general mediante el MMSE y el análisis de los resultados mostró que el grupo control obtuvo mejor desempeño que los grupos con DCL y EA ($p <,001$) (Grasso y Saux, 2020).

6.3. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Desde una perspectiva logopédica, se dispone de escasas pruebas para diagnosticar problemas del lenguaje y la comunicación en las personas mayores. No obstante, cabe destacar algunos instrumentos importantes para el logopeda en la clínica diaria:

- *Test de denominación de Boston* (Goodglass & Kaplan, 1996). Evalúa la memoria semántica. Además, los resultados de un estudio donde fueron evaluados 405 sujetos sin alteraciones cognitivas y 142 con diagnóstico de DCL con una versión reducida en 15 ítems, afirmaron que la prueba tiene un poder discriminativo elevado para dificultades en la denominación (Fernández-Blázquez et al., 2012).
- *Neurobel* (Adrián et al., 2015). Batería neuropsicológica validada exclusivamente en adultos mayores en fases preclínicas que permite recoger información sobre la vertiente receptiva y expresiva del lenguaje.

- Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en Afasia (MetAphAs) (Rosell-Clari & Hernández-Sacristán, 2014), además de evaluar la capacidad de acceso al léxico y la inhibición del proceso de producción del lenguaje oral, permite valorar las habilidades metalingüísticas en personas con demencia (Valles-González & Rosell-Clari, 2016).
- Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R) (Fernández-Urquiza et al., 2015), valora componentes pragmáticos y gramaticales de la comunicación.
- Token Test (de Renzi & Vingolo, 1962), sirve para valorar la comprensión verbal. Consta de 20 fichas de cinco colores de diferentes formas y tamaños, el sujeto debe manipularlas según las órdenes verbales del examinador.

Dada la necesidad de obtener información acerca de los déficits lingüísticos y comunicativos en la población envejecida, se han llevado a cabo estudios sobre la evaluación de la comunicación en adultos mayores desde la funcionalidad (Salazar-Martínez, 2022) o acerca de las habilidades lingüísticas, como son la memoria verbal, la fluidez semántica, y la denominación (Juncos Rabadán et al., 2010). No obstante, no se debe olvidar el componente pragmático, el uso de la lengua en contextos y la interpretación del lenguaje en interacciones comunicativas (González Martín et al., 2019). Si bien es cierto que todavía no existe un instrumento que evalúe la comunicación desde una perspectiva pragmático-funcional.

De acuerdo con las puntuaciones totales obtenidas en la evaluación de las manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos (*Figura 6*). El grupo de pacientes con DCL ha manifestado mayor intensidad en las alteraciones del lenguaje respecto al grupo control.

Se han encontrado diferencias en la intensidad de los diferentes ítems en ambos grupos (*Figura 7*). Respecto a los controles, predomina la presencia de tangencialidad y descarrilamiento. Los sujetos tienden a responder de manera oblicua o indirecta, pierden la conexión lógica de las ideas y su respuesta en

algunos casos llega a ser irrelevante. A diferencia del grupo control, el lenguaje de los pacientes predomina por su disgregación. Su lenguaje pierde la funcionalidad y resulta incomprendible para el interlocutor.

Por otro lado, en los adultos mayores está afectado el acceso al léxico, muchas veces presente en episodios del fenómeno “punta de la lengua”, provocado por un déficit en la memoria operativa (González-Palau et al., 2015; Valles-González, 2020; Salazar-Martínez, 2022). Como ya indicaban evidencias anteriores, existe una diferencia significativa en la intensidad de manifestaciones de anomia de ambos grupos. Aunque también está presente en los adultos mayores sanos, aparece en mayor medida en los sujetos con DCL. En consecuencia, este podría ser un indicador precoz de deterioro cognitivo.

Otro posible indicador precoz puede ser el concretismo. Esta manifestación psicopatológica se caracteriza por la disminución de la capacidad de pensamiento abstracto. Es un signo de alarma que debe ser valorado en función del rendimiento intelectual y sociocultural previo de la persona.

Los resultados obtenidos en ambos grupos reflejan la presencia de perseveraciones en el discurso. Se puede señalar la variabilidad de este ítem, dado que pueden aparecer perseveraciones en sílabas, palabras, expresiones, oraciones, y temas. En los sujetos con DCL aparece una mayor variedad de perseveraciones en el lenguaje (6% de sílabas, 25% de palabras, 6% de expresiones, 19% de oraciones, 19% de temas y 25% sin especificar) respecto al grupo control (64,3% de palabras y 35,7% de temas). Atendiendo a los datos obtenidos por otros autores, las perseveraciones verbales aumentan significativamente con la progresión del deterioro cognitivo, y se manifiestan en diferentes tipos. Esta alteración se considera una característica común de la Enfermedad de Alzheimer, por lo que puede significar factor de riesgo (Pekkala et al., 2008).

Un hallazgo que sorprende en el presente estudio es la presencia de bradilalia en los sujetos sanos, en los que se había excluido la presencia de trastorno mental grave actual. Este dato se podría explicar por la presencia de una depresión subclínica, dado que la depresión es un trastorno mental prevalente en adultos mayores, que se correlaciona con el nivel cognitivo ($r=0,471$; $p=0.004$).

(Camacho-Conde & Galán-López, 2021). Es además conocida la correlación entre el bajo estado de ánimo y la aprosodia, presente en la Enfermedad de Parkinson, la cual se asocia con depresión y bradilalia (Picó-Berenguer & Yébenes-Briones, 2019). Al realizar las entrevistas, se ha observado que el habla de personas con síndrome depresivo o que han tenido vivencias complicadas tienen un patrón de habla monótono, sin fluctuaciones y enlentecido.

Profundizando en las apreciaciones al recoger las muestras, se ha confirmado datos previos acerca de la conservación de habilidades comunicativas como la participación socio-comunicativa, el lenguaje no verbal, el contacto ocular y la cercanía o el contacto verbal de adultos mayores sin deterioro cognitivo (Facal et al., 2009; Salazar-Martínez, 2022). Por tanto, una mayor estimulación de estas habilidades permitirá que estas permanezcan más tiempo sin alteraciones (Salazar et al., 2016).

Una posible variable extraña es el tiempo de habla de los sujetos durante la recogida de la muestra. Al respecto, se pueden observar un menor número de manifestaciones en una persona con una tasa de habla reducida que en una persona que es más elocuente. De acuerdo con esta idea, el ítem de pobreza del lenguaje refleja que la cantidad de habla está más reducida en los pacientes.

Cabe resaltar que momentos previos a la recogida de las muestras de habla, se estableció un vínculo cercano con los participantes, de tal modo, que la entrevista resultase motivadora y se pudiese llevar a cabo en un ambiente lo más natural posible. De esta manera, los sujetos se sintieron cómodos y su colaboración fue mayor. En relación, se ha observado una mayor fluidez y participación en las mujeres respecto a los hombres.

Teniendo en cuenta estos aspectos, en la evaluación del lenguaje conversacional del adulto mayor influye su capacidad de participación, el tipo de relación, la duración y la calidad de conversación (Salazar-Martínez, 2022).

En resumen, en el grupo control de sujetos se han hallado alteraciones pragmáticas y en menor medida, sintácticas, morfosintácticas y fonológicas, en especial, bradilalia, tangencialidad y descarrilamiento. Estas alteraciones pueden ser manifestaciones de una comunicación funcional, o explicarse por la presencia de trastornos subclínicos como la depresión. Por otra parte, si bien podrían

deberse a la actual presencia de un deterioro cognitivo leve no identificado ni por el sujeto ni por el entorno, la naturaleza de nuestro estudio no nos permite ni confirmar ni descartar esta posibilidad.

Todas estas razones conllevan a la necesidad de estudios prospectivos de los sujetos evaluados, tanto pertenecientes a un grupo control como de pacientes. Además, un seguimiento de estos sujetos permitirá prevenir o ralentizar la aparición de posibles problemas comunicativo-lingüísticos en los adultos mayores.

Al igual que los neuropsicólogos y otros profesionales sanitarios son esenciales para diagnóstico de demencia, la figura del logopeda es crucial en la detección de problemas generados por la involución cognitivo-lingüística en el envejecimiento. El logopeda es el profesional cualificado para el abordaje de alteraciones en el lenguaje y la comunicación, además, de otras funciones. Por ello, los adultos mayores sanos, en fases preclínicas o con trastorno neurocognitivo son susceptibles de intervención logopédica. Su función en las personas sanas estará focalizada en la detección y prevención, en las personas con DCL se centrará en la estimulación para preservar el lenguaje y en la demencia en retrasar la evolución negativa.

La implementación de programas de prevención e intervención logopédica específicos en la población mayor contribuye a mantener y mejorar las habilidades lingüísticas. Asimismo, les permite participar de manera activa y eficaz en su entorno social, y conservar su autonomía.

Se ha demostrado que la estimulación de las funciones cognitivas tiene un efecto positivo en los adultos mayores (Salazar-Pérez & Mayor-Walton, 2020). Estos autores realizaron un estudio sobre los efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. El estudio consistió en tres etapas: evaluación inicial, aplicación de la estimulación cognitiva en 20 sesiones de una hora, dos veces por semana, y reevaluación de las funciones cognitivas. Los resultados mostraron efectos significativos después de la estimulación cognitiva en la atención ($z=-3,162$, $p=,002$), en especial en la atención focalizada y selectiva; memoria verbal espontánea ($z=-3,464$, $p=,001$); en las tareas de comprensión ($z=-2,714$, $p=,007$), fluidez verbal semántica ($z=-3,419$, $p=,001$), fluidez verbal fonológica y en las funciones ejecutivas ($z=-2,646$, $p=,008$).

Algunos programas que se han desarrollado para el deterioro cognitivo son: “Activemos la mente” de la obra social la Caixa (Peña-Casanova, 1999), “La memoria, programa de estimulación y mantenimiento cognitivo” del Instituto de Salud Pública de Madrid, los cuadernos de estimulación cognitiva (Maroto Serrano, 2005), el programa de actuación cognitiva integral en demencias PACID de (García Meilán & Carro Ramos, 2011), el “Smart Brain”, un sistema interactivo de estimulación cognitiva (Educamigos, 2018) o el programa de estimulación cognitiva para personas con Alzheimer de CAEFA Alzheimer (Barrio et al., 2019). Este último, está dirigido a adultos mayores con Alzheimer y su programa está basado en una programación semanal con actividades de estimulación cognitiva, psicomotricidad y movilidad activa, mantenimiento de independencia, reforzamiento de autoestima y actividades de la vida diaria (AVD)

En definitiva, el lenguaje es una gran fuente de información para realizar un buen diagnóstico diferencial cognitivo. En consecuencia, la evaluación del lenguaje en personas mayores precisa de muestras de habla para una detección precoz del deterioro cognitivo. En especial, realizar un análisis conversacional preciso, permite a los profesionales de la logopedia desarrollar programas de intervención con un conocimiento específico de las competencias lingüísticas y habilidades comunicativas en el entorno del sujeto, y promueve una mejora en la atención y calidad de vida de los adultos mayores.

6.4. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

A continuación, se detallan las limitaciones y fortalezas encontradas en la realización del presente estudio.

En primer lugar, respecto a las limitaciones, cabe destacar el reducido tamaño muestral. Al tratarse de un estudio pareado, el grupo control está conformado por el mismo número de personas, sin embargo, sería conveniente aumentar el tamaño de la muestra y obtener datos más representativos.

Por otra parte, cabe mencionar que los diagnósticos de DCL del corpus no han sido realizados por el especialista sino por los profesionales sanitarios que atendían a aquellas personas.

Finalmente, la ausencia de datos disponibles sobre las puntuaciones obtenidas por áreas en el MEC-35 del grupo experimental no ha permitido contrastar dichos resultados.

En relación con las fortalezas del estudio, la recogida de muestras de habla es un complemento de evaluación del lenguaje que permite obtener datos susceptibles de ser analizados, como, las peculiaridades de la prosodia. Además, su registro en formato audio, ofrece la posibilidad ser reproducidas posteriormente para un análisis más preciso, y para futuras investigaciones.

Un aspecto importante es la diversidad la muestra. Esta ha sido recogida en diversos municipios, tanto de la población general como de ámbito sociosanitario.

Por otro lado, cabe resaltar que ha sido empleada la prueba MEC-35 como cribado de posible deterioro cognitivo.

Para finalizar, es necesario destacar la óptima implicación y colaboración para el estudio por parte de las personas voluntarias y en especial, la Residencia 'La Solana' por su disposición y participación.

6.5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se enmarca en la línea de investigación que se desarrolla en la Universidad de Valladolid en el proyecto "Metalenguaje y tercera edad". Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se proponen a continuación, algunas líneas de investigación que podrían seguirse:

- ⇒ La ampliación del tamaño muestral de ambos grupos.
- ⇒ El estudio de la influencia de trastornos subclínicos en la prosodia del lenguaje en adultos mayores.
- ⇒ El estudio de la correlación entre los niveles educativos y socioeconómicos y la intensidad de alteraciones en el lenguaje de adultos mayores.
- ⇒ El diseño y la aplicación de un programa logopédico de intervención para ralentizar o prevenir el deterioro cognitivo.

7. CONCLUSIONES

El trabajo realizado permite extraer las siguientes conclusiones:

- La intensidad de las manifestaciones psicopatológicas es menor en el grupo control con respecto al grupo de pacientes con DCL.
- La evaluación de las alteraciones en el lenguaje de los sujetos control y los pacientes con DCL requiere controlar el rendimiento cognitivo de los sujetos, por ejemplo, mediante una prueba breve de cribado.
- Las manifestaciones psicopatológicas prevalentes en el lenguaje del grupo control son la bradilalia, la tangencialidad y el descarrilamiento. Diversos factores psicosociales, como el estado de ánimo pueden afectar a la evaluación del lenguaje.
- La edad del sujeto afecta a la evaluación psicopatológica del lenguaje, a mayor edad mayor intensidad de las alteraciones.
- Los niveles educativos y socioeconómicos afectan a la evaluación psicopatológica del lenguaje, a menor nivel mayor intensidad de las alteraciones.
- En relación a la evaluación psicopatológica del lenguaje, se sugiere que la presencia de anomia, perseveraciones, lenguaje disgregado, concretismo y paragramatismo, son indicadores precoces de deterioro cognitivo.
- Es preciso incrementar la aplicación de protocolos de evaluación psicopatológica del lenguaje y comunicación en adultos mayores con deterioro cognitivo, en fases preclínicas y grupo control.
- Existe la necesidad de estudios prospectivos en los adultos mayores, tanto pertenecientes a un grupo control como de pacientes.
- La figura del logopeda es imprescindible para la detección e intervención precoz del deterioro cognitivo en adultos mayores, así como en su seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Adrián, J. A., Jorquera, J., & Cuetos, F. (2015). NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 35(3), 101–113. <https://doi.org/10.1016/J.RLFA.2014.12.004>
- Andreasen, N. C. (1979a). Thought, Language, and Communication Disorders I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives General Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, Language, and Communication Disorders II. *Archives General Psychiatry*, 36, 1325-1330.
- Andreasen, N. (1986). *Scale for the Assessment of Thought , Language , and Communication (TLC)*. 12(3).
- Asociación Americana de Psiquiatría (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- Barrio, E., González, S., Pérez, M., & Pérez, L. (2019). *Programa de estimulación para personas con Alzheimer (CAEFA)*.
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021–1027. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6)
- Bueno-Perdomo, J. H., Hernández-Díaz, F., Rojo-Aladro, J., Lorenzo-Riera, A., García-Rodríguez, J. R., Méndez-Abad, M., Pérez-Vieitez, M. del C., & Mirdavood-Mohammad, S. (2019). *Protocolo de diagnóstico del deterioro cognitivo (Gobierno de Canarias)*.
- Cacho, J., Garcia-Garcia, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., & Lantada, N. (1999). A proposal for application and scoring of the Clock Drawing Test in Alzheimer’s disease. *Rev. Neurol.* , 28, 648–655.
- Camacho-Conde, J. A., & Galán-López, J. M. (2021). La relación entre depresión y Deterioro Cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 37. DOI:<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Carnero-Pardo, C., & Montoro-Ríos, M. T. (2004). The Photo Test. *Revista de Neurología*, 39(9), 801–806.
- de Renzi, E., & Vingolo, L. (1962). The Token Test: a sensitive test to detect receptive

- disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665–678. <https://doi.org/10.1093/brain/85.4.665>
- Deví-Bastida, J., Xifré-Passols, M., Oviedo-Penuela, L. M., Abellán-Vidal, M. T., & López-Villegas, M. D. (2022). Relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en población adulta mayor de 60 años: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.08.004>.
- Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C., & Yanguas-Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia* (Vol. 45, Issue 3, pp. 150–155). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.12.007>
- Educamigos. (2018). *Smartbrain: sistema interactivo de Estimulación Cognitiva*. <https://www.smartbrain.net/smartbrainpro/>
- Facal, D., González, M. F., Buiza, C., Laskibar, I., Urdaneta, E., & Yanguas, J. J. (2009). Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: Resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 1, 4–12. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(09\)70138-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0214-4603(09)70138-X)
- Fernández-Blázquez, M. A., María, J., Sánchez De León, R., López-Pina, J. A., Llanero, M., Ruber, H., & Bravo, J. (2012). A new shortened version of the Boston Naming Test for those aged over 65: An approach from item response theory. *Revista de Neurología*, 55(7), 399–407.
- Fernández-Urquiza, M., Díaz-Martínez, F., Moreno-Campos, V., López-Villaseñor, M. L., & Simón-López, T. (2015). *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática-Revisado (PREP-R)*. Valencia: Universidad de Valencia
- Folstein M.F., Folstein S.E., & McHugh P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- García Meilán, J. J., & Carro Ramos, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral de Demencias (PACID): Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- González-Palau, F., Buonanotte, F., & Cáceres, M. M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*, 7(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.08.004>
- González, & Coords. (2019). Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023). In

https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf%0Awww.msrebs.gob.es

- González Martín, E., Mendizábal de la Cruz, N., Jimeno Bulnes, N., & Sánchez Gil, 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. <https://doi.org/10.5209/RLOG.60770>
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1996). Communication and Cognition in normal aging and dementia. *Madrid: Panamericana*.
- Grasso, L., & Saux, G. (2020a). Relaciones semánticas en adultos mayores sanos, Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer. . *Revista Signos*, 53(102), 294–318.
- Grasso, L., & Saux, G. (2020b). Relaciones semánticas en adultos mayores sanos, Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer. *Revista Signos*, 53(102), 294–318. <https://doi.org/10.4067/S0718-09342020000100294>
- Jimeno-Bulnes, N. (2022). Análisis y aplicación de la escala para la evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC). In A. Ayuso-Lanchares & R. Santiago-Pardo (Eds.), *Guía de evaluación del lenguaje oral* (pp. 85–102).
- Juncos Rabadán, O., & Rozas, A. (2002). Problemas del lenguaje en la tercera edad. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educacion*, 8, 387–398.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X., & Rodríguez, M. S. (2005). Narrative speech in aging: Quantity, information content, and cohesion. *Brain and Language*, 95(3), 423–434. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2005.04.001>
- Juncos-Rabadán, O., Facal, D., Álvarez, M., & Rodríguez, M. S. (2006). El fenómeno de la punta de la lengua en el proceso de envejecimiento. *Psicothema*, 18(3), 501–506.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X., Facal, D., & Rodríguez, N. (2010a). Una revisión de la investigación sobre lenguaje en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 30(2), 73–83. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70119-4](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70119-4)
- Lobo, A., Gómez-Burgada, F., Escolar, V., & Seva-Díaz, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo en pacientes geriátricos. *Folia Neuropsiquiátrica*, 14, 244–251.
- López-Álvarez, J., & Agüera-Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3–14.

- Lozano-Tovar, S., Monroy-Jaramillo, N., & Rodríguez-Agudelo, Y. (2022). Las orexinas como biomarcadores para demencia tipo Alzheimer y relación con síntomas neropsiquiátricos. *Revista Chienal Neuro-Psiquiatría*, 60(3), 313–324.
- Machado Goyano Mac-Kay, A. P., Martínez Sotelo, C., Figueroa, A., Gutiérrez, D., & Reyes Silva, C. (2018). Análisis de la funcionalidad discursivo-pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 28(1), 192–205. <https://doi.org/10.15443/RL2815>
- Maroto Serrano, M. Á. (2005). *La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo* (Vol. 2). Instituto de Salud Pública.
- Martínez, S., Ochoa, B., Pérez, M. R., Torrico, F., García, I., & García, C. C. (2022). Polimorfismos del gen de la apolipoproteína E en adultos mayores de 60 años con disminución de la memoria cognitiva y enfermedad de Alzheimer en diferentes poblaciones venezolanas. *Biomédica*, 42, 116–129.
- Mendizábal-de la Cruz, N., González-Martín, E., Jimeno-Bulnes, N., & Sánchez-Gil, C. (2022). *Envejecimiento y lenguaje. Corpus de muestras de habla de personas con deterioro cognitivo leve en entrevistas estructuradas*. Nau Llibres. <https://naullibres.com/libro/envejecimiento-y-lenguaje/>
- Moreno Fernández, F. (2021). *Metodología del “Proyecto para el estudio sociolingüístico del español de España y de América” (PRESEEA)*. 257–287. <https://doi.org/10.37536/PRESEEA.2021.doc1>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, A., BeBedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Chertkow, H., & et. al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53, 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Olazarán-Rodríguez, J., & Muíz-Schwochert, R. (2021). Capítulo 39. Terapias no farmacológicas en la demencia. In L. F. Agüera, M. Martín, & M. Sánchez (Eds.), *Psiquiatría geriátrica* (Elsevier, pp. 644–659).
- Pekkala, S., Albert, M. L., Spiro, A., & Erkinjuntti, T. (2008). Perservation in Alzheimer’s Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, 109–114. <https://doi.org/10.1159/000112476>
- Pelegrín-Valero, C. (2021). Capítulo 10. Trastornos Neurocognitivos menores. In L. F. Agüera, M. Martín, & M. Sánchez (Eds.), *Psiquiatría geriátrica* (Elsevier, pp. 158–184).
- Peña-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Fundación:

“La Caixa.”

- Picó-Berenguer, M., & Yébenes-Briones, H. A. (2019). Trastornos del habla en la Enfermedad de Parkinson. Revisión. *Rev. Cient. Cienc. Med.*, 22(1), 36–42.
- Pifarré, J. (2011). Trastornos del pensamiento y el lenguaje. <https://www.pir.es/impugnaciones2018/pregunta77/cap45%20Trast%20PENSAMIENTO%20y%20LENGUAJE.pdf>
- Rami, L., Bosch, B., Valls-Pedret, C., Caprile, C., Sánchez-Valle Díaz, R., & Molinuevo, J. L. (2009). Discriminatory validity and association of the mini-mental test (MMSE) and the memory alteration test (M@T) with a neuropsychological battery in patients with amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer’s disease. *Revi. Neurol.*, 49, 169–174. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.archger.2009.03.005>
- Rojas-Zepeda, C., López-Espinoza, M., Cabezas-Araneda, B., Castillo-Fuentes, J., Márquez-Prado, M., Toro-Pedrerros, S., & Vera-Muñoz, M. (2021). Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 15(2), 2–43. <https://doi.org/10.7714/CNPS/15.2.204>
- Rosell-Clari, V., & Hernández-Sacristán, C. (2014). *MetAphAs: Protocolode Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia*. Nau Llibres.
- Salazar-Martínez, R. (2022). Evaluación de la comunicación funcional en personas mayores. *Revista de Investigación En Logopedia*, 12(1). <https://doi.org/https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5209/rlog.73960>
- Salazar-Pérez, C. A., & Mayor-Walton, S. (2020). Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 24(3), 1–10. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4305>
- Salazar, R., Araos, N., Bustillos, F., Neira, J., Núñez, S., & Ugarte, G. (2016). *Screening de habilidades comunicativas conversacionales en adultos mayores sanos, para el programa Más adultos mayores autovalentes*. Universidad de las Américas.
- Santamaría-Ávila, L. A., González Arteaga, J. J., Pedraza Linares, O. L., Sierra Matamoros, F. A., & Piñeros, C. A. (2021). Diabetes mellitus e hipertensión arterial en la progresión a deterioro cognitivo leve y demencia: una revisión de la literatura. *Acta Neurológica Colombiana*, 37(2), 80–90. <https://doi.org/10.22379/24224022371>
- 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.

<http://revistalogopedia.uclm.es>

Valles, B. (2013). Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con alzheimer y sus interlocutores sanos. *Revista de Investigación En Logopedia* 2, 96–119. <http://revistalogopedia.uclm.es>

Valles-González, B., & Rosell-Clari, V. (2016). Programa de Estimulación de las Habilidades Metalingüísticas en Teoría de la Mente (ToM) para personas con demencia: un estudio piloto. *Lingua Americana*, 38, 81–102.

Valles-González, B. (2020). Fundamentos para la atención de los trastornos del lenguaje en las demencias desde el paradigma pragmático funcional. In *Textos de actualización en Fonoaudiología. Perspectivas del desarrollo disciplinar* (pp. 194–220).

Véliz, M., & Rifo, B. (2010). ENVEJECIMIENTO COGNITIVO Y PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE: CUESTIONES RELEVANTES. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 48(1), 75–103.

World Health Organization [WHO]. (2017, May). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=4DA480FA93471AC53988E52B35F416D8?sequence=1>

ANEXO 2. Consentimiento informado



Proyecto: “Estudio descriptivo de las alteraciones del lenguaje y comunicación mediante un protocolo psicopatológico en un grupo control pareado a una muestra de personas con Deterioro Cognitivo Leve”

Andrea Moreno Romero, Valladolid, 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Con DNI/Pasaporte nº _____

Tutor legal de _____

Con DNI/Pasaporte nº _____

Declaro que:

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

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

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

Lugar y fecha: _____

Firma participante

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado. Grado en Logopedia. Curso 2022-23.

Realizado por **Andrea Moreno Romero**. Estudiante de Logopedia.

Tutores: **Prof. Natalia Jimeno Bulnes** y **Antonio Arjona Valladares**. Área de Psiquiatría.
Facultad de Medicina.

ANEXO 3. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos



Proyecto: “Estudio descriptivo de las alteraciones del lenguaje y comunicación mediante un protocolo psicopatológico en un grupo control pareado a una muestra de personas con Deterioro Cognitivo Leve”

Andrea Moreno Romero, Valladolid, 2023

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Número de registro:

Fecha de reclutamiento:

Características sociodemográficas

1. Primer y segundo apellidos:
2. Nombre:
3. Fecha de nacimiento:
4. Dirección postal:
5. Teléfono:
6. Edad:
7. Género
 0. Masculino
 1. Femenino
8. Estado civil
 0. Soltero
 1. Casado / convive
 2. Separado / divorciado / viudo
 3. Otros (célibe, anulación matrimonial...)
9. Nivel socioeconómico
 0. Bajo
 1. Medio
 2. Alto
10. Residencia
 0. Urbana (más de 100.000 habitantes)
 1. Semiurbana (10.000 - 100.000 habitantes)
 2. Rural (menos de 10.000 habitantes)
 3. Otros (sin domicilio fijo...)
11. Convivencia
 0. Familia primaria
 1. Familia propia
 2. Solo
 3. Residencia
 4. Otros

12. Nivel educativo alcanzado

- 0. Sin estudios
- 1. Estudios primarios (hasta 14 años)
- 2. Estudios secundarios (hasta 18 años)
- 3. Estudios superiores (hasta 21 años)
- 4. Otros

13. Número de años de escolarización alcanzados

- 0. Básicos: menos de 8 años
- 1. Primarios: 8 años
- 2. Secundarios: de 8 a 12 años
- 3. Universitarios: más de 12 años
- 4. Otros tipos de formación o formación adicional

14. Situación laboral actual

- 0. Jubilado
- 1. No procede

Características clínicas

15. Enfermedades actuales

16. Consumo habitual de tóxicos

- 0. No
- 1. Sí
- 2. Antes

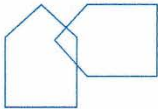
17. En caso afirmativo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cafeína | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Estimulantes (cocaína) |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD) |
| <input type="checkbox"/> Medicinas (sedante, ansiolítico, hipnótico) | <input type="checkbox"/> Otros (fenciclidina, inhaladores, sustancias desconocidas) |

Observaciones:

ANEXO 4. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-35)

2.1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC-30 y MEC-35)

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Orientación		
Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año _____		(5)
Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad _____ provincia _____ nación _____		(5)
Memoria de fijación		
Repita estas 3 palabras: peseta – caballo – manzana (repetirlas hasta que las aprenda)		(3)
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3: ¿Cuántos le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____		(5)
Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____		(3)*
Memoria		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____		(3)
Lenguaje y construcción		
Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj		(2)
Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros»		(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?		
¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____		(2)*
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa		(3)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS		(1)
Escriba una frase _____		(1)
Copie este dibujo		
		(1)
Puntuación total MEC-35		(35)
Puntuación total MEC-30		(30)
*Se suprimen para la versión de 30 ítems.		
Nivel de conciencia (marcar): _____ Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma		

ANEXO 5. Encuesta PRESEEA

ENCUESTA PRESEEA

1. SALUDOS

Presentación

¿Cómo quiere que le trate de tú o de usted? La verdad es que es un problema esto del tratamiento, nunca sabes como tratar a las personas ¿verdad? Por ejemplo, ¿tú cómo tratas a tus amigos de tú o de usted? ¿Y si son personas mayores? ¿Si se trata de alguien joven que no conoces? ¿Y si es una persona mayor, hombre o mujer, al que por ejemplo le preguntas por una calle? ¿Y a tu médico? ¿A los vecinos con los que no tienes mucho contacto? ¿Y cómo te/le gusta que te/le traten a ti/usted? Si una persona más joven te/le trata de tú qué te/le parece? (Preguntar por si tratan de evitar el trato asimétrico o en qué situaciones les parece mejor). Es un problema, yo a veces no sé qué hacer. Bueno, a mí tráteme de tú ¿le/te parece?

¿Cómo estás/ está? ¿Estás animado/a?

En estos días todos estamos un poco raros, yo creo que es por el tiempo ¿verdad?

2. EL TIEMPO

¡Qué calor/frío ha hecho hoy!

A mí no me gusta el verano/invierno ¿Tú cuál prefieres?

Este año ha hecho más calor/ha llovido más que el año pasado, ¿verdad?

Yo pienso que está cambiando el tiempo, al menos por esta zona, ¿tú qué opinas? ¿por qué será?

¿Recuerdas el tiempo que hizo el año pasado por estas fechas, lluvia, frío, viento, tormentas...? ¿Y en invierno/verano?

Dicen que está cambiando el clima en la tierra ¿qué crees que va a pasar si deja de llover y continúa la sequía en los próximos años?

3. LUGAR DONDE VIVE

¿Dónde vives? ¿Cómo es tu casa? Descríbemela un poco. ¿Qué es lo que más te gusta de ella? ¿Por qué? ¿Ha estado siempre así o has hecho reformas? ¿Cómo era antes?

¿Llevas mucho tiempo viviendo allí? ¿Dónde vivías antes? (Descripción del lugar)

¿Te gusta vivir aquí? ¿Dónde te gustaría vivir? ¿Por qué? ¿Cómo crees que sería vivir en Madrid?

¿Conoces a mucha gente por aquí? ¿Qué tal te llevas con ella? ¿Cómo te gustaría que fueran tus vecinos? ¿Qué relación te gustaría tener con ellos? ¿Qué haces tú para mantener o mejorar esa relación?

la reunión de la familia. ¿Cuál es la comida típica de navidad? ¿Cómo se hace?
¿Eres buen/a cocinero/a? ¿Qué crees que es necesario para ser un buen cocinero?
¿Cuál es la comida típica de Alcalá? ¿Cómo se hace? ¿Por qué empleas tal ingrediente?
¿Cuándo se añade?

Antes la Navidad era una fiesta religiosa ¿crees que sigue siéndolo o que ya se ha perdido
y ahora es sólo una fiesta popular?

¿Qué planes tienes para las próximas navidades/verano?

Si pudieras elegir ¿qué te gustaría hacer/qué harías estas navidades/el próximo verano?

6. PELIGRO DE MUERTE

Siempre da un poco de miedo salir de viaje, por los accidentes que ocurren y las
malas noticias que se oyen a diario ¿verdad? ¿Has estado tú alguna vez en peligro de
muerte? ¿Qué ocurrió? (Descripción física de personajes y lugares de la narración)
¿Qué hubiera pasado si...? ¿Y si...? ¿Qué harías si volvieras a estar en una situación
parecida?
(Preguntar por lo que dijo alguna de las personas que intervinieron en el suceso).

7. ANÉCDOTAS IMPORTANTES EN LA VIDA

Cuéntame más cosas importantes o curiosas que te hayan ocurrido, algún robo, algún
premio, algún viaje especial... ¿Qué crees que se debe hacer en una situación como esa?
¿Qué harías si te volviera ocurrir o si tuvieras la oportunidad de volver al pasado?

8. DESEO DE MEJORA ECONÓMICA

¿Juegas a la lotería o a cualquier otro juego de azar? ¿Por qué?
Supongo que te gustaría que te tocara algún premio gordo ¿verdad? ¿Qué harías si te
tocaran 200 millones de pesetas? ¿Qué piensas/haces cuando oyes que a alguien le ha
tocado una gran cantidad de dinero?

9. FINAL

En fin... yo creo que todos nos podemos considerar con suerte ¿verdad? Ahora, a
seguir disfrutando los momentos buenos de la vida.

Tengo que comprar el periódico camino de la estación ¿sabes dónde hay un puesto o
librería? ¿me explicas cómo se va?

Bueno, me ha encantado poder charlar contigo un rato, muchas gracias por todo.
Espero que volvamos a repetirlo ¿eh?

Adiós.

ANEXO 6. Protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas

Protocolo de evaluación de las manifestaciones psicopatológicas

Manifestaciones psicopatológicas			
	Si	No	Observaciones
Nivel pragmático			
1. Pobreza del lenguaje			
2. Pobreza del contenido del lenguaje			
3. Pensamiento divagatorio			
4. Bradipsiquia			
5. Bradilalia			
6. Perseveraciones verbales: sílabas			
7. Perseveraciones verbales: palabras			
8. Perseveraciones verbales: expresiones			
9. Perseveraciones verbales: oraciones			
10. Perseveraciones verbales: temas			
11. Tangencialidad			
12. Descarrilamiento			
13. Lenguaje disgregado			
14. Mutismo			
15. Aprosodia			
Otras manifestaciones			
Nivel semántico			
16. Anomia			
17. Fenómenos de punta de la lengua			
18. Neologismos			
19. Perífrasis o circunloquios			
20. Parafasias semánticas			
21. Glosolalia			
22. Concretismo			
Otras manifestaciones			
Nivel morfo-sintáctico			
23. Paragramatismo			
24. Alteraciones sintácticas			
Otras manifestaciones			
Nivel fonético-fonológico			
25. Parafasias fonémicas			
Otras manifestaciones			

ANEXO 8. Hoja de información



Proyecto: “Estudio descriptivo de las alteraciones del lenguaje y comunicación mediante un protocolo psicopatológico en un grupo control pareado a una muestra de personas con Deterioro Cognitivo Leve”

Andrea Moreno Romero, Valladolid, 2023

HOJA DE INFORMACIÓN

Mi nombre es Andrea Moreno Romero, soy estudiante del 4º curso del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid. Solicito vuestra participación como centro sociosanitario con el fin de realizar mi Trabajo de Fin de Grado (TFG). Trabajo de investigación tutorizado por Dª Natalia Jimeno Bulnes y el D. Antonio Arjona Valladares pertenecientes al área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Para este proyecto necesito la colaboración de 20 personas sin aparentes signos de demencia, de edades comprendidas entre los 70 y 95 años y de diferente sexo.

Hoy en día siguen existiendo numerosas demencias sin diagnóstico precoz. En mi caso pertenezco a Castilla y León, una Comunidad Autónoma, donde la población envejecida predomina respecto a otras regiones. He nacido en un entorno rodeado de personas mayores. De ahí, mi gran interés por contribuir a la investigación aportando datos clínicos acerca del lenguaje y comunicación de personas mayores y que de este modo se sigan desarrollando protocolos de actuación para esta población. Por ello, y porque la logopedia como disciplina sanitaria debe favorecer la comunicación con el entorno y mejorar la calidad de vida de los pacientes, considero conveniente y necesario seguir obteniendo información útil para seguir avanzando y poder ofrecer tratamientos precoces y más eficaces.

Objetivo

Este proyecto tiene como finalidad establecer la presencia y características de manifestaciones psicopatológicas en el lenguaje y la comunicación de personas sanas mediante un protocolo de evaluación psicopatológico en un grupo control pareado en edad y sexo.

Sujetos

Criterios de inclusión:

1. Usuarios de ambos sexos entre 70 y 95 años sin signos de deterioro cognitivo.
2. Capacidad para mantener una entrevista con un máx. de duración de 45 minutos a cerca de temas generales, opiniones y experiencias personales.
3. Obtención de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Ausencia de colaboración en el estudio.
2. Diagnóstico de deterioro cognitivo grave o demencia.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Desarrollo

Para poder llevar a cabo este proyecto de investigación se les informará adecuadamente a todos los participantes sobre el proceso a seguir. En primer lugar, se les entregará una **hoja de información** y se solicitará a cada uno de ellos que firmen el **consentimiento informado**. De este modo, procederé a recoger una serie de **datos sociodemográficos y clínicos**. Posteriormente, se evaluará el nivel cognitivo del sujeto a través de la prueba estandarizada **Mini Examen Cognoscitivo (MEC)** de Lobo y una vez superada esta prueba se procederá a recoger la muestra de habla. Para ello, se realizará una **entrevista semiestructurada** siguiendo los módulos del protocolo PRESEEA, en un ambiente tranquilo, sin distracciones y de manera individual, donde solo estarán presentes el entrevistador y el informante. Esta tendrá una duración como máximo de 45 minutos y será grabada en formato audio para su posterior utilización de datos clínicos en investigación. Estas entrevistas se realizarán durante los meses de marzo y abril de 2023. Una vez recogidas las muestras se registrarán las manifestaciones psicopatológicas mediante un protocolo de evaluación psicopatológico en los cuatro niveles lingüísticos: nivel pragmático, nivel semántico, nivel sintáctico y nivel pragmático.

Aspectos éticos y confidencialidad

Se seguirá en todo momento la normativa vigente respecto a aspectos éticos y protección de datos. Sé que puedo interrumpir la entrevista sin tener que dar explicaciones del motivo.

Todas las muestras de habla serán anonimizadas para evitar la identificación de las personas participantes. Por este motivo, se suprimirán los datos personales que procedan, como nombres propios, de calles, etc. Las muestras de habla serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación o docencia, y serán custodiadas cumpliendo la normativa vigente.

Según lo establecido en la vigente normativa de protección de datos, se le comunica que la Universidad de Valladolid tratará los datos aportados, con la finalidad de gestionar su participación en el presente proyecto de investigación. La legitimación de este tratamiento se basa en el su consentimiento y en el cumplimiento, por parte de la Universidad, de misiones realizadas en interés público y de las obligaciones que tiene legalmente asignadas. No se cederán sus datos a terceros.

Le informamos de que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión, entre otros, a través de la dirección electrónica delegado.proteccion.datos@uva.es o la dirección postal: Secretaría General de la Universidad de Valladolid. Plaza del Colegio de Santa Cruz, 8. 47002 Valladolid. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en prodat.uva.es/fto?id=50 y en la web www.uva.es/protecciondedatos

