



VALLADOLID,
CURSO 2024/2025



LA LOGOPEDIA EN LA PRAGMÁTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN LOGOPEDIA

FACULTAD DE MEDICINA

AUTORA: Lucía Martín González

TUTORA: Manuela Isabel Álvarez Alfageme



Universidad de Valladolid



ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN/ MARCO TEÓRICO	5
OBJETIVOS.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	37
AGRADECIMIENTOS.....	38

RESUMEN

Introducción: El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y con un avance progresivo, es el tipo más común de demencia. La memoria y el resto de dominios cognitivos se ven afectados, ocasiona, en quienes la padecen, una pérdida en la capacidad de realizar cualquier actividad, incluso aquellas más cotidianas.

Objetivos: El principal objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de las alteraciones relacionadas con la pragmática de los pacientes con Alzheimer y con ello confirmar la importancia de una intervención logopédica.

Materiales y métodos: Una de las principales características de la demencia tipo Alzheimer es la alteración en la pragmática desde fases iniciales, por ello se ha realizado una extensa búsqueda bibliográfica, para conocer su sintomatología. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, detallados en este punto, se han recogido 18 artículos de diferentes bases de búsqueda: Google Académico, Pubmed, Scielo, Scopus y ScienceDirecta.

Resultados: Los pacientes con Alzheimer presentan sintomatología muy diversa y se les debe evaluar de forma global, el test más empleado por los autores es MMSE. Se han estudiado muchos casos de pacientes y en todos los artículos se aprecia el avance de su sintomatología, debido a la falta de intervención logopédica.

Discusión: La evolución de los pacientes con Alzheimer debe ser investigada. Se cuenta con gran variedad de artículos que especifican la sintomatología más recurrente, cercando posibles estudios futuros.

Conclusiones: Se concluye que estos pacientes presentan sintomatología pragmática evolutiva y crónica, por lo que se necesita aumentar la investigación en este ámbito. En la bibliografía revisada, no se han encontrado artículos que den importancia a la figura del logopeda en la progresión del Alzheimer.

Palabras clave: En todas las bases de datos se han empleado las palabras ***Alzheimer, pragmática, logopedia, demencia e intervención***, pudiendo ampliar con otras palabras para limitar la búsqueda.

ABSTRACT

Introduction: Alzheimer's is a chronic and progressive neurodegenerative disease and is the most common type of dementia. Memory and other cognitive domains are affected, causing sufferers to lose the ability to perform any activity, even the most routine ones.

Objectives: The main objective of this study is to conduct a systematic review of the pragmatic alterations in patients with Alzheimer's disease and thereby confirm the importance of speech therapy intervention.

Materials and methods: One of the main characteristics of Alzheimer's dementia is the impairment in pragmatics from its early stages. Therefore, an extensive literature search was conducted to understand its symptoms. Following the inclusion and exclusion criteria detailed in this section, 18 articles were collected from different search databases: Google Scholar, Pubmed, Scielo, Scopus, and ScienceDirecta.

Results: Patients with Alzheimer's present with a wide range of symptoms and should be evaluated comprehensively. The most commonly used test by the authors is the MMSE. Many patient cases have been studied, and all articles show the progression of their symptoms due to the lack of speech therapy.

Discussion: The course of Alzheimer's patients should be investigated. There is a wide variety of articles detailing the most common symptoms, highlighting possible future studies.

Conclusions: It is concluded that these patients present with progressive and chronic pragmatic symptoms, so further research in this area is needed. In the reviewed literature, no articles were found that emphasize the importance of the speech-language pathologist in the progression of Alzheimer's disease.

Keywords: The words Alzheimer's, pragmatics,, speech therapy, dementia and intervention were used in all databases, and other terms may be added to narrow the search.

INTRODUCCIÓN/ MARCO TEÓRICO

Demencia

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed., texto revisado), la demencia se denomina trastorno neurocognitivo mayor.

Para poder diagnosticar la demencia, dicho manual diagnóstico (AssociAtion, 2014), proporciona las siguientes características:

- Disminución del rendimiento, en uno o más dominios cognitivos, identificado por el individuo, una persona allegada a él, una prueba neuropsicológica o una evaluación clínica cuantitativa.
- La autonomía del individuo se ve comprometida debido a los déficits cognitivos, apareciendo dificultades en las actividades cotidianas.
- Estos déficits no aparecen únicamente relacionados con síndrome confusional.
- No se puede explicar por otro trastorno.
- Si nos encontramos en el inicio de dicha patología, se tratará de un trastorno neurocognitivo leve o menor.
- Identificar la gravedad: *leve* (dificultades en actividades instrumentales), *moderado* (dificultades en actividades básicas) o *grave* (totalmente dependientes).

Concepto de Alzheimer

Al igual que con la demencia, se define con ayuda del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (AssociAtion, 2014) y sus características son:

- Cumple los criterios de trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- Comienza de forma insidiosa o paulatina afectando uno o más dominios cognitivos.
- El trastorno neurocognitivo mayor se diagnostica *probable* si aparece alguna de las características anteriores. De no ser así se diagnosticará *posible* ante una mutación genética, pérdida de memoria y aprendizaje, empeoramiento de las capacidades cognitivas y cuando no se puede demostrar una etiología mixta.

- El trastorno neurocognitivo leve se diagnostica *probable* si aparecen mutaciones genéticas y *posible* si no hay mutación genética, con una pérdida de memoria y aprendizaje, empeoramiento de las capacidades cognitivas y no se puede demostrar una etiología mixta.
- Estos síntomas no se pueden explicar por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, efectos de sustancias u otro trastorno mental.

Según (Romano, et. Al 2007) “el Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente, en esta patología se produce la muerte de las células nerviosas del cerebro, aparecen placas seniles, nudos neurofibrilares y placas neuríticas, empeorando de forma progresiva e irreversible, no existiendo tratamiento curativo”. La sintomatología se puede observar en la tabla 1.

Sintomatología

Tabla 1. Sintomatología según (Romano, et. Al 2007) y (Donoso 2003).

ETAPAS	SÍNTOMAS
Iniciales	Alteraciones en la memoria, memoria episódica reciente y memoria semántica.
	Alteración en la atención y concentración.
	Dificultades de orientación.
Intermedia	Trastornos conductuales como angustia y depresión ante los errores que comienzan a cometer, delirios lúcidos y ansiedad.
	Trastornos del sueño.
	Anosognosia (en el transcurso de la enfermedad este síntoma va aumentando).
	Alteraciones en la escritura por incoherencia en el discurso o agrafía.
Finales	Pérdida de la marcha.
	Alteraciones en el tono muscular hasta llegar a rigidez.
	Pérdida del control de esfínteres.

Clasificación y fases

La etiopatogenia es desconocida, sin embargo, si se presta atención a la edad de los pacientes en el inicio de los síntomas, se pueden realizar dos grupos: **Alzheimer tardío**, comienza pasados los 65 años y es el más común y Alzheimer **precoz**, aquel que se da antes de los 65 años (Romano, et. Al 2007).

El número de personas con esta patología aumenta progresivamente con la edad, desde 1-2% a los 50 años, hasta un tercio o el 50% en mayores de 85, siendo más común en mujeres, debido a su mayor esperanza de vida y a la carencia de estrógenos relacionada con la postmenopausia. También se puede distinguir entre familiar y esporádica en función de la presencia o no de antecedentes familiares (Romano, et. Al 2007).

El Alzheimer se divide en 3 etapas (Romano, et. Al 2007).

Tabla 2. Etapas del Alzheimer.

INICIAL	Síntomas leves, fallos de memoria reciente, pero persiste la autonomía.
INTERMEDIA	Los síntomas van progresando a moderados, estos pacientes van a depender de un cuidador.
TERMINAL	Los síntomas son los más graves y presentan una completa dependencia, terminan postrados en la cama.

Por otro lado, en la demencia tipo Alzheimer existe la escala GDS (Global Deterioration Scale), dividida en 7 niveles que aumentan progresivamente en función de la evolución de la enfermedad y su sintomatología (Sánchez Gil. C., 2023):

Tabla 3. Síntesis de la sintomatología recogida en Global Deterioration Scale

GDS 2	Fase inicial, disminución cognitiva casi imperceptible. El sujeto comienza a identificar alteraciones leves de la memoria, relacionadas con olvido de lugares u objetos.
GDS 3	Defectos cognitivos leves. Sin embargo, comienza a observarse sintomatología: pérdidas, olvidos y mala concentración.

GDS 4	Deterioro cognitivo moderado con alteraciones en el tiempo y el espacio, alteración del conocimiento de acontecimientos actuales y recientes y olvidos en su historia personal.
GDS 5	El déficit cognitivo se torna moderado/grave con incapacidad de recordar acontecimientos importantes de su vida diaria. Pérdida de autonomía, desorientación en tiempo y espacio y terminan desapareciendo los roles sociales.
GDS 6/ GDS 7	Etapas finales de la enfermedad, deterioro cognitivo grave/muy grave, incapacidad de recordar acontecimientos vividos, no reconocen a sus familiares más cercanos y necesitan ayuda de un cuidador en todas sus actividades. Alteraciones conductuales como actividades obsesivas, delirantes, ansiosas y apatía. Finaliza con la pérdida de todas sus habilidades cognitivas y capacidad comunicativa.

Diagnóstico diferencial

Se debe tener en cuenta que el diagnóstico de Alzheimer sólo puede realizarse tras un examen del tejido cerebral postmortem (Romano et. al.2007).

Se debe diferenciar del diagnóstico de: Degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancia o medicamentos, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra afección médica, etiologías múltiples o no especificadas (Association, 2014).

Alteraciones que provoca

Se afectan diversas funciones y dominios cognitivos, algunas son:

- **Memoria:** Desde el comienzo de la enfermedad se aprecian olvidos en la denominación de objetos o definiciones. Aparece alterada la capacidad de captar información nueva y recordar, afasia, apraxia, agnosia y alteraciones en las funciones ejecutivas. Con el avance de la enfermedad se produce una

mayor alteración de la memoria operativa y de la memoria a largo plazo, agravando los síntomas lingüísticos (Sánchez Gil. C., 2023).

- **Atención:** Alteraciones en atención dirigida, atención dividida y atención sostenida, se mantiene la atención selectiva (Agüera Ortiz et al. 2021).
- **Aspectos sociales:** La producción de las palabras se va deteriorando de forma progresiva, afectando negativamente la autoevaluación, creando una necesidad de alejarse de las interacciones sociales. Estos pacientes pueden terminar en un aislamiento y mutismo total (Agüera Ortiz et al. 2021) y (Sánchez Gil. C., 2023).
- **Lenguaje** (Sánchez Gil. C., 2023): Las alteraciones de memoria provocan alteraciones en la organización semántica y conceptual repercutiendo en su comunicación cotidiana.

Alzheimer y logopedia

Como se ha detallado anteriormente, las personas con Alzheimer presentan sintomatología relacionada con la logopedia, con el avance de la enfermedad ésta empeora, llegando a una gran afectación tanto del lenguaje como de la habilidad para mantener una conversación.

Por ello, el logopeda es un profesional implicado en la intervención multidisciplinar de esta patología. Su principal función es retrasar lo máximo posible la aparición de los síntomas y una vez presentes evitar su avance. La intervención logopédica debe ser precoz, para poder conservar las habilidades de comunicación de los pacientes.

El logopeda **evalúa** la comunicación, el uso del lenguaje y las necesidades de las personas con Alzheimer, para que puedan comunicarse de forma funcional. También, **estimula el lenguaje** (palabras, frases y preguntas sencillas) o el uso de **comunicación alternativa y la interacción con sus iguales**. Es necesario trabajar la **fluidez del habla** con gran diversidad de ejercicios que fortalezcan sus habilidades motoras, paliar las dificultades de su lenguaje, trabajar la **comprensión lectora** y mantener la **escritura**.

Por otro lado, no debe olvidarse la necesidad de enseñar a los cuidadores y/o familiares la forma correcta de comunicarse con estas personas y cómo trabajar con ellos.

En la guía de intervención logopédica, en los trastornos neurocognitivos y del envejecimiento, se detallan los 3 niveles de la pragmática.

- **Pragmática:** Se trata de una disciplina lingüística que engloba todos los factores externos al lenguaje y la comunicación. Por lo tanto, una alteración pragmática refleja una dificultad para adecuar el discurso al contexto o situación comunicativa (Sánchez Gil. C., 2023).

Nivel pragmático: primeras manifestaciones de Alzheimer. Se deben tener en cuenta 3 tipos:

- **Pragmática interactiva:** Turno de participación en conversación, número de turnos por minuto (agilidad de turno). También se evalúa el índice de participación conversacional, observando la intencionalidad comunicativa o apatía, la adecuación del habla al contexto social y personal. Este tipo de pragmática es el género discursivo por excelencia en la comunicación humana, en cuanto se observe alguna alteración se debe poner el foco ante una posible futura demencia (Sánchez Gil. C., 2023).
- **Pragmática textual:** Gramática del discurso que se está emitiendo. Para que un texto sea correcto debe tener cohesión, coherencia y adecuación léxica de la emisión. Una emisión debe contener cadenas correferenciales, núcleos, señales y sus correspondientes anillos, unidos todos ellos a través de conectores. Se evalúa el subnivel de coherencia, analizando el equilibrio entre la información conocida y la nueva, para comprobar si el hablante no se contradice en la información que va aportando, debe añadir elementos relevantes, presentar a todos los personajes y situaciones, siguiendo un orden cronológico y lógico (Sánchez Gil. C., 2023).
- **Pragmática enunciativa:** Centrada en la intencionalidad de transmitir un mensaje, actos de habla y significados inferenciales del oyente para



comprender de forma completa el mensaje emitido. También, se analiza si el hablante comprende los actos de habla directos e indirectos conversacionales y los compensatorios verbales y no verbales (Sánchez Gil. C., 2023).

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es analizar una bibliografía muy extensa, para obtener resultados críticos acerca de las dificultades en la pragmática de las personas con Alzheimer y valorar la importancia y la necesidad de realizar una intervención logopédica.

Los objetivos específicos que se pretenden analizar son:

1. Analizar los síntomas médicos, neurológicos y psicológicos más comunes que aparecen en los pacientes con Alzheimer.
2. Conocer las pruebas para evaluar a estos pacientes en el área del lenguaje.
3. Conocer la sintomatología pragmática principal que aparece en un enfermo de Alzheimer.
4. Comprobar si aparece intervención logopédica y los beneficios de dicha intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el proceso de búsqueda sistemática y cualitativa, he analizado diversas bases de datos, utilizando una serie de palabras claves, y revistas, a las cuales he llegado indagando en los artículos. Además, he empleado métodos de inclusión y exclusión seleccionados previamente a la búsqueda, de esta forma ha sido más sencillo descartar artículos. También he utilizado Texto APA para citar bibliográficamente en el documento.

BASES DE DATOS:

- Scielo
- Google Académico
- PubMed
- Scopus
- ScienceDirecta

En todas las bases de datos me centré en 4 *idiomas*: francés (1), español (8), inglés (9) y portugués, este último me supuso dificultades, debiendo eliminar la totalidad de los artículos preseleccionados.

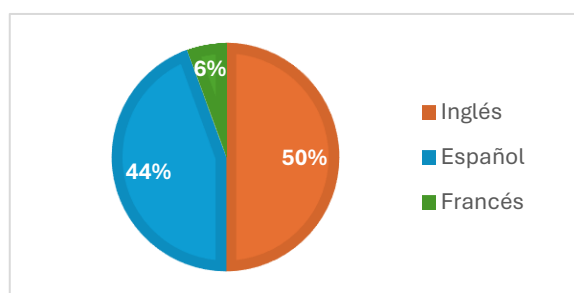


Gráfico 1. Idiomas

Las *palabras clave empleadas* fueron: logopedia, Alzheimer, demencia, pragmática, intervención y comunicación. Introducidas todas ellas en las diferentes bases de datos en español e inglés.

INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

En dicha búsqueda, se escogieron y se descartaron artículos, a través de los criterios de inclusión-exclusión se realizó un cribado o selección. Dichos criterios se observan en la Tabla 1. (Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:			CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:		
Los elementos seleccionados deben ser artículos.	Artículos relacionados con el Alzheimer.	Casos de pacientes o sintomatología en su lenguaje relacionado con la pragmática.	Artículos de pago, TFG, TFM, ni Tesis Doctorales.	Artículos anteriores al año 2000.	Artículos que hablen de la demencia general y no se centren en tipo Alzheimer.

DIFICULTADES ENCONTRADAS:

- Artículos que no están abiertos al público o únicamente abiertos para ciertas Facultades. Por ello, todos los artículos son de acceso libre o cerrados, pero de acceso para la Universidad de Valladolid.
- Artículos que no cumplían los criterios de selección elegidos.
- Falta de artículos suficientes donde se realice una rehabilitación logopédica o estudios con pacientes reales, debiendo añadir artículos que no mencionan ninguno de estos aspectos.
- Ausencia de artículos centrados en los diferentes tipos de pragmática, debiendo unificar la información y realizando un trabajo centrado en la pragmática global, sin la distinción entre las características de los 3 tipos.

PASOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO:

1. En febrero se realizó la elección temática del trabajo, se buscó la bibliografía necesaria, aunque se realizaron cambios y nuevas búsquedas durante el proceso y se comenzó a realizar el resumen.
2. En marzo se elaboró la introducción, se fijaron los objetivos y se elaboró el apartado de material y métodos.

3. El mes de abril estuvo dedicado en su totalidad a la realización de resultados, discusión y conclusiones.
4. Mayo se empleó para realizar revisiones del trabajo en su conjunto, modificaciones, portada y agradecimientos.
5. Finalmente, se utilizó finales de mayo y el mes de junio para la realización del poster y práctica de la exposición oral.

En resumen, he analizado 23 artículo de un total de 128 leídos.

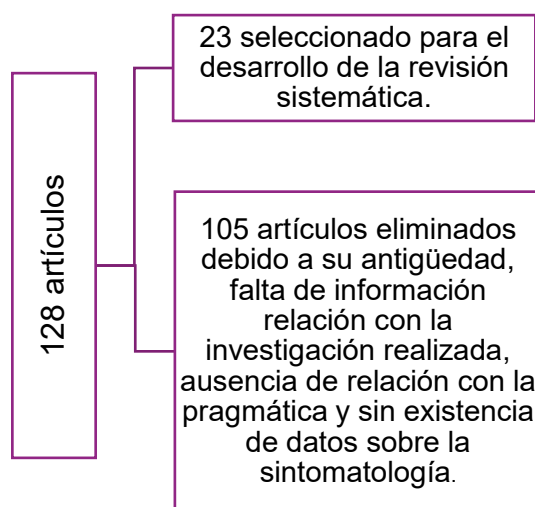


Fig.1. Diagrama de flujo de la selección de artículos.

RESULTADOS

En el siguiente apartado se analizan todos los artículos seleccionados para la realización de la revisión sistemática. A continuación, se recogen en una tabla (Tabla 4. Tabla de resultados), los datos relacionados con los objetivos previamente planteados, a modo de análisis de la información y recabar aquello más relevante de cada uno de los artículos y tras ello se encuentra la redacción correspondiente de los resultados en relación con los objetivos.

En la tabla de resultados, la primera columna recoge autor y año de publicación del artículo, intentando exponer el avance de los estudios con relación al Alzheimer y en la segunda el objetivo del estudio realizado por los diferentes autores. En la tercera columna se encuentra el tamaño de la muestra, con el número de participantes, el género y las edades de estos en aquellos artículos de estudios de casos.

En la cuarta columna se detalla la sintomatología logopédica, especificando únicamente aquella relacionada con la pragmática, el resto de sintomatología no ha sido recogida pese a aparecer en los artículos. En la quinta columna la sintomatología externa a la logopedia de estos pacientes, es decir, aquella relacionada con la medicina, neurología y psicología.

En la sexta columna se encuentran los profesionales implicados en los diferentes estudios. En la séptima columna se encuentran todas las pruebas de evaluación empleadas, evalúen o no expresamente el lenguaje.

Por último, en la octava columna se recoge el tratamiento (tto.) empleado y si se obtienen beneficios, si no se realiza tratamiento, si se recoge el avance de la sintomatología y la recomendación de utilizar con estos pacientes una intervención logopédica.

Tabla 5. Resultados.

Autor (año)	Objetivos del estudio	Nº de casos		Síntomas logopédicos	Síntomas no logopédicos	Profesionales implicados	Evaluación	Tto.Log.
		Nº y sexo	Edad	Pragmática				
(Amiridze, 2010)	Análisis de fragmentos del habla en personas con Alzheimer	3 M	90	Pausas, relleno, palilalia, frases hechas, marcadores del discurso, reiteración, aumento de turnos conversacionales, brevedad, velocidad de habla menor.	Memoria, alteraciones en el pensamiento y desorientación.	Médico, lingüista.	NR	NR., avance de los síntomas
(Quaderi, 2007)	Estudio neologismos en conversación	3 mujeres	-	Palilalia, ecolalia, disminución de sentido en las emisiones.	Memoria, conducta, presbiacusia, depresión	Psiquiatra, psicólogo y médico.	NR	Se interviene neologismo
(Varela Suárez, 2020)	Integración de elementos contextuales	17 (11 M)	61-90	Enunciados irrelevantes, contradicciones.	Trastornos de conducta, memoria y rol social.	No se menciona.	Escala GDS	NR tratamiento.
(Doung, 2003)	Evolución del discurso en el Alzheimer	5 Alzheimer y 27 normal	63-78	Circunloquios, disminución del contenido, incoherencia, enunciados cortos y vacíos de contenido, reiteración.	Alteraciones de memoria	No se mencionan.	Escala GDS	NR. síntomas progresan.
(Valles, 2013)	Análisis del lenguaje en pacientes con Alzheimer y sus cuidadores sanos.	5 (2 Alzheimer) 1 H y 1 M.	80 y 67	Pares adyacentes, repeticiones, longitud de turnos, muletillas, alteración turnos conversacionales, perseveración, estereotipias, alteración 4 máximas.	Psicosocial, cognitiva, emocional, perceptiva y motora, atención, depresión, alucinaciones.	Logopeda, cuidadoras	<i>Corpus</i>	NR, se menciona su necesidad.

ABREVIATURAS: Nº: número / Tto.Log.: tratamiento logopédico / NR.: no realiza / MMSE: Mini-Mental State Examination / M: mujer / H: hombre



Tabla 6. Resultados (continuación)

Autor (año)	Objetivos del estudio	Nº de casos		Síntomas logopédicos	Síntomas no logopédicos	Profesionales implicados	Evaluación	Tto.Log.
		Nº y sexo	Edad	Pragmática				
(Guinn, 2014)	Comparación del discurso entre ancianos sanos y con Alzheimer	28 Alzheimer y 28 normal (54 total)	-	Repeticiones, frases incompletas, disfluencias, velocidad de habla lenta, pausas, agramatismos, reformulaciones, muletillas, paragramatismo, disminución sílabas por minuto, alteración 4 máximas comunicativas.	Alteración cognitiva, disminución de la interacción social, pérdida identidad, memoria	Médico y enfermeros.	Escala GDS	NR síntomas progresan.
(Maki, 2013)	Evaluar la comprensión de metáforas y sarcasmo en Alzheimer	207 (30 Alzheimer)	-	Alteraciones en la comprensión de sarcasmo	Enfermedades psiquiátricas y delirio.	-	MMSE, Prueba de Escenarios Metafóricos y Sarcásticos.	NR
(Davis, 2009)	Evaluar las pausas en pacientes con Alzheimer.	4 M	86-95	Disfluencias, muletillas, pausas, correcciones, reinicios, pérdida del tema del discurso, falta coherencia, reiteración, no nexos.	Deterioro cognitivo, memoria, desorientación, presbiacusia.	Entrevistadores	No se mencionan.	NR. Síntomas progresan.
(Aranda, 2017)	Estudio del lenguaje en pacientes con Alzheimer y su evolución.	32 (24 Alzheimer) 3:1 a favor de M	65-85	Alteración en ironía y humor, mutismo, trastornos del ritmo verbal, modificaciones de la intensidad, logorrea, logoclonía, mutismo, tartamudez, ecolalia, incoherencia, reiteración, disgresiones y cambios de tema, estereotipias.	Deterioro cognitivo, conductual y funcionamiento global, memoria, alteraciones motoras, atención	Lingüistas, entrevistadores, personal de la residencia.	Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia, MMSE, Test de Dibujo del Reloj, entrevista	NR y evolucionan los síntomas, pero indican la necesidad de una.

ABREVIATURAS: Nº: número / Tto.Log.: tratamiento logopédico / NR.: no realiza / MMSE: Mini-Mental State Examination / M: mujer / H: hombre



Tabla 7. Resultados (continuación).

Autor (año)	Objetivos del estudio	Nº de casos		Síntomas logopédicos	Síntomas no logopédicos	Profesionales implicados	Evaluación	Tto.Log.
		Nº y sexo	Edad	Pragmática				
(Jones, 2006)	Desarrollo fluidez verbal en Alzheimer y demencia vascular.	353(66 Alzheimer → 95% M).	75	Disminución fluidez verbal, paragramatismo.	Deterioro cognitivo, memoria,	Médico, neurólogo y psiquiatra	MMSE y tarea acceso léxico.	NR. Síntomas progresan.
(Chakrabarty, 2023)	Pruebas para la detección temprana de la demencia.	No estudio de casos.	-	Alteración en discurso, lenguaje figurado, alteración en comprensión de sarcasmo, humor, ironía, gestos e inferencias y disminución de la conversación.	Memoria, degeneración, comportamiento, cognición, atrofia hipocampal.	No se menciona	Novel metaphor comprehension, MMSE, Alzheimer's Disease Assessment scale, attentional matrices, token test, Evaluación de Addenbrooke, Batería para la Evaluación de Habilidades Pragmáticas, APACS	NR

ABREVIATURAS: Nº: número / Tto.Log.: tratamiento logopédico / NR.: no realiza / MMSE: Mini-Mental State Examination / M: mujer / H: hombre



Tabla 8. Resultados (continuación).

Autor (año)	Objetivos del estudio	Nº de casos		Síntomas logopédicos	Síntomas no logopédicos	Profesionales implicados	Evaluación	Tto.Log.
		Nº y sexo	Edad	Pragmática				
(Pérez Mantero, 2012)	Estudio de las alteraciones del lenguaje en las personas con Alzheimer a lo largo de sus diferentes etapas.	-	-	Disminución de la fluidez verbal, enunciados incompletos, incoherentes, repeticiones, logorrea, disminución intención comunicativa, alteración de los turnos de habla, alteración en recursos humorísticos e ironías, circunloquios, 4 máximas alteradas, discurso vacío, ecolalias, glosomanías, estereotipias, mutismo, comprensión literal.	Memoria, funciones cognitivas superiores, concentración, razonamiento, apatía,	-	MMSE, Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive, Functional Linguistic Communication Inventory, Severe Impairment Battery Language Scale, entrevistas	Protocolo intervención logopédica conversacional
(Mantero, 2015)	Evolución de las máximas conversacionales en el paciente de Alzheimer.	15	-	Mutismo, alteradas las 4 máximas conversacionales, incoherencia, cohesión, logorrea, perseverancia, circunloquio.	Memoria, razonamiento, planificación, funciones cognitivas	Lingüista.	Comparación de conversaciones, no prueba estandarizada.	NR, se estudia el progreso de los síntomas.

ABREVIATURAS: Nº: número / Tto.Log.: tratamiento logopédico / NR.: no realiza / MMSE: Mini-Mental State Examination / M: mujer / H: hombre



Tabla 9. Resultados (continuación).

Autor (año)	Objetivos del estudio	Nº de casos		Síntomas logopédicos	Síntomas no logopédicos	Profesionales implicados	Evaluación	Tto.Log.
		Nº y sexo	Edad	Pragmática				
(Salazar-Villanea, 2020)	Estudio del relato autobiográfico en el Alzheimer.	30 Alzheimer, 60% M	70	Coherencia, cohesión, muletillas, disfluencias, pausas, superestructura alterada.	Memoria, tensión, funciones ejecutivas y emociones.	Lingüista	MMSE. GDS-3-4	Reminiscencia, disminución de los síntomas.
(Paulino, 2020)	Análisis de la coherencia discursiva y elementos pragmáticos en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.	15 (6 Alzheimer, mayoritariamente M).	80-90	Coherencia, alteradas 4 máximas, repeticiones, alteración en unificación temática y turnos conversacionales, cohesión, problemas de entonación, pausas, fenómenos quinésicos y proxémicos, nexos, marcadores discursivos, monólogo, balbuceos, circunloquios, repeticiones.	Memoria, estado de ánimo, aislamiento	Lingüistas, cuidadoras.	<i>Rhetorical Structure Theory, corpus Carolinas' Conversations.</i>	NR, los síntomas progresan.
(Carlo magno, 2005)	Estudio del contenido discursivo en pacientes con Alzheimer mediante diversas pruebas.	21 pacientes, más M	58-75	Alteración máxima de relevancia, cantidad y calidad, circunloquios, repeticiones, disfluencia, pausas, información irrelevante, alteración en la agilidad de turno, habla vacía.	Memoria	3 examinadores	<i>Batería de Deterioro Mental, MMSE, Comunicación Referencial, Prueba Estandarizada de Afasia, Cookie Theft</i>	NR.

ABREVIATURAS: Nº: número / Tto.Log.: tratamiento logopédico / NR.: no realiza / MMSE: Mini-Mental State Examination / M: mujer / H: hombre



Tabla 10. Resultados (continuación).

Autor (año)	Objetivos del estudio	Nº de casos		Síntomas logopédicos	Síntomas no logopédicos	Profesionales implicados	Evaluación	Tto.Log.
		Nº y sexo	Edad	Pragmática				
(Tappe n, 2002)	Efectividad de la conversación como método de intervención en pacientes con Alzheimer.	55 participantes (80% M)	71-101	Pausas, discurso vacío, irrelevancias, disminución del discurso, circunloquios y repeticiones ideacionales	Aislamiento, depresión, alteración del comportamiento, disminución de la calidad de vida, memoria,		<i>NINCDS-ADRDA, MMSE, Test de descripción de imágenes, imagen alternativa de Norman Rockwell</i>	Conversación y técnicas de facilitación diseñadas para personas con Alzheimer
(López-Zamora, 2019)	Evaluación del desarrollo en pacientes con Alzheimer ante una intervención logopédica y/o colinérgica.	16 participantes (9 M y 7 H)	75.9 de media	Circunloquios, pausas y fluidez verbal.	Alteración en memoria, personalidad, razonamiento, disminución de capacidad funcional y cognitiva y síntomas neuropsiquiátricos.	1 logopeda y 1 estudiante en prácticas	<i>Escala Pro-Neuro de Evaluación Cognitiva-Lingüística, MMSE.</i>	Intervención logopédica frena el deterioro de la enfermedad

ABREVIATURAS: N°: número / Tto.Log.: tratamiento logopédico / NR.: no realiza / MMSE: Mini-Mental State Examination / M: mujer / H: hombre

Tras la lectura y análisis de los artículos seleccionados y una vez realizada la tabla de resultados, se redactan los resultados obtenidos según los objetivos planteados en este trabajo.

1. CONOCER LA SINTOMATOLOGÍA PRAGMÁTICA PRINCIPAL QUE APARECE EN UN ENFERMO DE ALZHEIMER.

En primer lugar, se debe recopilar los datos de aquellos autores que han estudiado con pacientes reales para realizar sus investigaciones. De esta forma se puede observar su edad y sexo, valorando si el Alzheimer es predominante en hombres o mujeres.

De los 18 artículos seleccionados, 16 de ellos cuentan con pacientes. Sin embargo, de esos 16, únicamente 10 artículos detallan el sexo de cada uno de los participantes, (Carlomagno, 2005) y (Paulino, 2020) indican que hay mayor número de mujeres, pero no el número total.



Gráfico 2. Sexo de los participantes

Como se puede observar en el gráfico, hay mayor porcentaje de **mujeres** con Alzheimer que de hombres, correspondiendo estas al **78,63%** del total, frente al **21,36%** de los **hombres**.

En relación con la edad, casi ningún autor especifica los años exactos de los pacientes, sino que proporcionan el rango edad estudiado.

El paciente más joven tiene 58 años y aparece en el estudio de (Carlomagno, 2005), el más longevo tiene 101 años y aparece en el estudio de (Tappen, 2002). Pese a

ellos, la edad donde se recogen la mayoría de los casos se corresponde con el intervalo de **75-90 años**, predominando en Alzheimer entre dichas edades.

Analizados los casos estudiados, a continuación, se procede a conocer la sintomatología logopédica, centrada en la pragmática, recogida en los artículos.

Los distintos autores recopilan una gran diversidad de síntomas logopédicos a nivel pragmático en pacientes con Alzheimer, como se puede apreciar en la tabla de resultados.

Sin embargo, a continuación, se exponen únicamente aquellos más mencionados, y por lo tanto más característicos de estos pacientes, para trabajar de una forma más exhaustiva sobre ellos, siempre teniendo en cuenta la totalidad de los síntomas y las características individuales de cada paciente.

Se exponen en un gráfico los síntomas que aparecen en un mínimo de 3 artículos.

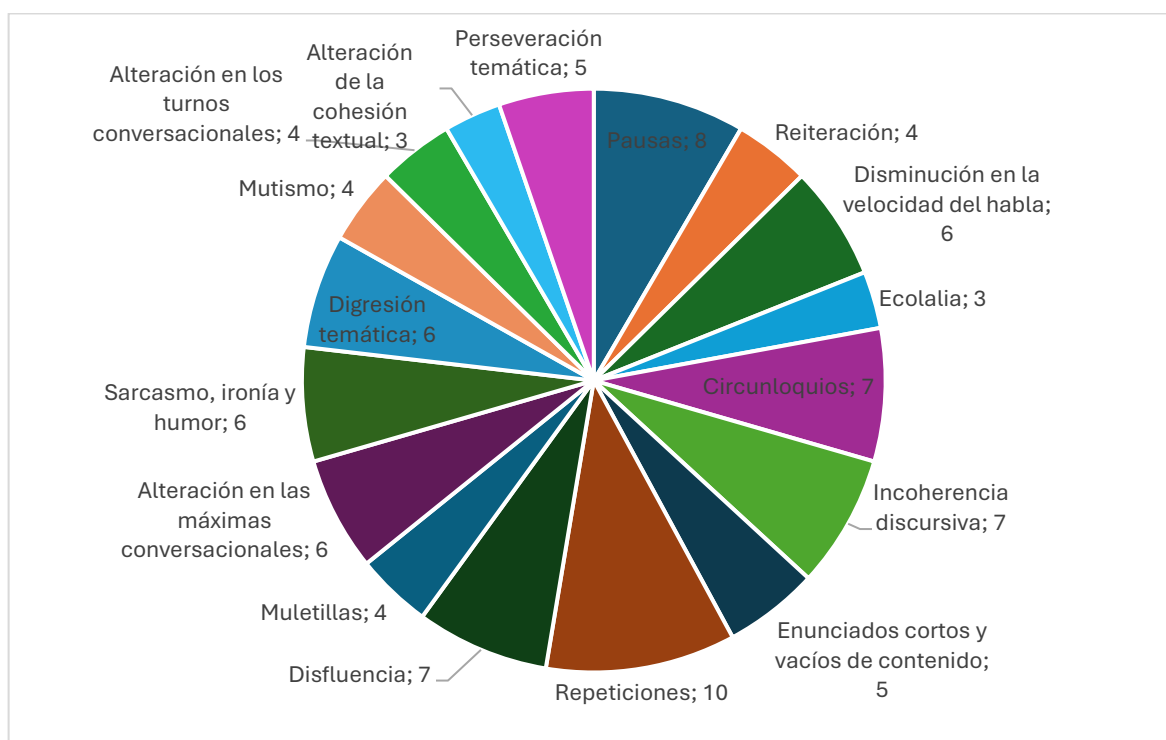


Gráfico 3. Síntomas

Como se puede apreciar, la sintomatología es diversa, afectando al paciente en diferentes niveles. Los síntomas más característicos son: repeticiones, pausas durante su discurso, circunloquios, incoherencia discursiva y disfluencia.

Pese a ello, como se ha mencionado en el objetivo anterior, al no encontrarse casi literatura relacionada con la intervención logopédica y la falta de mención de los autores, se desconoce el grado de afectación de cada uno de estos síntomas en los pacientes con Alzheimer.

2. ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS MÉDICOS, NEUROLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS MÁS COMUNES QUE APARECEN EN LOS PACIENTES CON ALZHEIMER.

Los enfermos de Alzheimer presentan una gran diversidad de síntomas diferentes a los relacionados únicamente con el ámbito logopédico. Sin embargo, todos estos síntomas impactan directamente en las alteraciones del lenguaje, empeorando de forma progresiva. Por ello, se elabora dicho objetivo, para ser conscientes de todas las características de los pacientes y actuar de forma global y multidisciplinar.

En la totalidad de los artículos, los autores han mencionado síntomas presentes en los pacientes con Alzheimer que no están relacionados con el ámbito logopédico, pudiéndose dividir estos en médicos, neurológicos y psicológicos. En función de la finalidad del estudio, los autores han evaluado alguno de los grupos anteriores en mayor profundidad, por ello pueden apreciarse diversidad de síntomas, pero encontrando algunos que se repiten en ellos.

El síntoma más mencionado y característico en los pacientes con Alzheimer es su alteración en la **memoria**, apareciendo en una proporción del **88,88%** de los artículos, es decir, un total de 16 de 18 artículos, seguido de las alteraciones en la **cognición** que aparece en el **50%** de los artículos. En relación con las alteraciones en la conducta, se encuentran 5 artículos que le otorgan una gran importancia como síntoma principal.

En relación con las alteraciones en la audición, dos autores indican la presencia de presbiacusia en estos pacientes, alterando su forma de relacionarse y comunicarse, a nivel motor, también hay dos autores que exponen la presencia de alteraciones en los pacientes.

El resto de sintomatología mencionada por los autores se ha agrupado en psiquiátrica y cognitiva, debido a que cada uno está mencionado exclusivamente por uno o dos autores.

En la sintomatología psiquiátrica se encuentra: depresión, alteraciones a nivel social y psicosocial, alteración en su identidad y personalidad, delirios, apatía, problemas emocionales, aislamiento y alucinaciones.

Por último, en el nivel cognitivo aparece: pérdida o alteración de su atención, razonamiento, planificación y pensamiento, y desorientación.

Como se puede observar, la sintomatología es muy diversa, sin embargo, todas las personas que presentan Alzheimer presentan alteraciones médicas, neurológicas y psicológicas, además de en su lenguaje, por ello es importante conocerla.

3. CONOCER LAS PRUEBAS PARA EVALUAR A ESTOS PACIENTES EL ÁREA DEL LENGUAJE.

En muchos artículos, se evalúa a los sujetos del estudio con diversas pruebas, sin embargo, éstas no son únicamente específicas en el lenguaje, sino que abarcan otros ámbitos tanto neurológicos, psicológicos, atención...

Debido a que el objetivo de este trabajo es conocer y profundizar en lo relativo al lenguaje, únicamente se recogen las pruebas cuya finalidad es la evaluación de este o que uno de sus apartados está especializado en el lenguaje.

Tras la recopilación de todos los artículos, se cuenta con un total de 11 que mencionan pruebas de evaluación generales, de ellos se elaborará el informe de pruebas relacionadas con el lenguaje, que se corresponden únicamente con 9 artículos.

- (Chakrabarty, 2023) utiliza “Novel Metaphor Comprenhesion, MMSE, Alzheimer’s Disease Assessment Scale, token test, batería para la evaluación de habilidades pragmáticas, Test for the Assessment of Pragmatic Abilities and Cognitive Substrates (APACS)”.
- (Maki, 2013) utiliza “Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), Prueba de Escenarios Metafóricos y sarcásticos”.
- (Jones, 2006) utiliza “Mini-Examen del Estado Mental (MMSE)”.
- (Aranda, 2017) utiliza “Test de Boston, MMSE”.
- (Pérez Mantero, 2012) utiliza “MMSE, Alzheimer’s Disease Assessment Scale, Functional Linguistic Communication Inventory, Severe Impairment Battery Language Scale”.
- (Salazar-Villanea, 2020) utiliza “MMSE”.

- (Carlomagno, 2005) utiliza “MMSE y Prueba Estandarizada de Afasia Cookie Theft”.
- (Tappen, 2002) utiliza “MMSE, Test de descripción de imágenes de Norman Rockwell”.
- (López-Zamora, 2019) utiliza “MMSE y Escala Pro-Neuro de Evaluación Cognitiva-Lingüística”.

Tras la redacción de las pruebas utilizadas por los diversos autores para valorar el lenguaje, se ha obtenido el siguiente gráfico:

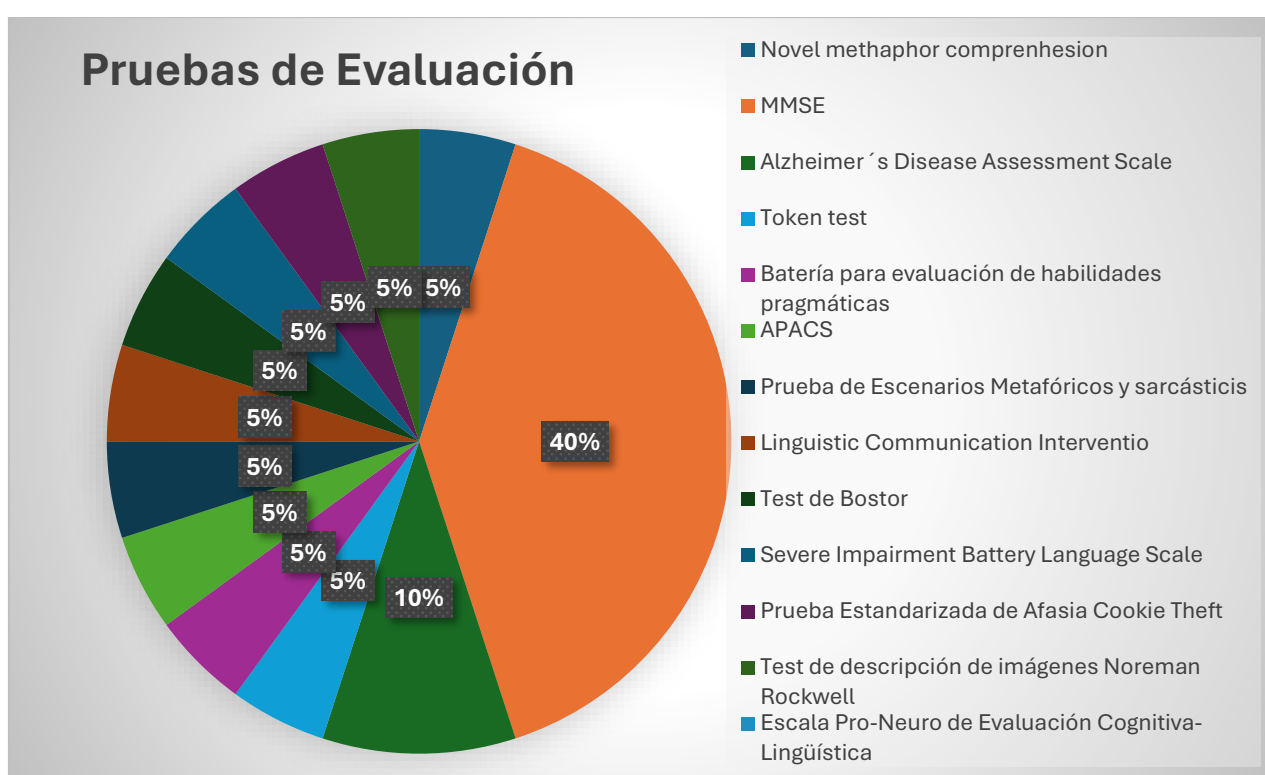


Gráfico 4. Pruebas de evaluación

Como se aprecia en el gráfico anterior, el test MMSE (Mini-Mental State Examination) es el más empleado por los autores, correspondiendo al 40% del total, tras éste se encuentra el test Alzheimer's Disease Assessment Scale y el resto de las pruebas utilizadas en un único artículo.

Esto demuestra que los autores no evalúan el lenguaje de forma aislada, sino que emplean una única prueba que abarca diferentes áreas de evaluación.

4. COMPROBAR SI APARECE INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA Y LOS BENEFICIOS DE DICHA INTERVENCIÓN.

Con relación a dicho objetivo únicamente se observan dos intervenciones logopédicas en los artículos de (Tappen, 2002), donde se menciona una intervención centrada en la conversación y técnicas de facilitación diseñadas para personas con Alzheimer y (López-Zamora, 2019) quien realiza una intervención más completa, demostrando ambos los beneficios de intervención logopédica y un avance mucho más lento de los síntomas en dicha patología.

Además, (Pérez Mantero, 2012) realiza un protocolo de intervención logopédica conversacional, (Salazar-Villanea, 2020) utiliza la reminiscencia en conversación, analizando si su participación y vocabulario son correctos cuando se centran en elementos de su pasado y (Aranda, 2017) quien no realiza intervención, pero si propone la necesidad de realizarla e indica la importancia de proseguir con el estudio de la conversación en personas con Alzheimer en el ámbito logopédico para proporcionarles el mejor tratamiento posible.

En el resto de los artículos hay ausencia de intervención logopédica o mención de esta, es por ello por lo que en todos se observa un claro progreso de la sintomatología del lenguaje en estos pacientes de forma paulatina y notoria.

DISCUSIÓN

Tras la redacción de los resultados, si nos centramos únicamente en los casos estudiados, se asegura que el Alzheimer se presenta de forma predominante en mujeres, siendo la diferencia entre ambos sexos muy notoria, 173 mujeres frente a 47 hombres.

Con el análisis de los resultados, se puede apreciar la existencia de una gran variedad de síntomas pragmáticos que afectan a estos pacientes de forma evolutiva. Esta sintomatología, imposibilita en los pacientes mantener una conversación con coherencia y cohesión, dificultando que puedan tener relaciones personales óptimas. Esto puede generar en el paciente un mutismo total, debido a las dificultades para relacionarse con el resto y hacerse entender. Además, existen pocos estudios relacionados con cómo el avance de la enfermedad les afecta, simplemente encontrando la mención de una evolución.

Recordando el objetivo “Analizar los síntomas médicos, neurológicos y psicológicos más comunes que aparecen en los pacientes con Alzheimer”, se ha observado que, en la mayoría de los casos, se ven afectados los tres niveles, predominando los síntomas neurológicos en todos ellos, presentando alteraciones de memoria casi la totalidad de los pacientes. Pese a predominar los síntomas neurológicos, se deben tener en cuenta también los niveles médicos y psicológicos, presentes en los casos estudiados.

Es esencial llevar a cabo una adecuada evaluación para obtener información a nivel logopédico, pero también a nivel médico, psicológico y neurológico, pudiendo poner en marcha una intervención individualizada y enfocada en las necesidades de cada paciente. La prueba de evaluación más utilizada en este grupo de pacientes es MMSE, que evalúa diferentes aspectos, pudiendo recopilar gran variedad de información con una única prueba.

Los autores, han evaluado a los pacientes con diferentes pruebas, sin embargo, a nivel logopédico ha sido muy escaso, debido a la falta de test específicos empleados, y han estudiado esta área con un único apartado dentro de un test.

En relación con la logopedia no se da la importancia que merece, encontrando escasos estudios que hay relacionados con el logopeda y el tratamiento que se debe llevar a cabo por este profesional. Con el estudio del lenguaje y todas las dificultades encontradas a nivel pragmático, los autores no han tenido en cuenta el papel del logopeda en esta patología, ni una intervención realizada por este profesional, simplemente han especificado el avance de los síntomas.

Además, el logopeda realiza el tratamiento de estos pacientes, ayudándoles a conservar una comunicación eficaz y mantener su lenguaje lo máximo posible, pero también trabaja con sus familias, proporcionando pautas y actividades que pueden realizar juntos, fomentando la interacción comunicativa.

El tratamiento logopédico le va a aportar al paciente una mejora en su calidad de vida, una mayor interacción con sus familiares y personas cercanas pudiendo evitar otros posibles síntomas como el aislamiento, depresión y ansiedad... Es decir, el logopeda le proporcionará al paciente una vida funcional y completa, ya que, con esta terapia, el paciente podrá acceder a estrategias que le ayuden a comunicarse.

Además, en los artículos tampoco se detallan un tratamiento farmacológico en estos casos, a excepción del artículo de (López-Zamora, 2019), ni de ningún otro tipo.

En resumen y para finalizar, resaltar una investigación futura de la intervención logopédica ya que, en relación con la logopedia, se encuentran muchos artículos relacionados con el Alzheimer, pero pese a ser el área pragmática la principal afectada, es el área menos estudiada y trabajada por los autores, algo que ha repercutido y dificultado la realización de esta investigación.

Tras todo el estudio y en función de las carencias encontradas, es de gran importancia ampliar el campo de investigación y que dichos artículos sean de acceso público, pudiendo colaborar entre todos los profesionales y elaborar pruebas de evaluación e intervenciones fundamentadas con evidencia científica, beneficiando al mayor número de personas posible.



El estudio con pacientes reales que reciben una intervención logopédica debería realizarse desde la aparición de los primeros síntomas, valorando el progreso de ésta y cómo evoluciona su conversación, procurando mantener en ellos una vida lo más activa posible.

Además, debido a la falta de literatura relacionada con una intervención logopédica, no se puede asegurar con certeza que esta genere beneficios, pese a ello, al contar con un número tan reducido de artículos que tratan sobre ello y todos obtienen buenos resultados, resulta un campo de investigación muy prometedor.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo siempre ha sido buscar la sintomatología logopédica, del área pragmática, en los pacientes con Alzheimer y tras ello valorar la necesidad de realizar intervención logopédica en función de los resultados obtenidos.

Las conclusiones extraídas con relación a los objetivos planteados en este trabajo han sido las siguientes:

1. El número de casos de Alzheimer está aumentando significativamente, por ello se debe fomentar el estudio de esta patología para poder brindarles las mejores oportunidades posibles.
2. Es necesario conocer la diversidad de sintomatología de las personas con Alzheimer, no exclusivamente la logopédica, debido a que todas influyen en el paciente y crean un avance de la enfermedad. Por ello es esencial trabajar de forma multidisciplinar, beneficiando los actos de habla en estos pacientes, evitando el aislamiento y asegurándoles una conversación eficiente y eficaz, tratando de evitar a toda costa el mutismo, que podría desencadenar una depresión.
3. En relación con las pruebas de evaluación neurológica, psicológica y logopédica, la mayoría de los autores tratan de realizar pruebas completas, algo muy importante debido a que permiten valorar una gran diversidad de aspectos en un periodo menor de tiempo, requiriendo menor atención y cansancio por parte del paciente. Pese a ello, sería necesario la creación de una prueba estandarizada que valorase todos los niveles logopédicos en una sola, para tener un conocimiento global del lenguaje junto a su evolución.
4. La intervención logopédica es necesaria, como se ha podido observar existen una gran cantidad y diversidad de síntomas logopédicos y todos los pacientes que no han realizado intervención han evolucionado desfavorablemente en periodos muy cortos de tiempo.

Sin embargo, en los artículos donde sí aparece intervención logopédica, falta información muy relevante, como los objetivos planteados o el tratamiento realizado junto con su duración, únicamente presente con el artículo de (López-Zamora, 2019) quien dividió 18 sesiones en dos meses, dificultando el posterior estudio y recreación de estas intervenciones. Además, únicamente aparece tratamiento farmacológico en uno de los artículos, donde se utiliza inhibidores

de la acetilcolinesterasa (ICE), donepezilo, galantamina y rivastigmina, tanto de forma aislada como acompañado de la intervención logopédica, pero no se centra en este método de intervención. Por lo tanto, dado que únicamente se ha utilizado un artículo donde estudien el tratamiento farmacológico y lo detallen, se deberá continuar con esta ruta de estudio para poder crear un tratamiento completo.

5. Se debe investigar mucho más en ello para crear intervenciones con evidencia científica y obtener los mejores resultados posibles en estos pacientes, proporcionándoles la mejor calidad de vida posible, tanto a ellos como a sus familiares.
6. Como se ha podido comprobar, la pragmática se ve muy afectada en los pacientes con Alzheimer, evolucionando de forma progresiva y afectando a su comunicación. Es una de las primeras características que se puede apreciar en estos pacientes y por ello es fundamental trabajar en ella.
7. Es muy importante concienciar a la población de las características pragmáticas del Alzheimer, pudiendo realizarse un diagnóstico precoz, a nivel neurológico, psicológico y logopédica y comenzar de forma inmediata con la intervención. Cuanto antes se comience, más se podría retrasar la aparición de otro tipo de sintomatología y su progreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera Ortiz, U., Martín Carrasco, M., Sánchez Pérez, M. (2021). *Psiquiatría geriátrica* (3ª. ed.). Elsevier.
2. American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
3. Amiridze, N., Davis, B. H., Maclagan, M. (2010). Fillers, pauses and placeholders. John Benjamins Publishing Company. 189-216.
[10.1075/tsl.93.09dav](https://doi.org/10.1075/tsl.93.09dav)
4. Aranda, L., Gordillo-Villatoro, M., Enamorado, J.M., López-Zamora, M. (2017). Estudio del lenguaje en las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer a través del Test de Boston. *Science Direct*, 37 (3), 111-120.
<https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.02.002>
5. Carlomagno, S., Santoro, A., Menditti, A., Pandolfi, M., Marini, A. (2005). Referential Communication in Alzheimer's Type Dementia. *Science Direct*, 41 (4), 520-234. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70192-8](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70192-8)
6. Chakrabarty, M., Klooster, N., Biswas, A., Chatterjee, A. (2023). The scope of using pragmatic language tests for early detection of dementia: A systematic review of investigations using figurative language. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(10), 4705–4728.
<https://doi.org/10.1002/alz.13369>
7. Davis B.H., Maclagan M. (2009) Examining Pauses in Alzheimer's Discourse. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(2):141-154.
doi:10.1177/1533317508328138
8. Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41, 13-22.
9. Doun, A., Tardif, A., Ska, B. (2003). Discourse about discourse: What is it and how does it progress in Alzheimer's disease?. *Science Direct*, 53 (2), 177-180.
[https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00104-0](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00104-0)
10. Guinn, C., Singer, B., Habash, A., (2014). A comparison of syntax, semantics, and pragmatics in spoken language among residents with Alzheimer's disease in managed-care facilities, IEEE Symposium on Computational Intelligence in

- Healthcare and e-health (CICARE), Orlando, FL, USA, 2014, pp. 98-103.
10.1109/CICARE.2014.7007840
11. Jones, S., Laukka, E. J., Backman, L. (2006). Differential verbal fluency deficits in the preclinical stages of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cortex*, 42(3), 347–355. [PubMed: 16771040].
 12. López-Zamora, M., Cánovas-Cano, M., Aranda, L. (2019). Evaluación de una intervención logopédica en pacientes con la enfermedad de Alzheimer en tratamiento colinérgico: Un estudio piloto. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 24(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.22937>
 13. Maki Y, Yamaguchi T, Koeda T, Yamaguchi H. (2013) Communicative competence in Alzheimer's disease: metaphor and sarcasm comprehension. *Am J Alzheimer's Dis Other Demen*, 28(1):69-74. doi:10.1177/1533317512467677.
 14. Mantero, J. L. P. (2015). *La transgresión de las máximas conversacionales en hablantes con Demencia Tipo Alzheimer*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7729014>
 15. Paulino, A., Sierra, G., Da Cunha Fanego, I., Domínguez, L. H. (2020). *El análisis de las relaciones discursivas como recurso en el seguimiento de la Enfermedad de Alzheimer*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7286677>
 16. Pérez Mantero, J.S., (2012). El déficit lingüístico en personas con demencia de tipo alzhéimer: breve estado de la cuestión. *Universitat de València Facultat de Filologia, Traducció y Comunicació, PRAGMALINGÜÍSTICA (1133628x)-2012, v. 20 -pp. 220-238*. <http://hdl.handle.net/10498/15391>
 17. Quaderi, A., Védie, C. (2007). Néologisme et maladie d'Alzheimer. A pragmatic listening of Alzheimer's disease. *Science Direct*, 165 (9), 680-684. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.08.020>
 18. Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12.
 19. Salazar-Villanea, M. Narrativa autobiográfica y reminiscencias en costarricenses con Alzheimer (2020). *Revista Signos* 53 (102), Scielo. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342020000100219>



20. Sánchez Gil, C. González Martín, E. Mendizábal de la Cruz, N. Jimeno Bulnes, N. (2023). *Guía de intervención logopédica en los trastornos neurocognitivos y del envejecimiento*. SINTESIS
21. Tappen, R. M., Williams, C. L., Barry, C., Disesa, D. (2002). Conversation Intervention with Alzheimer's Patients: Increasing the Relevance of Communication. *Clinical gerontologist*, 24(3-4), 63–75.
https://doi.org/10.1300/J018v24n03_06
22. Valles, B. (2013). *Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con Alzheimer y sus interlocutores sanos*. *Revista de Investigación en Logopedia*, 3(2).
23. Varela Suárez, A. (2020). La integración de información contextual en el discurso de personas con demencia. *Pragmalingüística*, (2), 339–353.
<https://doi.org/10.25267/Pragmalinguistica.2020.iextra2.21>

ANEXOS

LA LOGOPEDIA EN LA PRAGMÁTICA DE PACIENTES CON ALZHEIMER.

REVISIÓN SISTEMÁTICA

LUCÍA MARTÍN GONZÁLEZ

TUTORA: MANUELA ISABEL ÁLVAREZ ALFAGEME



Universidad de Valladolid

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID-

FACULTAD DE MEDICINA.

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2024/2025

INTRODUCCIÓN

Alzheimer, tipo de demencia más frecuente, que cumple los criterios de trastorno neurológico mayor o leve, y afecta a uno o más dominios cognitivos. Se produce la muerte de células nerviosas del cerebro, aparecen placas seniles, nudos neurofibrilares y placas neuríticas, es irreversible y se confirma su diagnóstico postmortem.

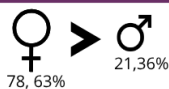


Para concretar su gravedad, existe la escala Global Deterioration Scale, dividida en 7 niveles progresivos.



Pragmática: factores externos al lenguaje y la comunicación. Se divide en: interactiva, textual y enunciativa.

RESULTADOS



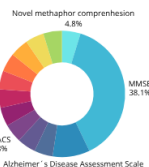
58 años/101 años
75-90 años

Sintomatología pragmática mencionada:



Síntomas médicos, neurológicos y psicológicos:

- Los más nombrados son las alteraciones en la memoria 88,88%, alteraciones en la cognición 50%.
- Otros tipos: Alteraciones de la conducta, presbiacusia, problemas a nivel motor, sintomatología psiquiátrica y cognitiva.



Pruebas de evaluación:

No son específicas en el lenguaje.

Intervención logopédica:

Dos intervenciones: una centrada en la conversación y técnicas de facilitación, ambos demuestran avance lento de los síntomas.

También, se menciona en un artículo la importancia de estudios e intervención logopédica.

El resto, ausencia de intervención con progreso notorio de la sintomatología.

OBJETIVOS

- Analizar los síntomas médicos, neurológicos y psicológicos más comunes.
- Conocer las pruebas para evaluar a estos pacientes en el área del lenguaje.
- Conocer la sintomatología pragmática principal en Alzheimer.
- Comprobar si aparece intervención logopédica y los beneficios de esta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Bases de datos: Scielo, Google Académico, Pubmed, Scopus y ScienceDirecta.

Las **palabras clave** empleadas fueron: logopedia, Alzheimer, demencia, pragmática, intervención y comunicación.

Criterios de inclusión:

- Los elementos deben ser artículos, relacionados con el Alzheimer y con casos de pacientes o sintomatología en su lenguaje relacionada con la pragmática.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago, TFG, TFM, ni Tesis Doctorales, artículos anteriores al 2000, artículos no centrados en Alzheimer.



128 artículos

23 seleccionado para el desarrollo de la revisión sistemática.

105 artículos eliminados: antigüedad, falta de información relacionada con la investigación realizada, ausencia de relación con la pragmática y su sintomatología.

DISCUSIÓN

- 173 mujeres y 47 hombres.
- Gran variedad de sintomatología pragmática que puede desencadenar un mutismo debido a las dificultades de comunicación generadas.
- Sintomatología médica, neurológica y psicológica presente.
- Evaluación adecuada para valorar todos los niveles afectados y crear una intervención individualizada, obteniendo variedad de información en una única prueba.
- Falta de importancia a la intervención logopédica con escasa evaluación del lenguaje. El logopeda conserva la comunicación eficaz y mantiene su lenguaje, trabaja con las familias y evita posible sintomatología secundaria.
- Una única mención al tratamiento farmacológico.

Necesidad de futura investigación en el área pragmática, principal afectada, ampliando el campo de investigación y accesibilidad a ella, creando pruebas de evaluación con evidencia científica.

CONCLUSIÓN

- Fomentar el estudio logopédico relacionado con la pragmática.
- Conocer la diversidad de sintomatología y trabajar de forma multidisciplinar.
- Pruebas completas, evalúan diversidad de síntomas en menor tiempo, requieren menor atención. Sería necesario elaborar pruebas estandarizadas que valoren de forma global el lenguaje, junto a su evolución.
- En los artículos faltan intervenciones logopédicas, sus objetivos de intervención y duración.
- Aumentar la investigación para elaborar intervenciones con evidencia científica y obtener los mejores resultados.
- La pragmática se ve afectada y evoluciona de forma progresiva, es una de las primeras características que aparece en estos pacientes.
- Concienciar a la población de las características pragmáticas, realizando un diagnóstico precoz y comenzando una intervención inmediata.

Anexo 1: Poster síntesis del TFG “La logopedia en la pragmática de pacientes con Alzheimer. Revisión sistemática”.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora del TFG, con quien empecé como paciente de logopedia con 6 años, me hizo querer dedicarme a esta bonita profesión y con quien termino esta etapa de mi vida.

A mi familia por acompañarme siempre y creer en mí más que yo misma, dándome todas las oportunidades posibles para aumentar mi formación y enseñarme con el ejemplo el valor del esfuerzo.

A mi bisabuela, quién luchó contra el Alzheimer e inspiró este trabajo. Aunque no recordase nuestros nombres, su sonrisa permaneció intacta. Este proyecto nace del deseo de rendirle un pequeño homenaje a través del conocimiento.