



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**LA IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL
LOGOPEDA EN USUARIOS
PERTENECIENTES A UNA ASOCIACIÓN DE
PARKINSON**



FACULTAD DE MEDICINA

AUTORA: Inés de Castro Almazán

TUTORA: Natalia Jimeno Bulnes

AÑO: 2015

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1. Concepto de Logopedia.....	4
2.2. Características de la Enfermedad de Parkinson.....	5
- Concepto.....	5
- Etiología.....	6
- Sintomatología.....	6
2.3. Tratamientos en la Enfermedad de Parkinson.....	10
- Farmacológicos.....	10
- Quirúrgicos.....	11
- Rehabilitadores.....	11
- Complementarios.....	12
3. OBJETIVOS.....	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
4.1. Materiales y métodos del estudio observacional.....	15
4.2. Materiales y métodos de la revisión bibliográfica.....	17
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	19
5.1. Resultados y discusión del estudio observacional.....	19
5.2. Resultados y discusión de la revisión bibliográfica.....	20
5.3. Análisis de los resultados obtenidos en los diversos estudios.....	23
6. CONCLUSIONES.....	25
7. BIBLIOGRAFIA.....	26

ANEXOS

- Anexo I Técnicas de relajación
- Anexo II Posición correcta y movimientos de cuello
- Anexo III Praxias
- Anexo IV Consentimiento informado
- Anexo V Protocolo de evaluación
- Anexo VI Actividades realizadas durante la rehabilitación del estudio observacional

RESUMEN

La Enfermedad de Parkinson actualmente es padecida por más de 4 millones de personas en el mundo. Sus principales síntomas son: temblor, rigidez muscular, bradicinesia e inestabilidad postural. De estos síntomas derivan otros que deben ser tratados de forma específica, por parte del logopeda, para la buena calidad de vida del paciente con enfermedad de Parkinson. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es conocer la labor del logopeda en esta enfermedad y averiguar si su papel es fundamental. Para lograr dicha finalidad se ha llevado a cabo un estudio observacional de un sujeto con Parkinson cuyos resultados se han comparado con lo revisado en la bibliografía. A partir de los resultados obtenidos se han establecido una serie de conclusiones, las cuales se pueden resumir de la siguiente manera: la rehabilitación logopédica en la enfermedad de Parkinson es imprescindible ya que permite mejorar la calidad de vida de los sujetos que la padecen.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, logopedia, comunicación y lenguaje.

Key words: Parkinson's Disorder, speech and language therapy, communication and language.

1- JUSTIFICACIÓN

Varias son las razones que me han empujado a decirme por la elección del tema “La importancia de la figura del logopeda en usuarios pertenecientes a una asociación de Parkinson” para realización del trabajo de fin de grado de logopedia. Estas se exponen a continuación:

La enfermedad de Parkinson es el segundo trastorno degenerativo del sistema nervioso central más común y actualmente son más de 4 millones de personas en el mundo las que sufren esta enfermedad. Por lo tanto, considero la necesidad de un trabajo interdisciplinar en este tipo de población para mejorar su calidad de vida.

Al igual que muchas patologías, la Enfermedad de Parkinson cursa con una gran variedad de síntomas, entre los cuales podemos encontrar varios de gran importancia dentro del ámbito de la logopedia: alteraciones en la articulación, deglución, coordinación fonorrespiratoria, alteraciones en la voz.

La rehabilitación logopédica no tiene una dinámica limitada consistente en acudir ciertos días, determinado tiempo, a realizar muecas delante de un espejo, o decir frases con diferentes entonaciones, sino que todo lo realizado en las sesiones, debe ser generalizado a la vida diaria del paciente. De este modo, el usuario podrá interactuar con su entorno óptimamente permitiendo que su autoestima se mantenga positiva y evitando cualquier posible padecimiento de trastornos del estado de ánimo (por ejemplo: depresión).

Además, la principal razón por la que he elegido este tema, es porque durante la realización del Practicum III, asignatura de 4º curso del Grado en Logopedia, pude realizar las prácticas dentro de la Asociación de Parkinson Valladolid, y fue allí, donde descubrí la importancia de la figura del logopeda en este tipo de población. Este aspecto me llamó especialmente la atención ya que durante el desarrollo del Grado en Logopedia se estudian algunos de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson de forma específica pero sin abordarlo de forma general dentro de dicha enfermedad. Por tanto, considero de gran importancia conocer de forma global la patología que aquí nos concierne ya que cada persona puede reaccionar de forma distinta frente a determinados síntomas o manifestar unos más que otros, es decir, cada persona es un mundo, por lo tanto hay que considerar a la persona en general y no sólo por sus síntomas.

En definitiva, muchas son las actividades, recursos y materiales, que he visto usar y he usado en las diferentes sesiones durante las prácticas realizadas, y me pareció interesante, dentro de este trabajo incluir otras técnicas o sistemas de tratamiento de los diferentes síntomas de la Enfermedad de Parkinson.

2- INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de este trabajo es conocer el papel que realiza el logopeda dentro de la Enfermedad de Parkinson.

Para llevar a cabo este objetivo, previamente a la elaboración del presente estudio, se ha realizado por un lado, una revisión bibliográfica, con el fin de ampliar los conocimientos teóricos y prácticos sobre el tema, y por otro lado, se ha observado la evolución de un caso real. A partir de estos datos se ha pretendido destacar la importancia que la figura del logopeda tiene sobre la calidad de vida de usuarios con Parkinson.

Al comienzo de este trabajo se expone de forma general en qué consiste la Enfermedad de Parkinson y qué relación tiene con la logopedia. Una vez establecida esta relación se realiza una comparación entre los datos aportados por los artículos y libros leídos y los resultados obtenidos a partir de este estudio. Mediante dicha comparación se podrá conocer de qué forma el logopeda influye en la Enfermedad de Parkinson.

2.1. CONCEPTO DE LOGOPEDIA

A continuación se expone el concepto de logopedia redactado a partir de las definiciones dadas por varios autores, entre los que se encuentran Perelló (2007) y Peña (2013).

- CONCEPTO DE LOGOPEDIA

La **Logopedia** es *“la disciplina científica que se ocupa de la prevención, evaluación e intervención reeducadora y rehabilitadora de los trastornos del lenguaje, del habla, de la voz, de la audición y de la deglución, tanto en niños como en adultos”*.

Características de la logopedia como ciencia:

- **Disciplina:** Conjunto de conocimientos (teoría) y habilidades (práctica). La logopedia es teoría y práctica.
- **Científica:** Los conocimientos y habilidades especializadas son obtenidas por el método científico.
- **Independiente:** Sus enseñanzas se obtienen de forma autónoma.
- **Consolidada:** Su actividad científica se mantiene y continúa.

- **Universal:** Su desarrollo se extiende por todo el mundo.

Muchas son las patologías susceptibles de recibir tratamiento logopédico, las cuales están clasificadas de la siguiente manera:

Trastornos del habla – dislalias, disartrias, disglosias, retraso del habla, trastornos de la fluencia.

Trastornos del lenguaje – retraso en el desarrollo del lenguaje, disfasia, afasia, trastornos asociados a otras alteraciones (discapacidad intelectual, síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, trastorno general del desarrollo, etc)

Trastornos del lenguaje escrito – dislexia, disgrafía y discalculia.

Trastornos de la voz hablada y cantada – disfonías (nódulos, pólipos, edema de Reinke, etc), disfonías del niño, laringectomías, voz profesional (locutores, profesores)

Alteraciones del lenguaje y la comunicación por déficit auditivo – hipoacusia, presbiacusia e implantes cocleares.

Alteraciones en la deglución – alteraciones en diferentes funciones: succión, masticación, deglución, deglución atípica, babeo, etc.

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

La enfermedad de Parkinson fue descrita por primera vez en 1817 por el médico inglés James Parkinson. Este médico designó al conjunto de síntomas que describen la enfermedad como “parálisis agitante”, aunque la enfermedad no se trata de una verdadera parálisis, sino de un trastorno del metabolismo del sistema nervioso central.

- CONCEPTO

Actualmente la **Enfermedad de Parkinson**, según Zurita (2005) podemos definirla como: enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, de progresión lenta, producida por una degeneración de las neuronas dopaminérgicas, encargadas de sintetizar un neurotransmisor específico, la dopamina.

La función principal de la dopamina es la regulación y control de los movimientos. Se considera que se han perdido hasta un 65% de las neuronas dopaminérgicas cuando los síntomas parkinsonianos comienzan a aparecer. (La enfermedad de Parkinson, en vídeo)

Habitualmente tiene carácter progresivo, incurable, no mortal y no prevenible.

Teniendo en cuenta los conocimientos que aporta de la Casa (2013), se pueden fijar unos factores de riesgo que marcan el perfil tipo de los pacientes con enfermedad de Parkinson, Este perfil tipo, sigue las siguientes características:

- Sexo: varón
- Edad: mayor de 50 años
- Nivel social: indiferente.

- ETIOLOGÍA

Actualmente no se conocen las causas que derivan esta enfermedad, pero hay casos en los que se cree que son inducidos por traumatismos, drogodependencias y medicamentos, y algunas formas hereditarias en ciertos grupos familiares.

Otra posibilidad estudiada es que el origen se encuentre en los radicales libres, moléculas que desencadenan un proceso de oxidación que daña los tejidos y las neuronas. Otro factor que se tiene en cuenta es el genético, dado que en alguna familia se han dado casos.

- SÍNTOMATOLOGÍA

Según de la Casa (2013) la Enfermedad de Parkinson se compone de un conjunto de síntomas, los cuales se pueden clasificar en tres grandes grupos:

a) SÍNTOMAS MOTORES – estos síntomas son los característicos de la Enfermedad de Parkinson, es decir, son los primeros que afloran y que dan la voz de alarma sobre la posibilidad de sufrir esta patología. Este conjunto de síntomas son el objetivo de tratamiento del fisioterapeuta.

• **Temblores:** es el primero de los síntomas con el que empiezan hasta un 70% de los afectados. Es un temblor en reposo que aparece cuando no se realiza ningún movimiento con esa parte del cuerpo. Característicamente, suele aparecer en las extremidades, mano o pie,

pero también en la mandíbula o en la cara. Este temblor puede mejorar o llegar a desaparecer cuando se va a realizar un movimiento y puede aumentar en una situación de estrés.

- **Rigidez muscular:** establece un aumento del tono muscular. Los músculos se encuentran tensos, de forma constante y no se pueden relajar. La rigidez provoca: disminución de la amplitud de los movimientos, dificultad para moverse, dolor y calambres en las zonas donde hay rigidez y disminución de la expresión de la cara.

- **Bradicinesia:** es la lentitud para realizar un movimiento. La bradicinesia también se refleja en la amplitud de movimiento, que puede verse reducida. También afecta a la escritura, haciéndose más pequeña, lo que se conoce como micrografía. También afecta a la marcha, dándose la “Marcha Parkinsoniana” que se caracteriza por ser lenta, con pasos cortos, arrastrando los pies y con reducción del braceo.

- **Inestabilidad postural:** es la alteración del equilibrio. Los pacientes según avanza la enfermedad, empiezan a adoptar una postura encorvada, con el tronco hacia delante o lateralmente. Este síntoma puede ser el más incómodo debido a que puede provocar caídas y lesiones.

b) *SÍNTOMAS NO MOTORES* – dentro de este grupo encontramos un conjunto de síntomas que deben ser tratados por diferentes profesionales, como por ejemplo el psicólogo y logopeda.

b.1 – *Características fundamentales:* estreñimiento, síntomas urinarios, disfunción sexual, anosmia, dermatitis seborreica, alteraciones visuales, dolor y trastornos sensitivos...

b.2 – *Asociación:* dentro de la Enfermedad de Parkinson, podemos encontrar trastornos asociados. Entre los que se encuentran los siguientes:

- **Trastornos del sueño:** son altamente frecuentes. Estos trastornos abarcan el insomnio, sueños muy vívidos, somnolencia diurna o alteraciones del ciclo vigilia-sueño.

- **Pensamiento y memoria:** pueden presentar lentitud en el pensamiento, memoria o concentración. El deterioro cognitivo afecta a áreas como las funciones ejecutivas, atención y función visuoespacial.

- **Trastornos neurocognitivos:** se pueden dar síntomas como alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones e ideas delirantes, trastornos del control de impulsos, depresión, ansiedad...

c) *SÍNTOMAS DE INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA* – dentro de este apartado están incluidos todos los síntomas que puede presentar un paciente con Enfermedad de Parkinson y que son objetivo de tratamiento del logopeda, según Zurita (2005).

Todos los síntomas que podemos encontrar en este grupo, estarían clasificados dentro de los siguientes apartados: voz, lenguaje, habla, deglución y escritura.

- **Hipomimia** - pérdida de expresión facial. A la hora de llevar a cabo la evaluación de un paciente es uno de los síntomas más evidentes. Este síntoma es causado por la rigidez de los músculos de la cara y la bradicinesia. La hipomimia da lugar a una expresión rígida, con mejillas hundidas y parpadeo de los ojos reducido. Es tal la gravedad de este síntoma que el paciente cuando se mira al espejo no se reconoce.

La principal consecuencia de la hipomimia es que se puede producir en el interlocutor sensaciones erróneas por parte de la persona con Parkinson, como que está enfadado, triste o incluso que tiene falta de interés por lo que se le cuenta.

- **Disartria hipocinética** – alteración de la expresión verbal debido a una alteración en el control de los músculos encargados de producir el habla. Esta alteración produce un habla lenta, débil y monótona, produciendo alteraciones secundarias, en la respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia debidas a daños en el sistema nervioso central.

- **Alteración en la función respiratoria**- estos pacientes presentan una respiración superficial y poco eficaz para una adecuada producción del habla. Esto es causado por la rigidez de la pared torácica, la bradicinesia, incoordinación de los movimientos respiratorios y la postura típica de flexión de tronco. Su respiración es poco funcional debido a que se produce una mala administración del aire, produciéndose escapes antes de hablar y situaciones de apnea durante la producción vocal.

- **Voz hipofónica y la disfonía hipocinética** – este síntoma está relacionado con la deficiente respiración, al haber poca presión subglótica la intensidad de la voz tiende a reducirse, llegando en ocasiones a anular al final de las oraciones. Esto es debido a que los pliegues vocales presentan rigidez y su elasticidad esta reducida, por lo que durante el cierre de las cuerdas vocales, este no llega a ser completo, produciendo escape de aire. Esto da como resultado una voz ronca, débil, monótona, temblorosa y soplada.

- **Alteraciones articulatorias** – se produce una disminución de la agilidad, precisión, fuerza y extensión de los órganos encargados de la articulación (labios, lengua, mandíbula, velo del paladar), dando lugar a una articulación rápida e imprecisa, llegando a ser un habla ininteligible.

- **Trastorno de la resonancia** – esta es una alteración que se da con menos frecuencia, pero podemos encontrar casos de hipernasalidad. Esto es producido por una incompetencia en la contracción y elevación del velo del paladar, produciendo escapes de aire hacia las fosas nasales.

- **Disprosodia** – se produce un habla monótona carente de patrones melódicos y con alteraciones en la acentuación. El ritmo del habla suele ser variable, desde un ritmo lento (bradilalia) a un ritmo excesivamente rápido coincidiendo con el final de la frase, intentando decir todo antes de agotar el aire.

- **Disfagia orofaríngea** - las fases alteradas son la oral y la faríngea. La rigidez muscular, la bradicinesia y temblor son los síntomas que afectan a la musculatura labial, lingual, mandibular, velar, faríngea y laríngea causando estos trastornos deglutorios. Las consecuencias de la disfagia, provocan cambios en la relación social y familiar debido a que el paciente tiende a aislarse durante las comidas y esto repercute negativamente en la eficacia de la deglución provocando signos de malnutrición y deshidratación, pero la más importante es la aparición de aspiraciones pulmonares las cuales suelen desembocar en neumonías, siendo una de estas la principal causa de muerte en los enfermos de Parkinson.

- **Disgrafía** - se produce debido al temblor en reposo y a la rigidez muscular en las articulaciones de la muñeca, aunque también influye la coordinación de movimientos y pérdida de control de la motricidad fina. Cuando empiezan a escribir su trazo es correcto, pero a medida que están terminando de escribir tienden a realizar letra micrográfica y de forma irregular.

Aunque todos estos síntomas están clasificados en tres grandes grupos, durante su exposición hemos podido ver como las diferentes alteraciones motrices, dan como resultado algunos de los síntomas de intervención logopédica. Las diferentes alteraciones en respiración, fonación, articulación y prosodia tienen como desencadenante una alteración motora que impide que esas funciones sean eficaces.

Por lo tanto, aunque en este trabajo el objetivo principal sea la importancia de la rehabilitación logopédica, nunca hay que olvidar la eficacia de un tratamiento hacia estos pacientes de forma interdisciplinar.

Según Martínez-Sánchez (2013), las consecuencias de esta relación se pueden observar en la figura I:

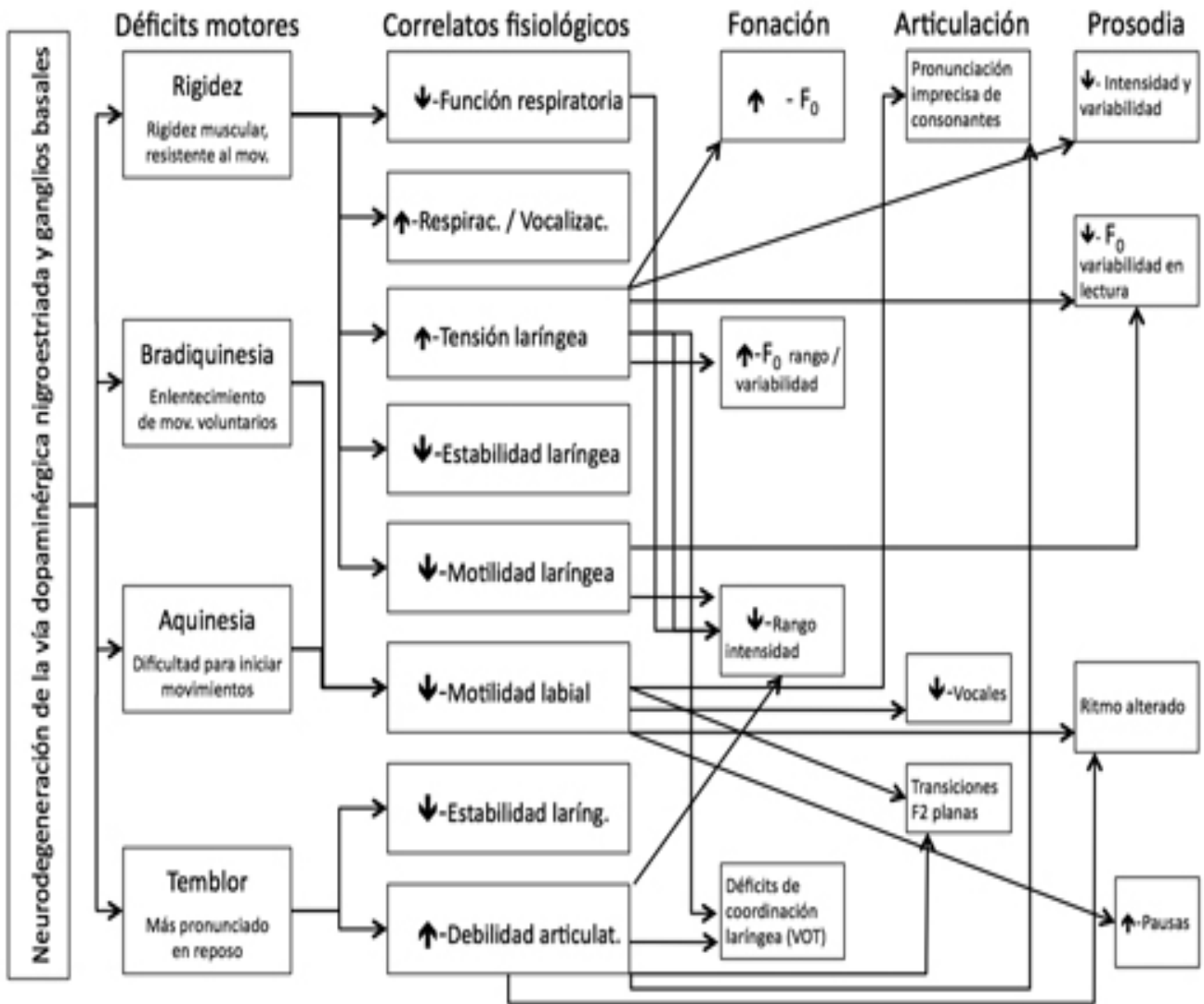


Figura 1. Influencia de los síntomas motores sobre los síntomas de intervención logopédica.

2.3. TRATAMIENTOS

Dado que esta no es una enfermedad curable, el principal objetivo de los tratamientos es reducir la progresión de la enfermedad controlando los síntomas.

Dentro de la enfermedad de Parkinson podemos encontrar diferentes tipos de tratamiento organizados de la siguiente manera:

- a) **FARMACOLÓGICOS** – dentro de este grupo encontramos diferentes medicamentos: Levodopa, Bromocriptina, Pergolida, Selegilina, Anticolinérgicos y Amantadina.

- b) **QUIRÚRGICOS** – dentro de este grupo podemos encontrar la estimulación cerebral profunda.

ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA

Aunque este tratamiento no es logopédico como tal, sus consecuencias para el paciente ayudan a la normalización de su vida diaria.

La estimulación cerebral profunda (ECP) o Deep Brain Stimulation (DBS) es un tratamiento quirúrgico que puede reducir alguno de los síntomas relacionados con la enfermedad de Parkinson.

Esta técnica consiste en la implantación de electrodos en determinadas áreas cerebrales (subtálamo o globo pálido), con el fin de que estos electrodos administren estimulación eléctrica en dichas zonas, modificando las señales que causan los síntomas motores incapacitantes. Los electrodos están conectados a un neuroestimulador colocado en el tórax (como un marcapasos cardiaco) a través de una conexión mediante cables que se conduce bajo la piel hasta la cabeza pasando por el cuello.

La estimulación eléctrica puede ajustarse en las revisiones con el neurólogo de forma no invasiva, aumentando así los beneficios de esta técnica. Este tratamiento es reversible, es decir, se puede anular en cualquier momento, pero eso haría que los síntomas volvieran a aparecer.

La ECP puede reducir significativamente los periodos off y las discinesias, mejorando así la calidad de vida del paciente y permitiendo una reducción de la medicación.

Para que un paciente con Parkinson sea candidato a este tipo de tratamiento debe cumplir unas características:

- Enfermedad de Parkinson idiopática.
- Presentar fluctuaciones motoras que no responden a la terapia farmacológica convencional.
- Intolerancia o efectos adversos de la medicación.
- Pacientes menores de 70 años.
- Pacientes sin deterioro cognitivo ni trastornos psiquiátricos activos.
- Ausencia de patología médica que contraindique o no permita la cirugía.

- c) **REHABILITADORES** – en este grupo iría incluida la rehabilitación logopédica.

REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA

• Relajación general: a parte de la rigidez muscular que estos pacientes sufren, el padecer esta enfermedad, puede ocasionarles episodios de malestar, tensión psíquica por lo

que realizar ejercicios de relajación puede venirles bien, dado que una vez automatizadas estas técnicas pueden ser llevadas a la práctica en su vida diaria. (*Anexo I*)

- Relajación local: para poder llevar a cabo una buena comunicación, todos los músculos implicados en ella, deben estar relajados, tanto los principales como los secundarios. (*Anexo II*)

- Respiración: debido a que su respiración es superficial y su capacidad vital esta disminuida, conseguir una respiración adecuada, ayuda a una correcta fonación. Es importante que el paciente consiga una respiración diafragmática, la más adecuada para una buena fonación.

Con la respiración hay dos aspectos muy relacionados, que no se realizan correctamente si no hay una buena respiración:

- Soplo: los pacientes deben aprender a controlar y administrar su aire, para poder conseguir aquello que quieren decir sin quedarse sin aire.
- Fonación: para una correcta fonación es importante tener una capacidad vital adecuada y una buena coordinación del soplo.

- Articulación: para una buena motilidad de los órganos articulatorios, es importante un buen calentamiento de estos mediante la realización de praxias (*Anexo III*) y la articulación exagerada de grupos de palabras.

- Ritmo: mediante la producción de palabras, frases de forma más o menos lenta, se consigue una normalización del ritmo.

- Prosodia: en este apartado se trabajan todos los aspectos de melodía y entonación, con ayuda de textos, poemas, etc.

- Deglución: mediante consejos tanto a los pacientes como a los familiares, se les informa sobre la postura correcta al comer, texturas adecuadas, técnicas de deglución, para hacer de este aspecto algo menos peligroso.

d) **COMPLEMENTARIOS** – se incluirían aquellos que por sí solos no tratan el Parkinson, pero pueden ayudar a completar los tratamientos anteriormente mencionados.

Muchos son los pacientes que cada día utilizan con más frecuencias terapias alternativas o complementarias para suplir los efectos que provocan la enfermedad de Parkinson. Sobre todo estas terapias son muy demandadas cuando la enfermedad aparece precozmente. Según Gonzalez (2013), hay que tener cuidado con este tipo de terapias, dado que sus beneficios no están demostrados al 100%, por eso para poder describirlas hay que conocerlas con anterioridad, por lo que este autor realiza la siguiente clasificación:

- Sustancias naturales
 - Aromaterapia: uso de esencias aromáticas para el tratamiento de diferentes dolencias, mediante su aplicación directa o mediante masajes.

Desde siempre se han usado las plantas aromáticas para eliminar o disminuir dolencias como dolores musculares, estrés o depresión. Está demostrado que los olores influyen sobre la conducta del ser humano, interviniendo tanto en el estado de ánimo como el estado físico. Por esto, son muchas las personas con Parkinson que acuden a estas terapias para tratar sus diferentes síntomas. Los aceites esenciales más recomendados en Parkinson son: jengibre, enebro común, manzanilla, romero, mejorana, menta y eucalipto entre otros.

- Fitoterapia: técnica que utiliza las propiedades curativas de las plantas.

Desde la antigüedad, las hierbas han sido utilizadas como sustitutivo o complemento de los medicamentos, ya que muchos de los principios activos de los medicamentos se encuentran en las plantas. Las plantas más recomendadas en el Parkinson son: semillas de estramonio, legumbres exóticas como la mucuna (contiene levodopa, principal medicamento en el Parkinson) y el cornezuelo.

- Masajes y técnicas físicas:
 - Reflexología: terapia alternativa o complementaria, mediante la cual se trata a los pacientes con masajes y presiones sobre las áreas reflejas que existen en la planta de los pies. Estos profesionales defienden que todo el cuerpo está representado en la planta del pie.

Aunque no están demostrados los beneficios de la reflexología en los pacientes con Parkinson, sus efectos pueden ayudar a aliviar los síntomas de estrés y dolor muscular, que aumentan los síntomas de rigidez y temblor.

- Tai – chi y Pilates: estas técnicas utilizan la respiración, estiramientos y distenciones de los músculos para controlar el esquema corporal y controlar las tensiones que se pueden formar.

Para los pacientes con Parkinson puede resultar de utilidad para combatir la rigidez muscular, mejorar su capacidad vital de respiración y relajarse.

3- OBJETIVOS

Para el presente trabajo se ha establecido un objetivo general, del cual se han derivado dos específicos:

→ OBJETIVO GENERAL

- Conocer el papel del logopeda en usuarios de una asociación de enfermos de Parkinson.

→ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la evolución de un paciente con enfermedad de Parkinson idiopático en tratamiento logopédico.
- Identificar las áreas susceptibles de rehabilitación logopédica en pacientes con Enfermedad de Parkinson, asistentes a una asociación.

→ HIPÓTESIS NULA

- La figura del logopeda no tiene relevancia en el tratamiento logopédico.

4- MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo tiene un diseño de tipo observacional y revisión bibliográfica, por lo tanto este apartado estará dividido en dos sub-apartados, los cuales se desarrollarán a continuación con mayor profundidad.

4.1. MATERIALES Y MÉTODOS DEL ESTUDIO OBSERVACIONAL

Como ya se ha comentado con anterioridad, el Practicum III se ha realizado en la asociación de Parkinson Valladolid, ubicada en la calle Aguilera s/n, en el barrio de San Pedro Regalado, Valladolid. Dentro de esta asociación encontramos alrededor de unos 80 sujetos que acuden a rehabilitación, cada uno con una frecuencia diferente, dependiendo de sus necesidades, ya que no todos tienen el mismo tipo de Parkinson (Parkinson idiopático y Parkinsonismos), ni están afectados con la misma intensidad. El rango de edad de estos sujetos está entre los 54 y 90 años de edad, siendo en su mayoría hombres.

Para poder comprender el estudio observacional que se va a exponer a continuación, hay que tener en cuenta la existencia de un perfil tipo de paciente con Enfermedad de Parkinson, el cual ya ha sido mencionando en las características de la enfermedad, ya que en base a ellas se han escogido los criterios de elección del caso observacional.

- Edad media, ni muy mayor para estar muy deteriorado, ni en etapas iniciales.
- Sexo masculino.
- Nivel socioeconómico medio.
- Manifestación de Parkinson Idiopático, caso prototípico.
- Parkinson de inicio temprano.
- Asistencia a rehabilitación logopédica dentro de la asociación anteriormente citada.

Una vez que se ha accedido a la información completa de cada uno de los pacientes de la asociación ya comentada anteriormente, se ha seleccionado aquel que se ha ajustado adecuadamente a los criterios fijados para este trabajo.

Para mayor claridad de la exposición, se presenta en este momento las características principales del paciente seleccionado.

– Paciente varón, 60 años, nacido el 10/8/1954 residente en Valladolid. Este paciente presenta un Parkinson idiopático, siendo el hemisferio afectado el lado derecho. El Parkinson se le diagnosticó hace más de 10 años, se encuentra en el estadio II de la enfermedad, y su evolución es estable.

Para conseguir la participación de este sujeto, previamente a la realización del estudio se le informó debidamente de las condiciones del mismo, a través de la firma del consentimiento informado. (*Anexo IV*)

- **DESARROLLO DE LA OBSERVACIÓN**

Para empezar a trabajar con este paciente, como con cualquier otro, se le debe realizar una evaluación de su estado para ver qué tipo de rehabilitación sería más adecuada a sus características. Esta evaluación sirve para conocer al paciente cara a cara y sólo con la entrevista se obtiene una idea de que necesidades son las que presenta. Una vez realizada la evaluación, se ve en qué estado se encuentra el paciente y con los resultados obtenidos, se ve qué tipo de rehabilitación (grupal e individual) sería la más adecuada a sus necesidades. La evaluación realizada es mediante la utilización de un protocolo de evaluación, en el que están recogidos todos los aspectos a tener en cuenta en un paciente de Parkinson en relación con la logopedia. (*Anexo V*)

Esta evaluación se repite de forma anual para ver en qué aspectos el paciente ha mejorado o empeorado, lo que hará que los objetivos se deban revisar. Aunque el protocolo usado en las revisiones posteriores es el mismo, ya no se realiza de forma exhaustiva sino que sólo se registran aquellos aspectos en los que ha habido cambios tanto positivos como negativos.

En este estudio observacional las evaluaciones han sido cedidas por la asociación anteriormente mencionada. Una vez que ya se han expuesto las necesidades de este paciente, se pasa a la planificación de su rehabilitación.

En este caso, este sujeto acude a rehabilitación cuatro días a la semana, dos días a sesiones grupales y dos días a sesiones de forma individual.

Con este paciente se trabajan diferentes aspectos, los cuales son: *(Anexo VI)*

- **Sesiones individuales**
 - Relajación general
 - Masaje orofacial
- **Sesiones grupales**
 - Relajación local
 - Respiración
 - Praxias
 - Ejercicios de voz (tonificación vocal)
 - Ejercicios de prosodia (ritmo, entonación, acentuación, volumen y articulación)
 - Actividades de tipo cognitivo

4.2. MATERIALES Y MÉTODOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A continuación se expone la revisión bibliográfica llevada a cabo para la elaboración de este trabajo, que se ha realizado de forma organizada, siguiendo unos pasos pautados por la autora del presente estudio.

La elección de las diferentes fuentes bibliográficas se ha basado en diferentes criterios, siguiendo los pasos mostrados a continuación:

- Bibliotecas
 - Universidad de Valladolid – Facultad de Medicina
 - Universidad Pontificia de Salamanca

De estas dos bibliotecas se han obtenido los dos principales manuales utilizados sobre Parkinson, tanto en el desarrollo teórico de la enfermedad como en el tratamiento de los diferentes síntomas característicos.

- Bases de datos informatizadas
 - Pubmed – es una base de datos perteneciente a la biblioteca nacional de Medicina de Estados Unidos, en la que podemos encontrar artículos de tipo científico con variedad de temas.

- Dialnet – es una base de datos de la Universidad de La Rioja, en la que poder encontrar información en variedad de publicaciones (libros, revistas, artículos...)

En estas dos bases de datos se ha buscado información, utilizando como palabras clave: Logopedia y Parkinson. Aunque no se han fijado límites temporales, se ha intentado que los artículos elegidos en estas dos bases de datos fueran lo más recientes posibles.

- Páginas web – han sido utilizadas para aumentar la información obtenida de los diferentes manuales.
- Recursos audiovisuales - mediante los cuales se ha podido comprender de forma más extensa algunos de los aspectos teóricos encontrados.

Los criterios tenidos en cuenta para la selección de las diferentes fuentes de información, han sido las siguientes:

- Su tema principal, Parkinson y logopedia.
- Actualidad, la máxima posible.
- Clara exposición del contenido.
- Asequibilidad y fácil comprensión.
- Complementariedad en sus contenidos, tanto teórico como práctico.

Otros textos que también han resultado útiles son los manuales sobre la Enfermedad de Parkinson, cedidos por la Asociación de Parkinson de Valladolid, durante el desarrollo de las prácticas citadas anteriormente.

Aunque gran parte de la información se ha obtenido de los diferentes recursos mencionados anteriormente, el trabajo en general está realizado con una elaboración personal del texto, en la que se han recogido varias informaciones y se han redactado personalmente, para dar una explicación más profunda.

5- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. ESTUDIO OBSERVACIONAL

En este apartado se exponen los resultados obtenidos una vez realizada la intervención logopédica y la importancia de ésta en el ámbito de la Enfermedad de Parkinson.

En la tabla I se recogen los resultados de las evaluaciones tanto inicial como final, detallando los aspectos susceptibles de rehabilitación logopédica.

Tabla I. Evaluación logopédica inicial y final en el caso seleccionado.

	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
POSTURA	No presenta inclinación hacia ningún lado	Presenta ligera flexión
EXPRESIÓN FACIAL	Presenta hipomimia leve	Presenta hipomimia moderada
RESPIRACIÓN Y SOPLO	Respiración torácica superior y de modalidad bucal TMF- 16 segundos	Respiración diafragmática y de modalidad nasal. TMF-20 segundos
HABLA Y VOZ	Voz hipofónica, tono grave, timbre ronco e intensidad débil	En términos generales, sigue igual pero ha aumentado su volumen
ARTICULACIÓN	Imprecisa. Buena movilización de la lengua y mandíbula, pero los labios no	Ha mejorado notablemente
PROSODIA	Acentuación muy monótona con ritmo rápido.	No se muestran cambios
DEGLUCIÓN	No presenta problemas	No presenta problemas
ESCRITURA	Buena grafía, más o menos buena linealidad	Ha empezado a presentar micrografía

Partiendo de los resultados recogidos en la tabla I podemos observar que la rehabilitación logopédica realizada en este sujeto de forma general es favorable, dado que aspectos que

antes estaban alterados, ahora los realiza de forma correcta. Aunque de forma general, ha mejorado también hay aspectos en los que no se ha producido ninguna mejora, o incluso se han alterado más de lo que estaban. Como en toda rehabilitación, los resultados que se obtienen pueden ser de forma positiva o negativa, en este caso podemos encontrar resultados de los dos tipos, como vemos a continuación:

La **respiración** de este sujeto en un principio, era de tipo torácico superior y modalidad bucal, lo que provocaba que a la hora de hablar dispusiera de poco aire, por lo que al final de su discurso intentaba agotar el aire residual y se producían estados de apnea, y llegaba a ser inaudible lo que quería decir. Una vez llevado a cabo un seguimiento del paciente a través de la rehabilitación logopédica, se ha comprobado que la respiración ha cambiado completamente, siendo actualmente diafragmática y de modalidad nasal. Con esto, el paciente consigue una capacidad vital adecuada para que su habla y la producción de su discurso sea de mayor longitud y más audible.

En cuanto a la **fonación**, está muy relacionada con la respiración, ya que el aumento de la cantidad de aire inspirado y espirado desde el abdomen (respiración profunda) permiten la realización de un soplo con mayor potencia y, por tanto, una fonación más nítida y duradera, dando así lugar a una disminución de los estados de apnea antes producidos en el paciente.

Antes de explicar aquellos aspectos en los que el usuario ha desmejorado, hay que tener en cuenta que la Enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, por lo que no se cura, sino que lo que se logra es un mantenimiento de las capacidades o un enlentecimiento de la progresión de los síntomas. Como se puede observar en la tabla I hay una desmejora en la **grafía** y en la **expresión facial**. Estos dos aspectos se presentan de forma complementaria en el usuario observado; ya que su origen es la gran rigidez muscular que no permite realizar movimientos amplios y correctos, provocando en general, dificultad en el movimiento muscular. Además, se cree necesario destacar que esta atrofia muscular se trata de forma individualizada mediante técnicas de masaje miofuncional y tapping, entre otras. Por último, la **prosodia** en este paciente no ha sufrido ningún cambio a pesar de haber sido tratada durante el período de intervención logopédica.

5.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la realización de este trabajo se han revisado diversidad de artículos y libros en los que se recogen los principales puntos a tratar dentro de la rehabilitación logopédica en Parkinson.

Se han elaborado tres tablas que recogen los principales autores y temas que se han considerado más relevantes para la realización de este trabajo, explicando los principales resultados de esos estudios.

Tabla II. Principales resultados obtenidos en los artículos de revistas científicas seleccionados.

Nº	AUTOR Y AÑO	ARTÍCULO Y AÑO	RESULTADOS
1	A. Bayés Rusiñol, y cols. 2011	Consciencia de la disfagia en la Enfermedad de Parkinson	Un alto porcentaje de enfermos de Parkinson no es consciente de sus problemas de deglución, por lo tanto de su gravedad, por lo que en logopedia es importante trabajar este ámbito, dado que las consecuencias de esta alteración pueden ser mortales
2	Martínez-Sánchez F 2013	Trastornos de la voz en la enfermedad de Parkinson	Los parámetros acústicos de la voz pueden ser utilizados como método objetivo para valorar síntomas iniciales en la enfermedad de Parkinson, empleándolos como biomarcadores tempranos para el diagnóstico de la enfermedad.
3	Luciana Noir, Fátima Valdez y Virginia Robin, estudiantes de Kinesiología y Fisiatria (Argentina) 2009	Entrenar la respiración en los enfermos de Parkinson	Después del entrenamiento los pacientes lograron sacar mejor el aire, importante para prevenir las aspiraciones. Estos resultados demuestran que el entrenamiento de los músculos respiratorios es una opción terapéutica en el Parkinson.
4	Oscar Torres Carro, M. León. y cols. 2001	Rehabilitación del lenguaje en la Enfermedad de Parkinson	La metodología empleada fue eficaz en el 100 % de los pacientes tratados. La mejoría fue del doble en aquellos pacientes con tratamiento logofoniatrico + farmacológico, que en aquellos que solo recibían tratamiento farmacológico.
5	Deane K H O, Whurr R. y cols. 2007	Terapia de lenguaje y del habla para la disartria en la enfermedad de Parkinson	En un total de 36 pacientes, se observó que el volumen de voz de los pacientes aumentó entre 7% y 18%. Después de seis meses, se había reducido el grado de mejoría, pero seguía.

Tabla III. Principales temas abordados en los artículos de revistas científicas seleccionados.

AUTOR Y AÑO	RESPIRACIÓN	HABLA Y VOZ	DEGLUCIÓN
A. Bayés Rusiñol, y cols. (2011)			X
Martínez-Sánchez F (2013)		X	
Estudiantes de Kinesiología y Fisiatria (2009)	X		
Oscar Torres Carro, M. León. y cols. (2001)		X	
Deane K H O, Whurr R. y cols. (2007)		X	

En la tabla II podemos encontrar los artículos que han resultado más relevantes para la realización del presente trabajo, debido a que en el desarrollo de éstos, se tratan aspectos muy relacionados con los objetivos que se quieren conseguir en este estudio.

En la tabla III, podemos encontrar una clasificación de los artículos anteriormente mencionados, teniendo en cuenta el tema expuesto durante su desarrollo. La elección de los artículos se ha debido al tratamiento individualizado que estos hacen sobre cada aspecto dentro de la Enfermedad de Parkinson, ya que no tratan la enfermedad de forma general, sino que tienen en cuenta cada una de las facetas de las que ésta se compone, resultando estos datos de mayor relevancia para la consecución de los objetivos finales de este trabajo.

Para la realización de este estudio no sólo se han utilizado artículos, sino que, tal y como se recoge en la tabla IV, se han seleccionado una serie de libros que se han considerado de mayor importancia para la elaboración del presente trabajo. La elección de estos libros ha sido, como ya se mencionó en el apartado de materiales y métodos de la revisión bibliográfica, debido a varios criterios, entre los cuales están, por ejemplo, que tuvieran como tema principal la Enfermedad de Parkinson y su relación con la logopedia, que el contenido estuviera claramente expuesto, y que entrelazaran de forma complementaria tanto aspectos prácticos como teóricos.

Tabla V. Características principales de los libros seleccionados en la revisión bibliográfica.

AUTOR	TÍTULO	AÑO	TIPO	
			TEÓRICO	PRÁCTICO
Ángels Bayés Rusiñol	Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros Parkinsonismos	2003		X
Jaime Kulisevsky Berta Pascual Sedano	Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson	2003	X	
Jaime Kulisevsky Eliana Roldán	Tratamientos complementarios en la enfermedad de Parkinson	2004	X	
Almudena Zurita.	Guía de la intervención logopédica en la enfermedad de Parkinson	2005	X	X

5.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS DIVERSOS ESTUDIOS

En este apartado encontramos el análisis de los resultados obtenidos, tanto del estudio observacional como de los diferentes artículos leídos para la realización de este estudio. No se incluyen en este apartado los libros empleados, ya que todos ellos parten de la intervención logopédica en Parkinson como parte fundamental de su tratamiento, por tanto, todos ellos son coincidentes con los resultados obtenidos en este estudio observacional, los cuales se exponen en el apartado de resultados del estudio observacional.

Todos los artículos en general exponen, mediante estudios con diferentes sujetos, que los aspectos observados, con el paso del tiempo y a través de la rehabilitación logopédica, mejoran de forma significativa, teniendo en cuenta siempre su comparación con otros sujetos que sufren Parkinson pero que no han recibido intervención logopédica. De esta forma se evitan sesgos en las conclusiones sobre la mejoría de estos pacientes.

Como ya se ha comentado anteriormente, tanto los artículos como el estudio observacional tienen muchos puntos en común, pero cada artículo tiene sus características específicas dado que como se ha mencionado anteriormente, no abarcan la intervención logopédica en general, sino que se centran en aspectos específicos, y estas características son comentadas a continuación:

- A. Bayés Rusiñol, y cols. (2011), este artículo expone la importancia de la disfagia en estos pacientes, ya que sus complicaciones pueden ser mortales. Es cierto, que en el caso del estudio observacional del presente estudio no presenta alteraciones en la deglución, pero es un aspecto que una persona con enfermedad de Parkinson siempre tiene que tener presente, dada la importancia de sus consecuencias.

- Estudiantes de Kinesiología y Fisiatría (2009), las semejanzas en los resultados de este artículo son ampliamente cuantificables dado que se observan resultados muy favorables y parecidos a los obtenidos en el estudio observacional.

- Martínez-Sánchez F. (2013), el principal resultado aquí expuesto es que los parámetros de la voz alterados, pueden servir como método para el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson, por lo tanto, demuestra que en estos pacientes hay alteraciones a nivel de la voz, las cuales deben ser tratadas mediante rehabilitación logopédica.

- Oscar Torres Carro, M. León, y cols. (2001), en este artículo no sólo se habla de rehabilitación logopédica, si no de su complementariedad con el tratamiento farmacológico, dado que se ha observado hasta el doble de mejoría en pacientes con tratamientos mixtos (logopédico y farmacológico) que en pacientes donde sólo reciben tratamiento farmacológico. Es cierto que en el estudio observacional, no se menciona el tratamiento farmacológico seguido por el sujeto, pero debido a que si que tiene este tipo de tratamiento, los resultados de ambos estudios serían similares.

- Deane K H O, Whurr R. y cols (2007), en este artículo lo que más llama la atención son los resultados relacionados con el aumento del volumen de la voz después de la rehabilitación logopédica, por lo que en relación con los resultados obtenidos en el estudio observacional, son muy similares.

Una vez analizados los resultados de todos los estudios expuestos anteriormente ya sea de forma general como específica, se puede observar que en su gran mayoría coinciden entre sí y con los resultados obtenidos en el caso observacional, por lo que se puede rebatir la hipótesis nula que se había propuesto anteriormente, incluida dentro del apartado de objetivos, dado que todos los resultados son positivos, y posicionan la figura del logopeda como imprescindible dada su posible intervención en todos los aspectos anteriormente mencionados dentro de la rehabilitación de los pacientes con Enfermedad de Parkinson.

6- CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el estudio observacional de un caso real y la revisión bibliográfica se establecen las siguientes conclusiones:

1. Se ha podido demostrar, a partir de la bibliografía revisada y del propio estudio observacional de este trabajo, que la rehabilitación logopédica es muy necesaria en pacientes con enfermedad de Parkinson, ya que permite que la calidad de vida de estos usuarios mejore al fortalecer las herramientas comunicativas humanas que todos poseemos y que nos permiten estar en contacto con la realidad de nuestro entorno.
2. Viendo los resultados obtenidos en el caso observacional, se ha visto una mejoría en las áreas de la respiración y fonación, en un sujeto con enfermedad de Parkinson, tras intervención logopédica.
3. La intervención logopédica puede evitar el posible aislamiento social, aumentar el estado de ánimo, mejorando así la sociabilidad de los pacientes con enfermedad de Parkinson.
4. Una vez analizados todos los resultados, se puede decir que la figura del logopeda es esencial en una asociación de usuarios con enfermedad de Parkinson.

7- BIBLIOGRAFIA

- M. P. y cols (1999). *Logopedia en la parálisis cerebral*. Barcelona: Masson.
- A. B. y cols. (2011). Consciencia de la disfagia en la enfermedad de Parkinson .
- Deane K H O, W. R. (2007). terapia de lenguaje y del habla para la disartria en la enfermedad de Parkinson. *La biblioteca Cochrane plus* .
- Gerschovich, J. K. (2003). *Tratamientos complementarios de la enfermedad de Parkinson*. Barcelona: Ars Médica.
- Maldonado, R. G. (2013). *Tratamientos heterodoxos en la enfermedad de Parkinson*.
- Martinez-Sanchez, F. (2013). Trastornos de la voz en la enfermedad de Parkinson. *revista de neurología*.
- Meller, N. (s.f.). *Guía de intervención logopédica en la disartria*. Madrid: Síntesis.
- Oscar Torres, M. L. (2001). rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. *revista mexicana de neurociencia* , 241-244.
- Pascual, J. K. (2003). *trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson*. Barcelona: Ars Médica.
- Peña, J. (s.f.). *Manual de Logopedia* . Elsevier Masson.
- Rusiñol, A. B. (2003). *Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos*. Barcelona: Ars Médica.
- Zurita, A. (2005). *Guía de Intervención Logopédica en la Enfermedad de Parkinson*. Madrid: Síntesis S.A.

- WEBGRAFIA

<http://www.logofon.es/patologias.html>

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/4705/ba050261.pdf>

<http://www.parkinsonmadrid.org/>

<http://mejorconsalud.com/remedios-naturales-para-el-mal-de-parkinson/>

<http://salud.uncomo.com/articulo/como-tratar-la-enfermedad-de-parkinson-5079.html>

<http://portal.unidoscontraelparkinson.com/foro/General/357-aparte-de-los-tratamientos-m%C3%A9dicos,-tratamientos-alternativos.html>

<http://www.aepalen.cyl.com/>

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13152580&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=309&ty=115&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=309v02n02a13152580pdf001.pdf

<http://www.psicodiagnosis.es/>

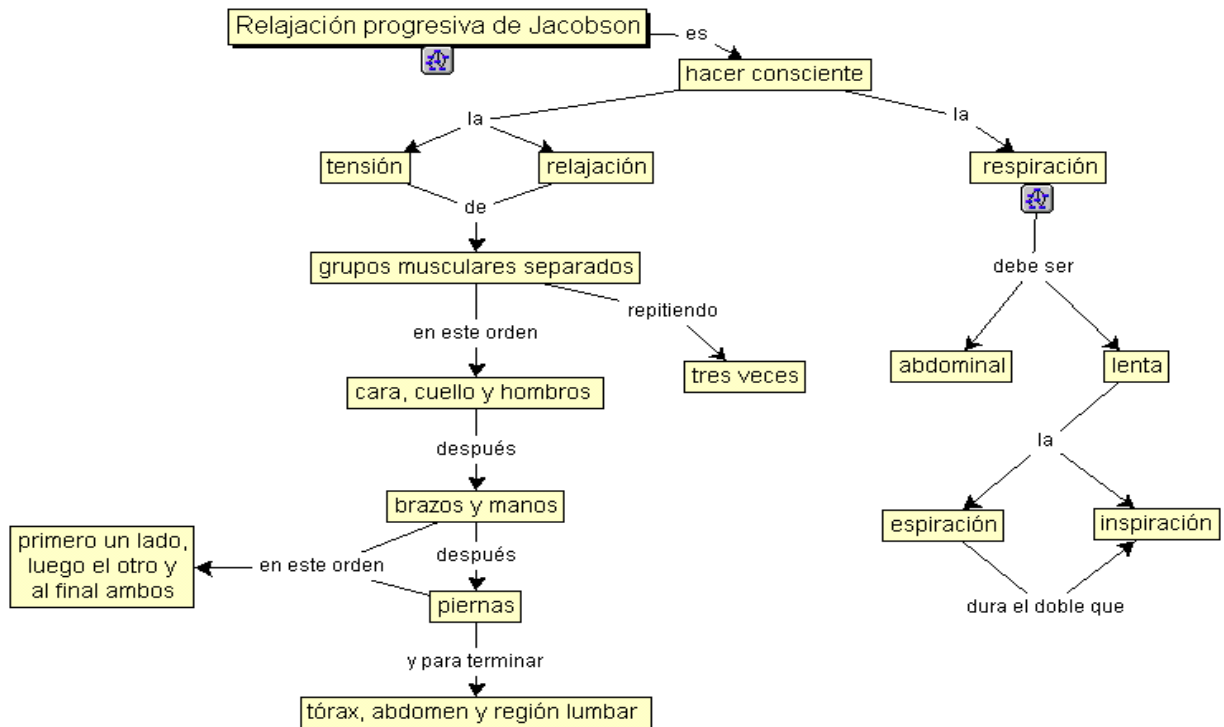
<http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/15038.pdf>

ANEXOS

Anexo I

Técnicas de relajación.

➤ RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON



Es una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939.

Este método consiste en una relajación progresiva y diferencial, a través del control consciente del tono muscular y de la distensión segmentaria que se va llevando a cabo con la relajación. Es decir, el terapeuta va dirigiendo la relajación y se le van marcando al paciente órdenes de tensión de grupos musculares manteniendo un tiempo esa tensión y después distender, relajar; y por último, *comparar*, la sensación de esos grupos musculares que se han puesto en tensión con otros grupos musculares del cuerpo sobre los que no se ha actuado.

Va progresivamente haciendo un recorrido por todo el cuerpo. Primero se le hace tomar conciencia de su posición inicial y el paciente va poco a poco tomando conciencia de la sensación de alivio que provoca la tensión y el bienestar después de la contracción de esos grupos musculares.

El paciente debe de seguir la voz del terapeuta, hablar de forma tranquila, calmada... y se le da la orden de inspirar profundamente y al tiempo de esa inspiración se le dice que empiece a contraer los diferentes grupos musculares que se le van diciendo y luego que los vaya relajando. Debe aguantar la tensión después de inspirar, se mantiene unos segundos, y

después tiene que relajar esos grupos musculares, y es cuando aprovecha el paciente para expulsar el aire. En ese momento de relajación se le pide al paciente que compare.

El orden de grupos a tensar es: 1º grupo: cara, cuello y hombros, 2º grupo: brazos y piernas. 3º: región de abdomen, tórax y región lumbar; aunque este orden se puede modificar.

Por ejemplo:

Partiendo de la posición de tumbado se le dice al paciente que tenga las piernas estiradas, que se coloque cómodamente, con los brazos y manos estirados a ambos lados del cuerpo, que cierre los ojos, que se concentre en su respiración y se empieza:

- Concéntrate en tu mano derecha y la vez que inspiras contráela, aguantamos unos segundos y ahora espira y relaja la mano. Ahora debes comparar cómo esta tu mano derecha con la izquierda.
- Y así con todos los grupos musculares mencionados antes.

Cada grupo muscular se debería repetir 3 veces. No olvidar la respiración.

Al final se termina haciendo una contracción de todo el cuerpo. Aguantar esa tensión y después relaja.

El **objetivo**, es que el paciente aprenda interiorice la relajación, y sea capaz de llevarla a cualquier momento de su vida.

Esta relajación también se puede hacer en posición de sentado y de pie.

- **Posición de sentado:** una vez conseguida la relajación de todo su cuerpo de la forma habitual. Mantener la cabeza recta sobre el cuerpo. Que coloque su cuerpo en la silla (bien alineado), con los pies apoyados en el suelo, las manos en sus muslos relajadas, y se va haciendo un recorrido muscular igual.
- **Posición de pie:** igual que lo anterior. Que mantenga su cabeza bien erguida, recta, que tense y luego relaje. El recorrido muscular es el mismo, ir marcándole que coja aire, que tense, relaje y espire. Una vez conseguida la relajación de todo su cuerpo de la forma habitual. Mantener la cabeza recta sobre los hombros. Tensar todo el cuerpo, apretar las manos a ambos lados del cuerpo. Meter el estómago hacia dentro y tensar los muslos, nalgas, rodillas... Después comenzar a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. Notar la diferencia entre tensión y relajación.

Para este tipo de relajación hay algún tipo de contraindicaciones

- Enfermedades físicas, que le impidan estar relajado. Entonces habrá que buscar otros métodos de relajación.
- Heridas recientes, que contraindiquen esos movimientos de contracción.
- Contracturas dolorosas.
- Operaciones recientes.
- Ataques epilépticos.
- Mareos. No puede tumbarse.

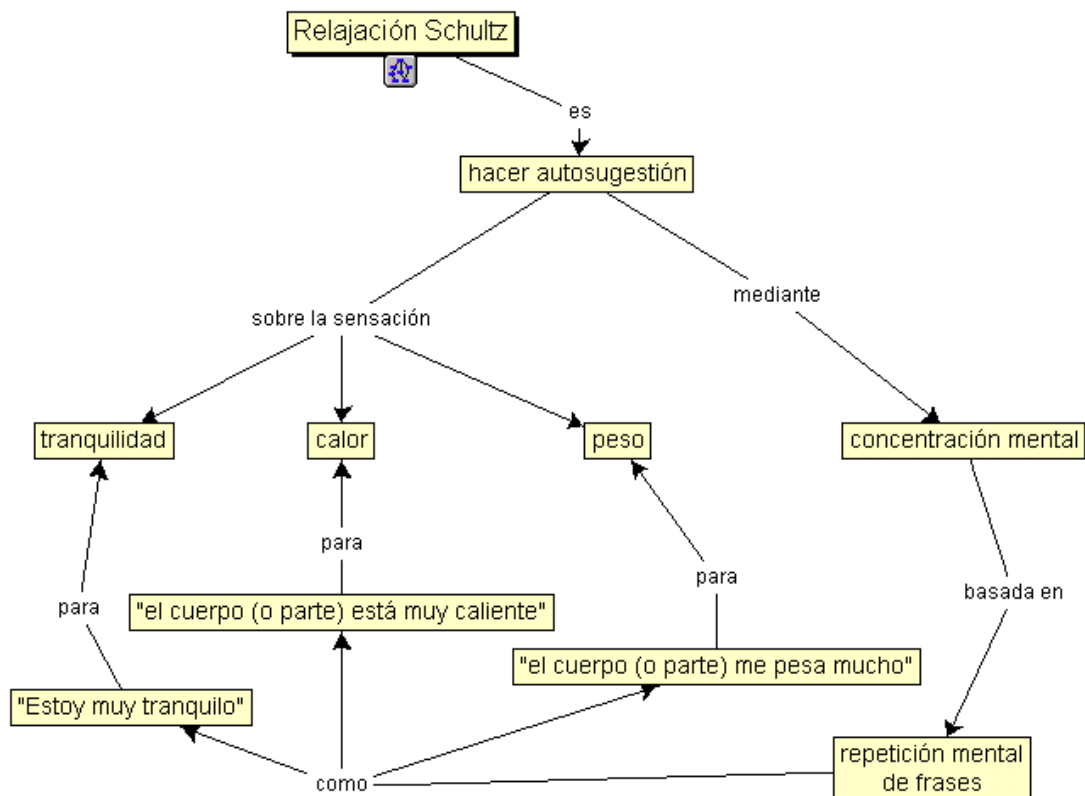
- Educación religiosa muy estricta. (música no, masajes no, tumbarse tampoco)

Normas básicas

- En la relajación es esencial la concentración por lo tanto se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a.
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo, sin ruidos muy escandalosos.
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos..
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales
- El ambiente de la habitación ha de ser adecuado, con poca luz y, si es posible, se pueden aprovechar los efectos relajantes que tienen ciertos aromas.

La aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige.

➤ RELAJACIÓN DE SCHULTZ



Esta técnica es algo más antigua que la técnica de Jacobson. En este método utilizan la heterosugestión o autosugestión, es decir, se parte de la posición de cúbito supino con ojos cerrados, y se va haciendo una relajación donde el terapeuta marca unas sugerencias, es decir, unas sensaciones que va a empezar a tener el paciente, y de esas sensaciones se va haciendo

de forma segmentaria y se acaba realizando a todo el cuerpo. Por ejemplo, una sugestión: “tu brazo derecho está muy pesado...” y llega un momento que el paciente nota pesadez en su brazo derecho.

Es una técnica de relajación que en varios aspectos se parece a la hipnosis, pero en este caso el paciente debe estar totalmente consciente.

Al final notan sensación de relajación. Se hace en varios ciclos. Hay alguna sugestión que puede acabar en hipnosis, por ello es necesario un especialista.

Ciclos:

- Fase preparatoria: el paciente se tumba, se relaja, respira y se le va diciendo: “estoy totalmente calmado y relajado, mi cuerpo no está tenso, está relajado... desconecta de tu entorno...” de esta forma el paciente se va colocando en posición adecuada. Se le deja un tiempo tranquilo, en silencio, con la música muy suave.
- Ciclo elemental: las sugestiones que se le van a dar son varias:
 - La primera es la sensación de pesadez, y se le dice: “piensa en tu brazo derecho, que está muy pesado, cada vez más pesado...”. Y luego se pasa al lado izquierdo. Se le puede dar la sensación de cabeza pesada. Se va haciendo todo el recorrido hasta que lleguemos a la sensación de que todo su cuerpo está pesado.
 - Sensación de calor: “Mi brazo derecho está caliente, más caliente que el izquierdo”.
 - Latidos cardíacos, sensación de aceleramiento, de oír cómo late su corazón.
 - Respiración.
 - Sensación de frío, frescor en la frente. (una forma de salir de la situación de relajación)
 - Sensación de calor epigástrico. (por la zona del esternón)
- Ciclo superior: cuando el terapeuta lo emplea bien, la sugestión puede llegar a la hipnosis. Se requiere de un buen especialista.

Anexo II

Posición correcta y movimientos de cuello

➤ POSICIÓN CORRECTA E INCORRECTA DE LA POSICIÓN DE SENTADA

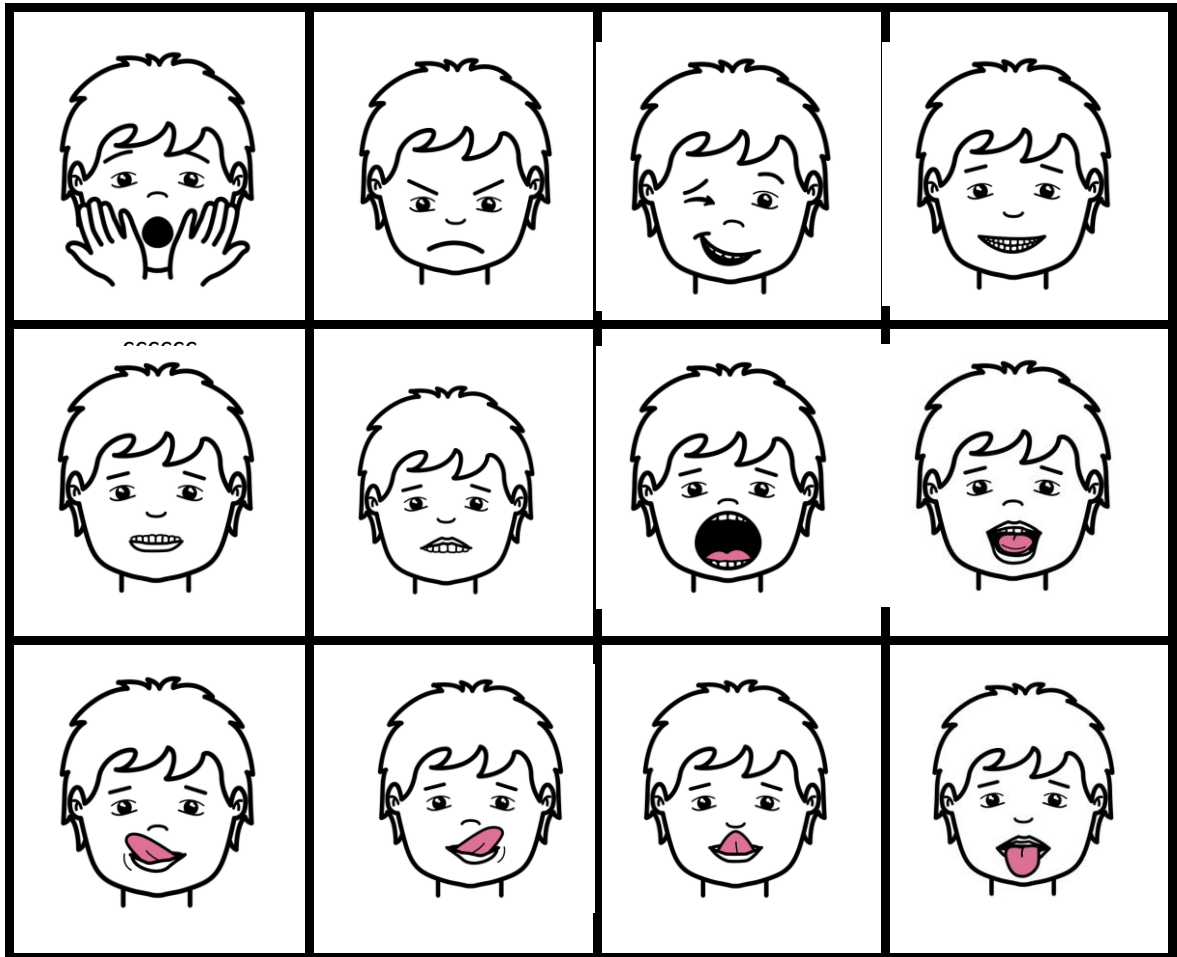


➤ MOVIMIENTOS PARA EL CALENTAMIENTO DE CUELLO



Anexo III

Praxias



Anexo IV

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Estudio: *****

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

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 paciente

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado de la Titulación de Logopedia. Universidad de Valladolid.

Realizado por ***** (en negrita). Estudiante de Logopedia.

Tutora: ***** (en negrita). Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina.

Anexo V

Protocolo de evaluación

DATOS PERSONALES:

Nombre-

Apellidos-

Domicilio-

Localidad-

Estado civil-

Teléfono-

OTROS DATOS DE INTERÉS

ASPECTOS SOBRE LA ENFERMEDAD:

Diagnóstico-

Años con la enfermedad-

Estadio en el que se encuentra-

Hemicuerpo afectado-

Evolución-

Acude o ha acudido a logopedia-

Medicación Parkinson-

Otras enfermedades y otros tipos de medicación-

POSTURA

Inclinación-

Corrige su postura

- Por iniciativa propia
- Necesita que se lo digan

Necesita ayuda para sentarse- SI NO

RESPIRACIÓN Y SOPLO

Tipo y modo de respiración-

TMF-

Resistencia de habla sostenida-

Posición de su boca en reposo

HABLA Y VOZ

Tipo de voz-

Volumen de su voz-

Tono

Timbre

Intensidad

PROSODIA

Tipo de acentuación-

Ritmo de habla-

Lento

Rápido

Capaz de emitir entonación-

- Por sí solo- SI NO
- Por imitación- SI NO

ARTICULACIÓN

Tipo de habla-

Tipo de articulación-

Precisa

Imprecisa

Movilización articuladores-

- | | LABIOS | | LENGUA | | MANDÍBULA | |
|-------------|--------|----|--------|----|-----------|----|
| ▪ Ritmo | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ▪ Precisión | SI | NO | SI | NO | SI | NO |

Coordinación fonorrespiratoria-

- Lectura
- Habla espontánea

EXPRESIÓN FACIAL

Realización de diferentes praxias-

- Precisión de movimientos SI NO
- Con ritmo SI NO

ASPECTOS COGNITIVOS

ESCRITURA

El paciente debe escribir su nombre, apellidos y los números de 1 al 10.

FIJACIÓN

Te voy a leer una lista de 9 palabras, presta atención: peseta, balón, camión, flor, vaso, jarabe, muñeco, pantalón, mantel. Ahora dime las palabras que te he dicho.

Te voy a decir unos números y debes decírmelos del derecho y del revés.

254-

45940-

7459-

4509851-

CÁLCULO

Si tenemos 30 €, y vamos quitando de 3 en 3€, cuánto dinero nos va quedando?

CONCENTRACIÓN

Debes deletrear la palabra MUNDO al revés.

MEMORIA

Te acuerdas de la lista de palabras que te dije hace un rato, ¿me puedes decir de cuáles te acuerdas?

ORGANIZACIÓN ESPACIAL

Dibuja un cuadrado dentro de otro cuadrado o un reloj o una espiral o una casa.

EXPRESIÓN DE DEFINICIONES

Definición de diferentes palabras.

FLUIDEZ VERBAL

Dime todas las hortalizas que puedas durante un minuto de tiempo.

SEMEJANZAS

BARCELONA-MADRID

BICICLETA-AVIONETA

AMOR-ODIO

TRANSCURSO DEL TIEMPO

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

- ¿Qué hora es?
- ¿cuánto tiempo ha durado la entrevista?

PERCEPCIÓN REAL

- ¿Qué hora es?
- ¿cuánto tiempo ha durado la entrevista

Anexo VI

**Actividades realizadas durante la
rehabilitación del estudio observacional**

RELAJACIÓN

La relajación es la primera parte de estas sesiones individuales. Con la relajación obtenemos reducir tanto la tensión corporal como la tensión mental del paciente. En este caso se realiza para conseguir desconstrucción muscular y control de la respiración. El objetivo general de trabajar la relajación es que luego la puedan llevar a su vida diaria, cuando se encuentren con alguna situación que les provoque estrés.

El proceso de relajación se realiza con el paciente tumbado de cúbito supino, se pone una grabación donde se explican los pasos a seguir para conseguir la relajación, y cuando está terminado se le pregunta al paciente como se encuentra y si ha conseguido relajarse. Esta relajación entre los 15-20 minutos.

Con este paciente se trabaja un tipo de relajación:

- Relajación de JACOBSON - El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de tres pasos. Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y por último se compara la sensación de relajación de los músculos que se han contraído con aquellos que todavía no han trabajado.

Este paciente presenta mioclonias de cabeza y cuello, pero durante el tiempo de relajación se consiguen que esas mioclonias se eliminen, por lo que vemos que este paciente logra un estado de relajación.

MASAJE OROFACIAL

El masaje se realiza trabajando por separado las diferentes zonas de la cara, algunos músculos se trabajan de forma individual y otros de forma conjunta. Durante el masaje el paciente esta tumbado de cúbito supino, y se realiza el masaje desde atrás.

Antes de comenzar el masaje se realiza un primer contacto, en el cual se extiende crema por la cara del paciente de forma suave y tranquila para que éste se acostumbre y no se extrañe a la hora de comenzar el masaje, es decir, que no sea de forma brusca.

Pasos del masaje

- Primer paso - se trabaja el frontal. Con los dedos pulgares en medio de la frente, se separan llevando cada dedo hacia un lado. Se termina de trabajar el frontal colocando los dedos por encima de las cejas, hacia el nacimiento del pelo.
- Segundo paso - se trabajan los orbiculares superiores de los ojos. Con los dedos pulgares, juntos en el entrecejo, recorro el orbicular hacia las sienas
- Tercer paso - se trabajan los orbiculares inferiores de los ojos. Con los dedos índice y corazón, desde el interior de los ojos se recorre el músculo, recorriendo el ojo, ascendiendo hacia las sienas.
- Cuarto paso - se trabajan los pómulos. Con los dedos índice y corazón, desde la parte alta de la nariz, desciende recorriendo la nariz hacia abajo y al llegar a la altura de los pómulos se llevan los dedos hacia los lados de forma horizontal.

- Quinto paso- trabajar el orbicular superior de los labios. Con los dedos índice y corazón, desde el centro del orbicular se van moviendo hacia los lados recorriendo el músculo en toda su extensión.
- Sexto paso- trabajar los músculos bajo el labio inferior. Con los dedos índice y corazón, desde el centro del orbicular hacia los lados recorriendo los músculos en toda su extensión.
- Séptimo paso – trabajar las mejillas. Es una zona donde se insertan muchos músculos por lo tanto se trabaja con todos los dedos, haciendo movimientos circulares hacia dentro y hacia fuera.
- Octavo paso – trabajar el músculo del mentón. Con el dedo pulgar o con la palma de la mano, se trabaja este músculo con movimientos circulares.

Todos estos movimientos se realizan ejerciendo una presión suficiente para eliminar la rigidez de los músculos de la cara. Aunque en la explicación del masaje, se dice que utilizan determinados dedos, cada persona tiene que buscar su forma de realizar el masaje y con qué parte de la mano puede hacer más presión. Aunque son estos los pasos que se deben seguir, hay que tener en cuenta la anatomía de cada paciente, y ver en que músculos de la cara presenta más rigidez, por lo que se hará más hincapié en esos músculos y no tanto en otros. En este paciente se hacía más hincapié en los músculos de la frente, orbiculares superior e inferior de los ojos. Con este masaje se consigue también se consigue una reanimación de la circulación sanguínea ya que después de realizar el masaje se ve un color rojizo en su cara. Con este masaje también se trabaja la normalización de la respiración haciéndose más profunda y pausada.

ACTIVIDADES ASPECTOS LOGOPÉDICOS

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO Y RELAJACIÓN DEL CUELLO

Estos ejercicios se van a realizar siempre al comienzo de la sesión global. Primero se le pide al paciente que se coloque en una posición correcta, es decir, la cadera bien apoyada en el respaldo de la silla generando una postura correcta de la espalda, piernas descruzadas y pies apoyados totalmente en el suelo.

Primero se les pide que lleven los hombros hacia atrás con movimientos circulares (5 giros) y luego los mismo pero hacia delante (5 giros). Esto ayudará a que el paciente comience la sesión con esa zona relajada.

Después se pasa al calentamiento de cuello, con el cual estimularemos todas las zonas colindantes a la laringe. El calentamiento consta de 3 ejercicios de movilidad:

- Empezando en una posición inicial, es decir, con la cabeza mirando hacia adelante, se le pide al paciente que gire la cabeza hacia la derecha, manteniendo esta posición unos segundos, se vuelve a la posición inicial, y luego giramos la cabeza hacia la izquierda.
- Partiendo de la posición inicial, se pide al paciente que flexione el cuello hacia atrás, dirigiendo la cabeza hacia arriba, manteniendo esta posición unos segundos, se vuelve a la posición inicial, y luego flexionamos el cuello hacia delante dirigiendo la barbilla hacia el pecho.
- Partiendo de la posición inicial, se pide al paciente que flexione el cuello lateralmente hacia la derecha, es decir, como si quisiera tocar el hombro con la oreja, mantener esta

posición unos segundos, se vuelve a la posición inicial y luego se flexiona el cuello lateralmente hacia la izquierda.

Se le pide al paciente que movilice su cuello lo máximo posible, sin que llegue a producirse dolor, porque así conseguiremos un mejor calentamiento. Estos movimientos se deben hacer de forma lenta y dependiendo de la afectación de los pacientes se harán más o menos repeticiones evitando la fatiga.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Los ejercicios de respiración son variados. Estos ejercicios son:

- Se le pide al paciente que inspire aire por la nariz, en determinados tiempos, se mantiene el aire dentro, los mismos segundos en los que se ha inspirado, y luego debe espirar por la boca. Los tiempos de inspiración se van incrementando poco a poco, yendo de menos a más.
- Se le pide al paciente que inspire aire por la nariz, y espire produciendo una /s/ continuada, imitando el sonido de una serpiente.
- Se le pide al paciente con los brazos estirados delante en posición media, inspirar a la vez que se llevan los brazos dirección al techo, manteniendo unos segundos esta posición y el aire inspirado, luego el paciente espira, bajando los brazos, volviendo a la posición inicial.
- Se le pide al paciente con los brazos estirados en cruz en posición media, inspirar a la vez que se llevan los brazos dirección al techo, manteniendo unos segundos esta posición y el aire inspirado, luego el paciente espira, bajando los brazos, volviendo a la posición inicial. Con estos ejercicios trabajas más de un objetivo: aumento de los tiempos inspiratorios, una correcta respiración y movilidad de los brazos.

Antes de comenzar estos ejercicios se le recuerda al paciente que se coloque en la posición correcta, y que la respiración que debe realizar es inspirar por la nariz y espirar por la boca, siendo ésta una respiración diafragmática, como si el abdomen fuera un globo y éste se hinchara.

PRAXIAS

Después de trabajar el cuello y la respiración, es necesario realizar ejercicios de movilidad orofacial, ya que estos ejercicios sirven de calentamiento de los músculos que luego van a trabajar en los ejercicios de voz. Estos ejercicios son:

- Elevar las cejas, manteniéndolas un poco arriba y luego bajarlas, manteniéndolas.
- Guiñar un ojo y el otro con movimientos alternos.

Con estos ejercicios trabajamos de forma activa los movimientos de expresión de la cara, algo que en estos pacientes debido a la rigidez muscular que presentan no realizan estos movimientos, por lo que se dice que tienen inexpresividad facial.

- Morder el labio de arriba con los dientes de abajo y el labio de abajo con los dientes de arriba. Cuando se hagan estos movimientos se deberán de ver los dientes para ver que los movimientos sean amplios.

- Fruncir labios y estirar labios. Se ponen los labios en forma de /u/ (fruncir) y en forma de /i/ (estirar)
- Sacar lengua y meter lengua. Con la boca abierta lo máximo posible, se saca la lengua lo más que se pueda y se vuelve a meter, cerrando la boca. La lengua se deberá sacar sin rozar los labios.
- Sacar lengua y llevarla de lado a lado. Con la boca abierta se saca la lengua lo máximo posible, y se lleva hacia las comisuras de los labios. La lengua se deberá mover de lado a lado sin rozar los labios.
- Sacar lengua y llevarla de arriba hacia abajo. Con la boca bien abierta se mueve la lengua de arriba hacia abajo.
- Con la boca cerrada, llevar la lengua de un carrillo a otro. Cada vez que se lleve la lengua de un lado a otro se deberá marcar bien en cada carrillo.
- Con la boca cerrada, inflar los dos carrillos a la vez manteniendo esta forma durante varios segundos.
- Con la boca cerrada, inflar los carrillos y llevar el aire de un carrillo a otro, el aire se lleva de un carrillo a otro de forma alterna.
- Hacer chasquidos con la lengua contra el paladar. Pegando el ápice de la lengua al paladar y dejándola caer rápidamente se produce este movimiento. (sonido parecido al de un caballo)
- Con la boca abierta llevar la mandíbula de un lado a otro, con movimientos alternos.
- Doblar la lengua hacia dentro y hacia afuera.
- Limpiar los dientes de arriba y abajo con la lengua. Con la boca cerrada, recorrer los dientes de un lado a otro como si se estuvieran limpiando.
- Limpiar el paladar de atrás hacia delante. Llevar la lengua desde el paladar blanco hacia los alveolos de los dientes. Con estos pacientes se realiza de esta forma, por el hecho de si hay algún residuo de comida llevarlo hacia delante, porque si se realizara al revés los restos de comida irían hacia atrás pudiéndose producir atragantamientos.

Estos ejercicios deben hacerse lentamente, marcando mucho cada repetición, porque con esto se consigue una agilidad bucofacial, que va a ayudar a la hora de realizar los ejercicios de voz. A la hora de hacer estos ejercicios se le marcan diferentes ritmos, lo que hace que también trabajen coordinación de movimientos con ritmos.

EJERCICIOS DE VOZ

EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN VOCAL

- Palabras con e-i. La logopeda va diciendo una lista de palabras por parejas y los pacientes deben repetirlas según las haya producido la logopeda. En un primer momento se dirán varias palabras con la cabeza girada hacia la derecha, luego otras palabras hacia la izquierda y finalmente con la cabeza mirando hacia delante. La particularidad que tienen estas palabras es que las únicas vocales que contienen son e-i, con estas vocales se producen un cierre completo de las cuerdas vocales.
- Gak-Grak-Glak. Partiendo de la posición de sentado correctamente, se le pide al paciente que coloque sus brazos en la línea media del cuerpo juntado la palma de una mano con la otra, mirando cada mano hacia una dirección (una hacia delante y otra hacia el cuerpo). Se le pide al paciente que coja aire, y a la vez que aprieta las palmas de las manos diga GAK-GAK-GAK, cada golpe de voz se tiene que corresponder con una

compresión de las manos. Esto se realizará con todas las vocales (GEK-GIK-GOK-GUK). También se puede producir con GRAK y GLAK, también combinando todas las vocales. Este ejercicio también se puede realizar, con diferentes variantes, de forma que a la vez que se realiza el golpe de voz se empuja la mesa contra la pared, o se tira de la silla hacia arriba como si se quisiera levantar, o en la posición de pie, a la vez que se habla se doblan las rodillas.

- Palabras con /p/-/t/-/ch/-/k/. La logopeda va diciendo listas de palabras con estas letras, y ellos deberán repetirlas primero con la cabeza girada hacia la izquierda y luego hacia la derecha.

Estos ejercicios son muy importantes para estos pacientes, ya que de forma natural sus cuerdas están en posición de reposo, es decir, abiertas y lo que conseguimos con estos ejercicios es coger fuerza en las cuerdas y que se produzca su cierre.

EJERCICIOS DE PROSODIA

❖ *RITMO*

- Frases por sílabas - se da a los pacientes una lista de varias frases, y en orden van diciendo cada uno, una frase. Estas frases se deben decir separando las sílabas que forman las palabras de las frases.

Una característica de los pacientes con Parkinson es que aceleran su habla, por lo tanto, con este ejercicio conseguimos que marquen un ritmo de habla más lento que les permite coger aire y consigan controlar esa aceleración y que no se queden sin aire.

❖ *ENTONACIÓN*

- Preguntas y exclamaciones – al paciente se le da una lista con preguntas o exclamaciones y deben de ir leyendo uno por uno las frases exclamativas o interrogativas, dándoles la entonación característica. Hay varias variantes de esta actividad:
 - ✓ La logopeda puede decir las frases con su entonación adecuada y que los pacientes repitan.
 - ✓ En relación con las preguntas, se les va diciendo uno por uno, diferentes respuestas y ellos deben realizar la pregunta correspondiente su adecuada entonación. Así además de trabajar la entonación se trabajan aspectos cognitivos.
- Números de la lotería – cada paciente debe decir un número con la entonación característica del día de la lotería de navidad.

La voz de los Parkinson tiende a ser monótona, y lineal por lo tanto con estos ejercicios se trabaja que al final de su producción vocal terminen con un cambio de tono más alto.

❖ *ACENTUACIÓN*

- Palabras con sílaba tónica - se les da a los pacientes una lista con varias palabras en las cuales está remarcada en negrita o en mayúscula la sílaba tónica, y los pacientes deberán ir leyéndolas remarcando con un golpe de voz más fuerte esa sílaba.

Con esto también se trabaja la modulación de la voz de los pacientes con Parkinson.

❖ *VOLUMEN*

- Frases aumentando el volumen de algunas palabras - se les da a los pacientes una lista con varias frases en las cuales están remarcadas varias palabras y los pacientes deben ir leyéndolas aumentando el volumen de las palabras remarcadas.

❖ *ARTICULACIÓN*

- Articulación de vocales – la logopeda va diciendo parejas, tríos, cuartetos de vocales articuladas exageradamente, y los pacientes deben repetirlas haciendo una exageración de la articulación de las vocales.
- Articulación de palabras- se les da a los pacientes una lista con varias palabras y deben ir leyéndolas haciendo una articulación lo más exagerada posible sin distorsionar la palabra.

Debido a la rigidez de los músculos de la cara, la articulación suele ser defectuosa, y con estos ejercicios se trabaja la movilidad de los músculos que intervienen en la articulación. También se trabaja memoria ya que según van aumentando los grupos de vocales a repetir tienen que repetirlas en el mismo orden.

ACTIVIDADES ASPECTOS COGNITIVOS

- Orientación espacial: se les presenta a los pacientes un plano durante unos minutos (depende de deterioro cognitivo 1 o 2 minutos) luego se les quita y tienen que dibujar lo que han memorizado. Otra actividad es, mediante la presentación de un cuadro cuadriculado se le dan las coordenadas de determinados cuadritos donde tienen que escribir lo que el enunciado dice.
- Agrupación de palabras según los campos semánticos – o se les da una lista de palabras y deben agruparlas o se les da el nombre de un campo semántico y ellos deben poner ejemplos.
- Escribir palabras que empiecen por una determinada letra – 30 palabras que empiecen por PE.
- Actividades de cálculo – cálculo mental, operaciones encadenadas, problemas matemáticos.
- Problemas de lógica.
- Orientación temporal – dibujar las agujas en un reloj en blanco las horas que se le han dicho.
- Construcción de frases con determinadas palabras.
- Expresión escrita – con una noticia que hayan oído recientemente, deben escribir un título y un resumen de esa noticia.
- Frases hechas-significado: se les dan varios refranes y debe unirlos con su significado.
- Formación de palabras: se les da una lista de palabras y añadiendo una letra al final, al principio o en medio de la palabra deben escribir una nueva.
- Unir los dos dibujos que están relacionados.
- Sopas y de letras, cruzadas, el juego de las 7 diferencias.
- Completar frases y definiciones.
- Lectura de una historia y contestar a unas preguntas.

- Juego del caduca: se le dan varias letras y tiene que escribir varias palabras que empiecen por esa letra.