

INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Alumna: María José Florentino Morales

Tutores: Elena Naveiras Rodríguez
Elena Leal Hernández

2016-2017



RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer constituye la primera causa de demencias en la tercera edad, este envejecimiento patológico de la población y sus consecuencias en el ámbito del lenguaje y de la comunicación, reflejan la necesidad de una intervención logopédica. Por lo que, tras la selección y evaluación de un grupo de pacientes con Alzheimer de una residencia para mayores, se ha llevado a cabo un programa de intervención que se encarga de la estimulación del lenguaje con el fin de retrasar el incremento del deterioro que se produce en estas enfermedades neurodegenerativas, habiendo obtenido unas ligeras mejorías tras la evaluación final.

Palabras clave: *Enfermedad de Alzheimer, envejecimiento, intervención, lenguaje, evaluación.*

ABSTRACT

Alzheimer's disease constitutes the first reason of demencias in the third age, this pathological aging of the population and his consequences in the area of the language and of the communication, reflect the need for a speech therapy intervention. Therefore, after the selection and evaluation of a group of patients with Alzheimer of an old people's home , there has been carried out a program of intervention that one entrusts of the stimulation of the language in order to delay the increase of the deterioration that takes place in these neurodegenerative diseases, having obtained a few light improvements after the final evaluation.

Key words: *Alzheimer disease, aging, intervention, language, evaluation.*

1. INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad actual, la proporción de personas mayores en relación a la población general va en aumento, considerándose que en los próximos años se incrementará de forma significativa la población de personas de más de 65 años, especialmente en los países desarrollados. Este envejecimiento de la población plantea una serie de necesidades a nivel de salud, psicológico y social. A la vez, se incrementará la incidencia de la dependencia, especialmente la derivada de patologías como las demencias y la enfermedad de Alzheimer, con las consiguientes repercusiones familiares y sociales. En este sentido, cabe tener presente la importancia de la detección e intervención temprana del deterioro cognitivo y del lenguaje, con la finalidad de optimizar el proceso de envejecimiento y facilitar que las personas afectadas puedan iniciar lo antes posible un tratamiento que favorezca su calidad de vida (Puyuelo, & Bruna, 2006).

1.1 Cambios cognitivos en el envejecimiento

En cuanto al declive neuropsicológico, existen estudios transversales que muestran que el rendimiento cognitivo de los sujetos de 70-80 años es claramente inferior a los de 20-30, pero las interpretaciones pueden ser muy variadas, pues al factor edad se añade el factor de actividades a las que el sujeto ha estado expuesto a lo largo de su vida. (Junqué & Jurado, 2009).

Tal y como afirma Stern (2007), uno de los enigmas actuales es por qué algunos sujetos llegan a edades avanzadas con total preservación de las funciones cognitivas, lo que se conoce como “reserva cerebral”, es decir, la capacidad que permite no llegar a la expresión clínica de trastorno y sugiere que el cerebro intenta activamente adaptarse al daño cerebral usando estrategias de procesamiento cognitivo previas o aplicando estrategias compensatorias. Esta reserva se da en personas sanas en forma de diferencias entre el uso más o menos eficiente de las redes cerebrales o la generación de estrategias alternativas.

Según diversas investigaciones se ha concluido que existen funciones que van declinando de forma progresiva durante toda la vida adulta, otras se mantiene hasta etapas muy tardías y finalmente existen otras que no sólo no se deterioran, sino que incluso mejoran con el paso del tiempo (Junqué & Jurado, 2009).

1.2 Diagnóstico diferencial del envejecimiento patológico y cambios neuropsicológicos

Para Cuetos, Rodríguez-Ferreiro y Menéndez (2009), es muy complicado para los profesionales dar un diagnóstico diferencial entre deterioro cognitivo, demencia y enfermedad de Alzheimer (EA), por ello deben contar con pruebas lo suficientemente precisas para determinar qué tipo de patología presenta cada paciente. Entre las pruebas más usuales para realizar un correcto diagnóstico se encuentra el Minimal Test (Folstein et al. 1975) y el Test de Boston (Goodglass, 2005) entre otros, este último evalúa todas las áreas del lenguaje y será utilizado en este trabajo.

Por lo tanto, es preciso hacer una diferenciación entre demencia y deterioro, según en su manual de neuropsicología, la pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas es un proceso normal asociado a la edad, no obstante, puede estar indicando una evolución hacia la demencia, este paso previo a la demencia es lo que conoce como deterioro cognitivo leve. Cuando dicho deterioro avanza, aparece la demencia y podemos definirla como el declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de funcionamiento del paciente determinado por la historia de deterioro y por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante test neuropsicológicos (Junqué y Jurado, 2009).

Este declive del intelecto y conducta crónico y habitualmente progresivo causa una restricción gradual de las actividades cotidianas y no está relacionado con los cambios en la alerta, movilidad o capacidades sensitivas, sino que afecta a diversos aspectos, como la memoria, el lenguaje, la atención, orientación espacial o pensamiento y produce alteraciones en el juicio, en la autoconciencia o en las competencias sociales. (Mesulam, 2000).

Apoyándonos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es preciso establecer un diagnóstico diferencial entre el estado confuso agudo o delirio y la demencia. En el delirium debido a múltiples etiologías, debe existir una alteración de la conciencia, con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, cambios en las funciones cognoscitivas, como el deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo, esta alteración debe presentarse en un breve periodo de tiempo y tiende a variar a lo largo del día y además, debe existir

una demostración, ya sea, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio de que, el delirium presenta más de una etiología. Sin embargo, en la demencia, los síntomas se mantienen estables y el curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo (DSM-IV, 1994).

Los criterios para el diagnóstico de la demencia han evolucionado, según el mismo manual, la alteración de la memoria es un requisito fundamental, al que se le puede añadir una o más alteraciones cognoscitivas, como puede ser, afasia, agnosia, apraxia y/o alteraciones de las funciones ejecutivas. La alteración de estos déficits debe ser lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales y no aparecer exclusivamente en el curso de un delirium. (DSM-IV, 1994). En cambio si nos basamos en los criterios de consenso del National Institute on Aging and Alzheimer's Disease, se diagnostica demencia cuando hay síntomas cognitivos o conductuales que interfieren en la capacidad funcional en el trabajo o actividades habituales, que representan un declive respecto a niveles previos de funcionalidad y rendimiento y que no se explican por presencia de delirio o trastorno psiquiátrico mayor. Además, el deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado por una combinación de la historia clínica con datos del paciente y de un informador fiable y de una evaluación cognitiva objetiva, bien por un examen breve del estado mental o bien por una evaluación neuropsicológica, que se realizará cuando los pasos anteriores no aporten un diagnóstico fiable. Con lo cual, actualmente la memoria no constituye un requisito exclusivo para el diagnóstico de demencia (McKhann et al. 2011).

Por otro lado, el deterioro cognitivo o conductual debe incluir dos de los siguientes dominios: deterioro de la capacidad para adquirir y recordar nueva información, como repetir preguntas o conversaciones, pérdida de objetos personales, olvido de eventos o desorientación espacial en rutas familiares, deterioro en el razonamiento y resolución de tareas complejas, empobrecimiento de la capacidad de juicio, con una pobre comprensión de riesgos personales, incapacidad para el manejo de las finanzas, dificultad para la toma de decisiones e incapacidad para planificar actividades complejas o secuenciales, deterioro en las habilidades visoespaciales, como prosopagnosia o apraxias, deterioro en las funciones lingüísticas, caracterizado por anomia marcada, errores en el habla y escritura y cambios en la personalidad, conducta o comportamiento, como agitación, apatía, retraimiento social, pérdida de interés en aficiones previas, conductas obsesivas o compulsivas y comportamiento social

inadecuado. (McKhann et al. 2011).

También es necesaria una diferenciación entre la EA y la demencia frontotemporal, que se caracteriza por un deterioro progresivo y gradual del comportamiento, el lenguaje o ambos y tiene un inicio más temprano, entre los 55 y 60 años. La principal diferencia entre esta demencia y la demencia tipo Alzheimer, es el hecho de que los pacientes con demencia frontotemporal retienen características importantes de la memoria, pueden realizar un seguimiento de los acontecimientos cotidianos y muestran una orientación temporoespacial bastante buena, a diferencia de lo observado en los pacientes con EA (Webb & Adler, 2010).

Otros trastornos que deben ser conocidos por el logopeda que también comparten similitudes con la EA son los agrupados bajo el nombre de afasia progresiva primaria (APP), término introducido por Mesulam (1992) pero descrito en 1892 por el Dr. Arnold Pick de una alteración progresiva del lenguaje asociada a atrofia frontotemporal izquierda. Actualmente se define como un síndrome de alteración del lenguaje del hemisferio dominante, con preservación de otras funciones mentales y también de la capacidad para realizar sus actividades cotidianas durante un periodo de dos años. La anomia también es un síntoma inicial, aunque además se observan alteraciones en la comprensión auditiva, tartamudeo, deterioro de la memoria verbal y dificultades en la lectura y ortografía. Tras un estudio, se identificaron tres variantes clínicas: afasia progresiva no fluida (APNF), caracterizada por apraxia del habla, agramaticalidad y déficits en el procesamiento de las sintaxis compleja, demencia semántica (DS), caracterizada por habla fluida, déficits de la memoria semántica y alteraciones comportamentales y de la personalidad y afasia progresiva logopénica (APL). Los pacientes con estas patologías presentan un habla lenta con alteración de la comprensión sintáctica y de la denominación (Gorno-Tempini et al. 2004).

1.3 Enfermedad de Alzheimer

Existen diferentes clasificaciones de las demencias, pero nos centraremos en la etiopatogénica, que clasifica las demencias en primarias o degenerativas, secundarias y combinadas y especialmente en las primarias corticales, que incluye la Enfermedad de Alzheimer (Cummings & Benson, 1992).

Basándonos en los criterios del DSM-V (2013), la prevalencia de esta enfermedad

varía en función de la edad y del subtipo etiológico, aumentando de forma importante a partir de los 60 años. Las estimaciones realizadas sugieren que aproximadamente el 7% de las personas con EA tienen edades comprendidas entre los 65 y 74 años, el 53% entre los 75 y los 84% y el 40% de 85 años o más. Como vemos el mayor factor de riesgo es la edad. En cuanto al género, se asocia una mayor predisposición en el género femenino, atribuible a la mayor esperanza de vida de las mujeres. Otros factores de riesgo son los traumatismos craneoencefálicos, enfermedades vasculares o mutaciones genéticas. (DSM-V, 2013).

Según Montoro, Montes & Arnedo (2012) la enfermedad degenerativa de Alzheimer constituye la primera causa de demencia y fue descrita por el psiquiatra y neuropatólogo Alois Alzheimer en 1907 tras el seguimiento clínico de una paciente de 51 años que presentaba un cuadro clínico caracterizado por pérdidas de memoria, dificultades en el habla, desorientación y alteraciones conductuales definida como un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro produciendo atrofia y pérdida de volumen cerebral, especialmente en la corteza (Weiner & Lipton, 2010). Sus déficits se manifiestan en los siguientes procesos mentales: memoria, atención, funciones ejecutivas, cambios emocionales y de personalidad, lenguaje, capacidades práxicas y visoespaciales y anosognosia (Alberca & Lopez-Pousa, 2012).

Aproximadamente el 1% de las personas mayores de 65 años recibe este diagnóstico y alcanza el 50% de las personas mayores de 85 años. Respecto al sexo, algunos autores refieren una mayor proporción de mujeres afectadas, hecho que podría deberse a la mayor esperanza de vida del sexo femenino. También se ha asociado bajos niveles educativos y ocupacional como factores de riesgo, aunque las últimas interpretaciones serían la de la mayor reserva cognitiva de las personas con niveles altos, que compensarían los cambios neuropatológicos y retrasarían la presentación clínica del trastorno (DSM-V, 2013).

El intervalo entre el diagnóstico y la muerte es de aproximadamente ocho años (Lezak et al. 2004).

Para establecer el diagnóstico de la EA, es necesario que se cumplan los criterios establecidos por NIA-AA, 2011 para cualquier demencia, citados anteriormente, pero además debe cumplir los criterios específicos de la EA, como el inicio insidioso, una historia bien definida de empeoramiento cognitivo y déficits cognitivos que se producen

en una de estas categorías, como la presentación amnésica, es decir, alteraciones en el aprendizaje y recuerdo de nueva información aprendida y presentaciones no amnésicas, en el lenguaje, visoespaciales y/o ejecutivas (McKhann et al. 2011).

1.4 Cambios neuroanatómicos, neurofisiológicos y cognitivos en la EA

Concretamente, la demencia tipo Alzheimer, está asociada a varios marcadores neuropatológicos, de los cuales destacan las placas predominantemente amiloides y los ovillos neurofibrilares predominantemente de proteína tau. El diagnóstico se basa en estos cambios de densidad y distribución, teniendo en cuenta que los cambios se produzcan primero, en el sistema límbico y luego en el neocórtex. Además de la muerte neuronal y la sinapsis (Junqué & Jurado, 2009).

Se origina en el lóbulo temporal medial, lo que implica un inicio con una grave alteración de la memoria declarativa. En estadios más avanzados existen unos cambios clínicos y una exploración neuropsicológica que sugieren una afectación límbica y de ambas encrucijadas tóporo-parietales, por lo que se harían visibles la pérdida de lenguaje, dificultades de comprensión compleja y anomia, o lo que comúnmente se conoce como el fenómeno “punta de la lengua”, afectación de la lectura, escritura y cálculo, apraxia ideomotriz y alteraciones en el razonamiento verbal abstracto. En cuanto a la afectación de la encrucijada tóporo-parietal derecha, se observa desorientación espacial, dificultad para vestirse e incapacidad para dibujar (Junqué & Jurado, 2009).

El examen de lenguaje llevado a cabo mediante test de exploración de las afasias, nos indica características de la afasia nominal o de la afasia sensorial transcortical. Conforme evoluciona la enfermedad, se observan frecuentes perífrasis y parafasias semánticas, hasta derivar en una afasia global con incapacidad de emitir y comprender el lenguaje. Sin embargo, la repetición tiende, en general, a estar conservada a excepción de los pares de palabras y frases. El bajo rendimiento en frases estaría condicionado por el componente de memoria implicado en las frases más largas (Gil, 1988).

El lenguaje escrito aparece más alterado que el oral y se observa disortografía, omisiones, sustituciones, perseveraciones, etc. En la lectura también aparecen dificultades de comprensión y con el avance del deterioro, omisiones, sustituciones y

errores espaciales. Por otro lado, los números pierden su valor simbólico y se hace presente la anosognosia o ignorancia del déficit (Junqué & Jurado, 2009).

La enfermedad de Alzheimer cursa también con cambios en la personalidad, los pacientes están más ansiosos, deprimidos y vulnerables, por lo que establecen relaciones emocionalmente exageradas, muy positivas o muy negativas (Junqué & Jurado, 2009).

La demencia se puede clasificar en tres fases según la evolución clínica (Cummings & Benson, 1992).

En la primera fase o fase leve, está alterada la memoria relativa al aprendizaje nuevo y también se observa una alteración leve de la memoria remota. En el lenguaje se detectan problemas en la recuperación de las palabras o anomia y algunas dificultades para comprender el humor, las analogías y las implicaciones complejas. El paciente puede estar despistado y no inicia una conversación cuando es apropiado. También puede mostrar indiferencia, ansiedad e irritabilidad (Webb & Adler, 2010).

En la segunda fase o fase moderada, está afectada de manera más intensa la memoria relativa a los acontecimientos recientes y remotos y el lenguaje muestra una disminución del vocabulario. Se observan perseveraciones de palabras o frases, olvida cosas, tiene dificultades para pensar en las palabras, pierde sensibilidad frente a los patrones de conversación y no suele corregir los errores. La comprensión está disminuida y el lenguaje puede estar fundamentado en jerga y parafasias. El paciente muestra una indiferencia, irritabilidad e inquietud cada vez mayores (Webb & Adler, 2010).

Y por último, la tercera fase o fase tardía encontramos la memoria gravemente alterada, así como todas las funciones intelectuales. El paciente no suele utilizar el lenguaje de manera significativa y algunos pacientes presentan mutismo y ecolalia. Está comprometida la función motora, con rigidez de los miembros que se mantienen en flexión (Webb & Adler, 2010).

1.5 Alzheimer y logopedia

Dada la existencia de problemas en el lenguaje y en la comunicación de las personas con EA, es fundamental una intervención logopédica.

En un primer momento, el logopeda suele participar en la identificación de las

alteraciones del lenguaje. El objetivo de la evaluación del logopeda puede ser el intento de establecer un diagnóstico diferencial entre una afasia, apraxia o una amnesia verdadera sin afectación del lenguaje. Esta intervención logopédica está destinada a desarrollar una comunicación funcional en el paciente y a facilitar métodos a familiares y cuidadores para mejorar la comunicación. Por ello, se debe trabajar conjuntamente con el paciente y su familia (Webb & Adler, 2010).

Según Juncos (1998) la intervención en la comunicación y el lenguaje debe estar integrada en programas donde se aborden el mantenimiento físico, la estimulación cognitiva y el desarrollo personal y social, para hacer posible que se mejore la comunicación y el lenguaje a partir de cualquier actividad, cognitiva, social o personal. Además debe permitir la adaptabilidad según los intereses, las características y las potencialidades de cada usuario (Tárraga, Boada, Morera, Doménech & Llorente, 1999).

La estimulación cognitiva está dentro de las intervenciones no farmacológicas e incluye actividades que promueven, estimulan y mantienen los procesos cognitivos de atención, percepción, memoria y lenguaje, para retrasar en lo posible el deterioro (Calero, Navarro, Arrendó, Berben y Robles, 2000).

Por lo tanto, el objetivo fundamental de la intervención es conseguir un aumento de la calidad de vida de esta población, mediante una mejora en el funcionamiento cognitivo, emocional, en el rendimiento funcional y en el mantenimiento de la independencia, retrasando todo lo posible el deterioro funcional compensando con las funciones ya afectadas y manteniendo las que se perderán (Montoro et al. 2012).

Tal y como defiende la logopeda Gómez (2014) basándose en su experiencia profesional en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de La Palma, es muy importante que los familiares de las personas con Alzheimer y otras demencias conozcan el papel que desarrolla el logopeda para facilitar, mejorar o establecer en muchos casos la comunicación entre ellos y el paciente, pues muchos familiares no conocen la profesión o su relación con la enfermedad. Además, se recomienda que la estimulación cognitiva debe comenzar lo antes posible en aquellas personas con enfermedades neurodegenerativas, e incluso en aquellas que no tengan patología alguna, de forma preventiva. Por último, también se recomienda mantenerlo durante el tiempo necesario (Peña-Cassanova, 1998).

1.4 Justificación de la intervención

El programa de intervención tendrá lugar en una residencia para mayores, la cual pertenece a un grupo que dispone de 30 centros gerontológicos a nivel nacional, de los cuales 4 se encuentran en la Comunidad Autónoma de Canarias y están destinados a la atención de las personas mayores, dependientes y discapacitadas, caracterizado por su calidad y alta especialización.

Esta residencia se encuentra en Santa Cruz de Tenerife y pone a disposición de las personas mayores y sus familias una amplia gama de servicios para satisfacer las necesidades de cada usuario.

Entre esos servicios se encuentra el de fisioterapia, terapia ocupacional, peluquería, podología, psicología, servicio médico y de enfermería y unidad para demencias y enfermos de Alzheimer, entre otros.

Este trabajo se ha centrado en la evaluación de 8 pacientes de la unidad de demencias y Alzheimer mediante el Test de Boston (TDB), (Goodglass, 2005) de los cuales se han seleccionado 4 en base a unas características comunes: edad, tipo de demencia, fase y nivel cultural.

Estos pacientes han sido previamente evaluados con la escala GDS (Escala de deterioro global) de Reisberg (1982) la cual establece siete grados de afectación de la enfermedad que van desde el no deterioro cognitivo hasta deterioro cognitivo muy severo.

Tras la evaluación de los usuarios con el TDB, se observaron dificultades en la comunicación debido a los problemas en habla y lenguaje como consecuencia de los cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos que se producen en el cerebro durante el curso de esta enfermedad neurodegenerativa. Las principales necesidades encontradas fueron los problemas en fluidez, lenguaje pobre e incoherente en ocasiones, anomia, desorientación espacio-temporal y fallos en la comprensión de órdenes, a su vez al coexistir con el deterioro de otros procesos cognitivos como memoria y atención, serán trabajados de forma conjunta. Por ello y dado que no han recibido tratamiento logopédico con anterioridad, se hace evidente la aplicación de un programa de

intervención logopédica basado en estimulación cognitiva, flexible y modificable según las necesidades de cada usuario y con el objetivo de estimular el lenguaje, con el fin de enlentecer en lo posible el deterioro producido por la enfermedad.

A continuación, se presentan los objetivos específicos de este programa:

1. Establecer un lenguaje funcional centrándonos en sus principales necesidades.
2. Mejorar la fluidez verbal mediante una correcta articulación y realización de praxias bucofonatorias.
3. Reducir la anomia a través de estrategias que faciliten el acceso al nombre proporcionando información conceptual y claves fonéticas.
4. Optimizar el déficit de memoria con ejercicios que impliquen la estimulación de la memoria a corto y largo plazo
5. Evaluar la efectividad del programa a través de un post test y de una encuesta para los profesionales del centro.

2. MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

Los criterios de inclusión seguidos para la selección de los participantes, fueron una edad comprendida entre los 70 y los 90 años, una demencia tipo Alzheimer, fase moderada y un nivel cultural medio - bajo.

Tabla 1

Características de los participantes

PARTICIPANTES	P.	G.	C.	D.
DIAGNOSTICO	Demencia tipo Alzheimer	Demencia tipo Alzheimer	Demencia tipo Alzheimer	Demencia tipo Alzheimer
ESTADIO	Escala GDS 5	Escala GDS 5	Escala GDS 5	Escala GDS 5
EDAD	75	87	77	88
COMORBIDAD	-	Hipoacusia y déficit visual	ACV	-

FORMACIÓN	Estudios básicos	Estudios básicos	Estudios básicos	Estudios básicos
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

2.2 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Se ha empleado el Test de Boston para evaluar las capacidades comunicativas de los sujetos. Éste es un instrumento habitual en el ámbito de la logopedia, que se emplea para evaluar una posible afasia y los trastornos relacionados con ella, además es una de las pruebas más utilizadas para evaluar la denominación en pacientes con enfermedad de Alzheimer, permitiendo obtener un perfil general del lenguaje de los pacientes en sus diversas áreas.

Dado el bajo rendimiento de estos pacientes, se empleará el formato abreviado de la prueba.

El TDB evalúa tanto el habla de conversación, como la comprensión auditiva y la expresión oral y tiene como objetivos: diagnosticar la presencia y tipo de afasia, evaluar el rendimiento y evaluar globalmente las dificultades y posibilidades del paciente en todas las áreas del lenguaje como guía para el tratamiento. En cuanto a las puntuaciones, se debe tener en cuenta el número de aciertos con respecto a la puntuación máxima posible de cada subtest.

El resto de materiales utilizados para el desarrollo de las actividades han sido elaborados específicamente para la intervención y adaptados a las necesidades de cada usuario, que se podrán ver en los anexos.

2.3 PROCEDIMIENTO

A continuación, se explicará el procedimiento mediante una gráfica:

Tabla 2

Fases del procedimiento llevado a cabo



2.3.1 PRIMERA FASE: ANÁLISIS DE NECESIDADES

El primer paso fue la puesta en contacto con el centro para solicitar la realización del programa en el mismo. Una vez aprobada la solicitud, concertamos una cita con la directora de la residencia, la cual nos comentó el funcionamiento general y las condiciones del centro y posteriormente con la psicóloga y neuropsicóloga, que nos elaboraron un grupo de posibles candidatos de pacientes diagnosticados de Alzheimer. Una vez elaborado el grupo, se realizó la evaluación con el TDB de los 8 pacientes de forma individual, y según las características ya mencionadas, seleccionamos a 4 para el programa de intervención. Finalmente concertamos con las psicólogas el horario más adecuado para realizar la intervención.

2.3.2 SEGUNDA FASE: INTERVENCIÓN

El programa que se llevará a cabo está basado en la estimulación cognitiva y consta de 10 sesiones de 30 minutos de duración para evitar la fatiga y aprovechar el máximo rendimiento del paciente, si éste se encontrara cansado, el tiempo podría disminuir. Se realizarán de forma individual, aunque es posible realizar alguna de las sesiones finales de forma grupal.

La mayoría de las actividades serán las mismas para los cuatro pacientes, pues a

pesar de que cada uno tiene unas características determinadas, ninguno ha recibido tratamiento logopédico con anterioridad y parten prácticamente de las mismas necesidades comunicativas, no obstante se harán algunas adaptaciones en función de sus limitaciones. La complejidad de las actividades irá en aumento en cada sesión y se intentará forjar un clima positivo y relajado para la realización de las mismas.

Las pautas generales y específicas junto a los objetivos específicos de cada actividad serán explicadas en la intervención. (Ver anexo 1)

2.3.3 TERCERA FASE: EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación de la intervención se empleará la misma prueba que utilizamos para detectar las necesidades de los participantes, el Test de Boston (Goodglass, 2005).

Una vez hecho el post-test, llevaremos a cabo una comparación de los resultados, para comprobar si se han obtenido beneficios, en caso contrario, se deberá revisar, corregir y mejorar el programa para que finalmente resulte efectivo.

Además, para comprobar los resultados cualitativos, se elaborará una encuesta Tipo Liker, que deberá ser rellenada por el personal del centro que se ocupe del cuidado de estos usuarios (Ver anexo 13).

3. RESULTADOS

Tabla 3

Resultados usuario a

SUBTEST	PRE	POST
Tipo de frase	Buena	Buena
Discriminación de palabras	59,4%	75%
Comprensión de órdenes	70%	80%
Material ideativo complejo	66,6%	66,6%
Secuencias automatizadas	100%	100%
Repetición de palabras	100%	100%
Repetición de oraciones	100%	100%
Respuesta de denominación	80%	100%
Denominación por categorías	100%	100%

OBSERVACIONES	Volumen bajo, problemas articulatorios, períodos de latencia largos, anomia, circunloquios, parafasias y desmotivación.	Mejora articulación, disminuye anomia, periodos de latencia más breve, aumento de la motivación y del volumen.
---------------	---	--

Tabla 4

Resultados usuario b

SUBTEST	PRE	POST
Tipo de frase	Media	Media
Discriminación de palabras	53,1%	56,2%
Comprensión de órdenes	40%	40%
Material ideativo complejo	66,6%	66,6%
Secuencias automatizadas	100%	100%
Repetición de palabras	100%	100%
Repetición de oraciones	100%	100%
Respuesta de denominación	70%	80%
Denominación por categorías	41%	58%
OBSERVACIONES	Problemas articulatorios, periodos de latencia largos, anomia, circunloquios y parafasias.	Mejorarías aumentando considerablemente el tamaño de las imágenes del test. Mejora articulación, disminuye anomia, periodos de latencia más breves.

Tabla 5

Resultados usuario c

SUBTEST	PRE	POST
Tipo de frase	Media	Media
Discriminación de palabras	87,5%	93,75
Comprensión de órdenes	60%	70%
Material ideativo complejo	83,3%	83,3%
Secuencias automatizadas	100%	100%
Repetición de palabras	100%	100%
Repetición de oraciones	100%	100%
Respuesta de denominación	100%	100%
Denominación por categorías	91,6%	100%
OBSERVACIONES	Problemas articulatorios, omisiones gramaticales, periodos de latencia largos, anomia, circunloquios, lenguaje incoherente en ocasiones y parafasias	Mejora articulación, disminuye anomia, periodos de latencia más breves

Tabla 6

Resultados usuario d

SUBTEST	PRE	POST
Tipo de frase	Buena	Buena
Discriminación de palabras	62,5	75%
Comprensión de órdenes	80%	80%
Material ideativo complejo	66,6%	83,3%
Secuencias automatizadas	100%	100%
Repetición de palabras	100%	100%
Repetición de oraciones	100%	100%
Respuesta de denominación	100%	100%
Denominación por categorías	100%	100%
OBSERVACIONES	Periodos de latencia largos, anomia, circunloquios, perseveración en frases.	Disminuye anomia, periodos de latencia más breves.

Tabla 7

Media de los resultados de cada subtest tras el post-test

	PRE	POST	Mejoría
Discriminación de palabras	66%	75%	9%
Comprensión de órdenes	62,5%	67,5%	5%
Material ideativo complejo	71%	75%	4%
Secuencias automatizadas	100%	100%	0%
Repetición de palabras	100%	100%	0%
Repetición de oraciones	100%	100%	0%
Respuesta de denominación	87,5%	95%	7,5%
Denominación por categorías	83,15%	89,5%	6,35%

Como podemos observar, existen leves mejorías en todos los subtests, excepto en secuencias automatizadas, repetición de palabras y repetición de oraciones, que se encuentran conservadas desde el pre-test. Sin embargo, donde menos resultados se obtuvieron fue en material ideativo complejo.

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos tras la intervención, confirman los datos expuestos anteriormente sobre las principales características del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer, como es la anomia, circunloquios, omisiones, periodos largos de latencia, dificultades en comprensión de órdenes y estructuras gramaticales complejas, etc.

Sin embargo, tal y como expone Gil, (1988) la repetición en los pacientes con Alzheimer se encuentra preservada tanto en palabras como en frases, en el presente estudio lo corroboramos, ya que se mantuvo dentro de la normalidad durante toda la intervención y en el post-test en cada uno de los participantes. Por el contrario, las mejorías en material ideativo complejo son apenas perceptibles, por lo que se debería añadir en el programa de intervención más actividades de comprensión y de resolución de problemas.

Debido a la temporalización y al número de participantes, las conclusiones que se pueden extraer son muy limitadas, sin embargo, se observa que los resultados pueden seguir la dirección esperada, apreciándose una leve mejoría en la mayoría de los subtests, en la articulación, en el aumento de la motivación y una mínima disminución de los periodos de latencia, lo cual se podrá corroborar mediante la encuesta que será administrada a los profesionales del centro. Además, se mantienen aquellos subtests en los que el rendimiento era máximo durante el pre-test.

Es preciso mencionar el caso del usuario b, en el que podemos observar como las puntuaciones en respuesta de denominación y en denominación por categorías se alejan de la media, esto puede ser debido a sus déficits visuales y auditivos. Por lo que se ampliaron los estímulos visuales y se facilitó la audición mediante aumento del volumen y la cercanía entre paciente-logopeda durante la intervención.

No obstante, se recomienda ampliar el programa de intervención añadiendo más actividades que estimulen la atención, percepción, memoria y lenguaje, apoyándonos en la idea de Calero, Navarro, Arrendó, Berben y Robles, (2000) y mantenerlo de forma indefinida tal y como expone Peña-Cassanova, (1998), además basándonos en la experiencia profesional de Gómez, (2014) se debemos generalizarlo tanto a enfermos de EA como a ancianos con deterioro cognitivo normal o leve de forma preventiva.

Como dijo Tárraga, Boada, Morera, Doménech & Llorente, (1999) se debe realizar una intervención multidisciplinar que aborden el campo social, cognitivo y conductual para obtener resultados positivos y realizar actividades más complejas con la correspondiente adaptación, atendiendo a sus dificultades, potencialidades y necesidades.

Por otro lado, cabe destacar que el diseño de esta intervención se ha realizado en un contexto cerrado y estructurado, por lo que se elaboró una encuesta, tal y como mencionamos antes, en la que se puedan recoger datos más objetivos y comprobar si existen realmente dichas mejoras y son generalizables a la vida cotidiana dentro del centro.

Para concluir, los profesionales sanitarios en su conjunto deberán encargarse de retrasar tal deterioro, nosotros como logopedas nos centraremos en el campo del lenguaje y la comunicación, donde abarcaremos otras áreas cognitivas como la memoria y la atención de forma transversal, con el fin de enlentecer dentro de lo posible el deterioro cognitivo y mantener abierta, hasta el final, la puerta de la comunicación.

5. REFERENCIAS

Alberca Serrano, R., & López Pousa, S. (2012). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (1st ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.): DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publisher.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Cummings, J.L. & Benson, D.F. (1992). *Dementia: a clinical approach* (2nd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.

Calero, M. & Navarro, E. & Arrendó, M. Berben, T. & Robles, P. (2000). Estimación del potencial de rehabilitación en ancianos con y sin deterioro cognitivo asociado a demencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(2), 44-50.

Goodglass, H. (2005). *Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia*.

Folstein et al. (1975). Mini-Mental State Examination.

Gorno-Tempini, M. L. & Dronkers, N. F. & Rankin, K. P. & Ogar, J. M. & Phengrasamy, L. & Rosen, H. J. & Weiner, M. W. & Miller, B. L. (2004). Cognition and anatomy in three variants of primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 55, 335-346.

Juncos, O. (1998). Lenguaje y envejecimiento. *Bases para la intervención*. Barcelona: Masson.

Junqué, C. & Jurado, M.A. (2009). Envejecimiento, demencias y otros procesos degenerativos. En Junqué, C. & Barroso, J. Coords, (Ed.), *Manual de neuropsicología* (pp. 225-252). Madrid: Editorial Síntesis.

Marshall, G. A. & Montserrat, L. & Harwood, D. & Mandelkern, M. & Cummings J.L. & Sultzer, D. L. (2007). Positron emission tomography metabolic correlates of aphathy in Alzheimer's disease. *Arch. Neurol*, 64: 1015-1020.

McKhann, G. & Knopman, D. & Chertkow, H. & Hyman, B. & Jack, C. & Kawas, C et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's and Dementia*. Doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.

Mesulam, M. M. (1987). Primary progressive aphasia-differentiation from Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 22, 533-534.

Mesulam, M. M. (2003). Primary progressive aphasia-a language-based dementia. *New England Journal of Medicine*, 349, 1535-1543.

Montoro Membila, N. & Montes Ruiz- Cabello, J. & Arnedo Montoro, M. (2012). Demencia de tipo Alzheimer. En Arnedo Montoro, M. & Bembibre Serrano, J. & Triviño Mosquera, M. Coords (Ed.), *Neuropsicología A través de casos clínicos* (pp. 257-270). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Peña-Cassanova, J. (1998). Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer: Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación la Caixa.

Stern, Y (2007). Cognitive Reserve. Theory and Applications. Taylor & Francis, Nueva York.

Tárraga, L. & Boada, M. & Morera, A. & Doménech, S. & Llorente, A. (1999). Volver a empezar. Ejercicios de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa Ediciones.

Webb, W. & Adler, R. (2010). Neurología para el logopeda. Ciudad: Masson.

Páginas webs:

GDS ¿QUÉ ES ESO? (2012). AFAV. Recuperado de: <http://afavaldemoro.blogspot.com.es/2012/04/gds-que-es-eso.html>

La importancia de la terapia logopédica en personas con Alzheimer u otras demencias. (2017). AFA La Palma. Recuperado de: <https://afalapalma.net/2014/11/04/la-importancia-de-la-terapia-logopedica-en-personas-con-alzheimer-u-otras-demencias/>

Praxias bucofonatorias - Logopedia - logopedaencasa.es. (2017). *logopedaencasa*, Recuperado de: <http://www.logopedaencasa.es/ejercicios/praxias-bucofonatorias/>

Residencia de mayores AMMA Santa Cruz. *Grupo Amma.* (2017) Recuperado de: <http://www.amma.es/residencia-de-ancianos-santa-cruz-de-tenerife-amma-santa-cruz.html>

Test de Boston (Afasias). Logopedia en un clic. (2016). Recuperado de: <http://logopediaenunclic.com/test-de-boston-para-la-evaluacion-de-la-afasia/.html>

ANEXOS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “*Al final del camino*”

“Todo lo que se ejercita mejora, todo lo que no, se pierde”

Carolina Zori Buitrago

Empezaremos la intervención con un saludo y una pequeña conversación para situar al paciente, además de recabar más información acerca de sus gustos y preferencias para tener en cuenta a la hora de elaborar futuras actividades.

Cada día, le haremos unas breves preguntas sobre el tiempo, la comida y su estado, para estimular el lenguaje, la memoria episódica y la atención.

La segunda actividad propuesta son las praxias, que serán realizadas conjuntamente para una ejecución óptima y favorecer así la musculatura orofacial y por lo tanto, la articulación. (Ver anexo 2)

Cada día recordaremos la fecha para trabajar la desorientación espacio-temporal visualizando el calendario. (Ver anexo 3)

Y finalmente, una serie de ejercicios destinados a mejorar la fluidez verbal, reducir la anomia y optimizar el déficit de memoria de los usuarios.

Sesión 1

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)

- Recordar la fecha (1 min)
- Clasificar en categorías y describir cualitativamente cada palabra: Le presentaremos una serie de palabras que tendrá que clasificar según corresponda. (10 min)

sillón camisa lámpara pájaro calcetines león pantalón lagarto
vaso cama

chaqueta ventana mariposa televisión calzoncillos tiburón bufanda
cernícalo

ROPA	COSAS DE CASA	ANIMALES

Objetivo: Clasificar y mejorar la fluidez verbal

Materiales: Tablas similares a la anterior con diferentes temas

- Palabras que empiecen por la sílaba: Deberá evocar palabras que comiencen por la sílaba determinada. (7 min)

MA	LA

Objetivo: Ejercitar la memoria y reducir la anomia.

Materiales: Tablas similares a las anteriores con sílabas diferentes.

- Descripción de lámina relacionada: Deberá explicar que está ocurriendo en dicha lámina y mencionar el lugar y los objetos que en ella aparecen, y si es necesario, guiaremos su atención. (Ver anexo 4) (7 min)

Objetivo: Reducir la anomia y mejorar la fluidez verbal

Materiales: Láminas diferentes

Sesión 2

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar la fecha (1 min)
- Buscar la letra. Le mostraremos un cuadro de letras y le iremos diciendo las letras que deberá encontrar. (Ver anexo 5) (5 min)

Objetivo: Centrar y mantener la atención

Materiales: Cuadro de letras

- Palabras que empiecen por la letra: Deberá evocar palabras que comiencen por una letra determinada. (10 min)

P	S

Objetivo: Ejercitar la memoria y reducir la anomia

Materiales: Tablas similares a las anteriores con letras diferentes

- Completar la frase: Le presentaremos frases incompletas y el paciente deberá completarlas de forma coherente. (10 min)

El último mes del año es:

La estación del año en la que hace más frío es:

Para hacer una tortilla de papas necesitamos aceite, sal, papas y:

El color del mar y del cielo es:

El padre de mi padre es mi:

Echaré la carta en el:

Los aviones aterrizan en el:

Entre el 5 y el 7 está el número:

Objetivo: Ejercitar el razonamiento y reducir la anomia

Materiales: Otras frases diferentes

Sesión 3

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar la fecha (1 min)
- ¿Donde se compra? Le presentaremos una serie de objetos o comidas y deberá decir el nombre del lugar donde se puedan encontrar o comprar: (5 min)

Donde compramos...?

La carne?

El pescado?

El periódico?

Los relojes?

Las zapatillas?

El pollo?

La colonia?

Las aspirinas?

Los tomates?

Objetivos: Ejercitar la memoria y reducir la anomia

Materiales: Nombres de diferentes objetos

- ¿Qué tienen en común? (5 min)

El blanco, el rosa y el azul son:

El rosal, el almendro y el abeto son:

La falda, las medias y el jersey son:

El pintor, el escultor y el mecánico son:

El cuchillo, el tenedor y la tostadora son:

La primavera, el verano y el invierno son:

El avión, la moto y el tren son:

España, Francia y Holanda son:

La nariz, la boca y los ojos son:

Objetivo: Mejorar la capacidad de asociación y razonamiento y reducir anomia

Materiales: Listas similares a la anterior

- Nombres de pueblos, oficios y comidas (cronometrar/cuantificar): El paciente deberá evocar la mayor cantidad de palabras relacionadas con los temas propuestos y cronometrando el tiempo de latencia y cuantificando las palabras evocadas. (10 min)

PUEBLOS	OFICIOS	COMIDAS

Objetivo: Ejercitar la memoria y reducir la anomia

Materiales: Tablas similares a las anteriores con temas diferentes.

- Memory: Le mostraremos las fichas del juego y las colocaremos de forma aleatoria, dejaremos un tiempo para que recuerde la posición de cada ficha y su correspondiente pareja y las voltearemos, después le pediremos que levante cada pareja. (Ver anexo 6). (5 min)

Objetivo: Ejercitar la memoria y favorecer el vocabulario

Materiales: Fichas del memory

Sesión 4

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar la fecha (1 min)
- Decir todos los alimentos posibles (cronometrar/cuantificar): El paciente deberá evocar la mayor cantidad de palabras relacionadas con los temas propuestos y cronometrando el tiempo de latencia y cuantificando las palabras evocadas. (7 min)

Objetivo: Reducir la anomia

Materiales: Temas variados (animales, transportes, deportes, cantantes...)

- Receta fácil ¿Qué ingredientes necesita?: Le diremos una comida común y

deberá comentar los ingredientes necesarios y la forma de elaboración. (5 min)

Puchero

Bizcochón de yogourt

Objetivo: Mantener la atención, ejercitar la memoria y reducir ansiedad

Materiales: Recetas

- Completar refranes: Le presentaremos una serie de refranes populares a la mitad y el paciente deberá completarlos. (5 min)

En abril:

Más vale pájaro en mano:

Perro ladrador:

Hasta el 40 de mayo:

A mal tiempo:

A caballo regalado:

Dime con quién andas:

Objetivo: Mejorar la fluidez verbal, ejercitar la memoria y mantener la atención

Materiales: Listado de diversos refranes

- Descripción lámina dormitorio: Deberá explicar que está ocurriendo en dicha lámina y mencionar el lugar y los objetos que en ella aparecen, y si es necesario, guiaremos su atención. (Ver anexo 7) (10 min)

Objetivo: Mejorar la fluidez verbal y reducir la anomia

Materiales: Lámina de un dormitorio

Sesión 5

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar fecha (1 min)
- Nombres de deportes, hombre y transportes: El paciente deberá evocar la mayor cantidad de palabras relacionadas con los temas propuestos y cronometrando el tiempo de latencia y cuantificando las palabras evocadas. (10 min)

DEPORTES	NOMBRES DE HOMBRE	TRANSPORTES

Objetivo: Reducir la anomia

Materiales: Tablas similares a las anteriores con temas diferentes

- Poner diferentes objetos en la mesa, taparlos y luego recordarlos: Colocaremos una serie de objetos varios y comunes sobre la mesa, posteriormente los

taparemos y deberá recordar que había. A su vez deberá ir nombrándolos y explicando su utilidad. (5 min)

Objetivo: Ejercitar la memoria y mantener la atención

Materiales: Objetos varios (Bolígrafo, reloj, gafas, pañuelo...)

- Retirar uno de los objetos anteriores y recordar cual falta: como continuación de la actividad anterior, sin que el usuario mire iremos retirando algunos de esos objetos y deberá recordar cuál ha sido retirado. (3 min)

Objetivo: Ejercitar la memoria y mantener la atención

Materiales: Mismos objetos

- Memory: Le mostraremos las fichas del juego y las colocaremos de forma aleatoria, dejaremos un tiempo para que recuerde la posición de cada ficha y su correspondiente pareja y las voltearemos, después le pediremos que levante cada pareja.(Ver anexo 8) (7 min)

Objetivo: Ejercitar la memoria y favorecer el vocabulario

Materiales: Fichas del memory

Sesión 6

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)

- Recordar la fecha (1 min)
- ¿Qué podemos ver en la cocina? (cronometrar/cuantificar): Tras esta pregunta. El paciente deberá comentar todas aquellas cosas que se pueden ver en este lugar. (5 min)

Objetivo: Ejercitar la memoria y reducir la anomia

Materiales: Variar los temas (en el campo, en un supermercado, en la costa...)

- Preguntas y respuestas “sí/ no”: Le haremos una serie de preguntas sencillas que solo podrá responder con los monosílabos 'sí' o 'no'. (10 min)

Algunas de ellas preguntas son:

¿Sirve un coche para viajar?

¿El delfín es un animal terrestre?

¿Sirve una calculadora para restar?

¿La radio sirve solo para oír música?

¿El vino sale de la uva?

¿Tiene un león 5 patas?

¿Sirve una cartera para guardar tarjetas?

¿Sirve un cepillo para lavar los dientes?

¿Guardamos la leche en el horno?

¿Podemos ver la tele si no hay luz?

¿Se riegan las plantas con abono?

¿Es verano en diciembre?

Objetivo: Trabajar la comprensión y el razonamiento

Materiales: Lista de preguntas similar a la anterior

- Palabras encadenadas: El paciente deberá evocar una palabra que empiece por la última letra de la palabra anterior, le facilitaremos varias palabras a modo de ejemplo. (5 min)

Casa-armario-origen-nevera...

Objetivo: Reducir la anomia

Materiales: Diferentes palabras de comienzo

- Sinónimos y antónimos: Le presentaremos una serie de adjetivos y deberá buscar su igual o contrario según corresponda. (5 min)

Algunos ejemplos son:

feo-

alegre-

cerca-

antipático-

bueno-

grande-

siempre-

comprar-

acercar-

Objetivo: Reducir la anomia trabajando los opuestos o iguales

Materiales: Lista de sinónimos y antónimos

Sesión 7

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar la fecha (1 min)
- Contar una historia, hacer resumen y contestar preguntas: Le contaremos una pequeña historia para que después realice un pequeño resumen y responda a nuestras preguntas. (Ver anexo 9) (10 min)

Objetivo: Mejorar la fluidez verbal y la capacidad de comprensión

Materiales: Diferentes historias con sus correspondientes preguntas

- Descripción de lámina cocina: Deberá explicar que está ocurriendo en dicha lámina y mencionar el lugar y los objetos que en ella aparecen, y si es necesario, guiaremos su atención. (Ver anexo 10) (5 min)

Objetivo: Mejorar la fluidez verbal y reducir la anomia

Materiales: Lámina de una cocina

- Completar refranes: Le presentaremos una serie de refranes populares a la mitad y el paciente deberá completarlos. (5 min)

Dime de lo que presumes:

Mala hierba:

En casa del herrero:

Más vale prevenir:

Cría cuervos y:

Al que le pica:

Muerto el perro:

Objetivo: Mejorar la fluidez verbal, ejercitar la memoria

Materiales: Listado de diversos refranes

- Adivinanza: Le leeremos una adivinanza y deberá dar la solución. (5 min)

Oro parece

plata-no es

el que no lo adivine

bien tonto es. (Plátano)

Objetivo: Ejercitar la memoria y el razonamiento y reducir la anomia

Materiales: Listado de diversas adivinanzas

Sesión 8

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar fecha (1 min)
- Decir nombres de flores, colores y mujer (cronometrar/cuantificar): El paciente deberá evocar la mayor cantidad de palabras relacionadas con los temas propuestos y cronometrando el tiempo de latencia y cuantificando las palabras evocadas. (10 min)

FLORES	COLORES	NOMBRES DE MUJER

Objetivo: Ejercitar la memoria y reducir la anomia

Materiales: Tablas similares a las anteriores con temas diferentes

- Sopa de letras. ¿Qué es cada palabra encontrada?: El usuario deberá definir cada una de las palabras encontradas en la sopa de letras propuesta (Ver anexo 11) (5 min)

Objetivo: Mejorar la capacidad de atención y concentración, mejorar la fluidez y reducir la anomia

Materiales: Sopas de letras de temas diversos

- Descripción de lámina baño: Deberá explicar que está ocurriendo en dicha lámina y mencionar el lugar y los objetos que en ella aparecen, y si es necesario, guiaremos su atención. (Ver anexo 12) (5 min)

Objetivo: Mejorar la fluidez verbal y reducir la anomia

Materiales: Lámina de un baño

Sesión 9

- Conversación libre (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar la fecha (1 min)
- Le leeremos definiciones y el deberá encontrar la palabra clave/significado. (10 min)

Reptil de gran tamaño, de color marrón verdoso y piel cubierta de escamas

Elevación natural del terreno de gran altura

Duodécimo y último mes del año

Señora que se dedica a cocinar

Árbol que da dátiles

Objetivo: Ejercitar la memoria y el razonamiento y reducir la anomia

Materiales: Definiciones varias similares a las anteriores

- Repetición de frases de distintas longitudes: Le presentaremos varias frases de diferentes longitudes, que luego deberá repetir. (5 min)

Dijeron en la televisión que el martes subirían las temperaturas.

Ayer llamaron tus hijos por teléfono

Mi nombre es Rosa

Felipe VI es el Rey de España

En los meses de invierno debemos abrigarnos bien.

¡Qué bonito día!

¿Qué hay hoy para comer?

Objetivo: Estimular la repetición, mejorar la articulación y la fluidez verbal

Materiales: Frases similares a las anteriores

- Adivinanza: Le leeremos una adivinanza y deberá dar la solución (5 min)

Blanco por dentro

verde por fuera

si quieres que te diga

es-pera (pera)

Objetivo: Ejercitar la memoria y el razonamiento y reducir la anomia

Materiales: Listado de diversas adivinanzas

Sesión 10 (Grupal)

- Conversación grupal (2 min)
- Praxias (3 min)
- Recordar la fecha (1 min)
- Nombrar los números desde el 80 hacia abajo de 2 en 2 hasta el 10. Entre los 4 usuarios deberán llegar hasta el número 10 respetando los turnos. (5 min)

80 - 78 - 76...

Objetivo: Fomentar la atención, las relaciones interpersonales y reducir la anomia

Materiales: Diferentes series de números.

- Adivinanzas: Contaremos varias adivinanzas, el primero en acertar, premio. (10 min.)

Alto como un pino

y pesa menos que un comino (humo)

Siembran tablas

nacen sogas

y en las puntas

carambolas (calabaza)

Objetivo: Ejercitar la memoria y el razonamiento y reducir la anomia

Materiales: Listado de diversas adivinanzas

- Decir un tema y nombrar palabras relacionadas. El que más consiga, premio (5 min.)

Objetivo: Reducir la anomia y fomentar la motivación.

Materiales: Pizarra para anotar los resultados de cada usuario

- Escuchar canción popular y cantarla y bailarla juntos. (5 min)

Objetivo: Fomentar la atención, la

Materiales: Canción y reproductor de música

ANEXO 2

Praxias linguales

- Sacar y meter la lengua, manteniendo la boca abierta.
- Mover la lengua arriba y abajo.
- Mover la lengua de un lado a otro, tocando las comisuras.
- Empujar con la punta de la lengua una mejilla y luego la otra.
- Mover la lengua arriba y abajo, detrás de los incisivos superior e inferior.
- Lamer con la punta de la lengua el labio superior en ambas direcciones. Repetir el ejercicio con el labio inferior.
- Lamer alternativamente el labio superior e inferior con movimiento rotatorio amplio.
- Con la boca entreabierta, dejar la lengua ancha y relajada. Después, estrecha y tensa.

Praxias labiales

- Colocar los labios en posición de beso y sonrisa, con los labios juntos.
- Esconder los labios y sacarlos en posición de reposo.
- Lamer el labio superior con el inferior. Repetir en sentido inverso.
- Con los dientes superiores, morder el labio inferior.
- Con los dientes inferiores, morder el labio superior.
- Imitar la posición labial de las vocales.
- Hacer vibrar los labios.

Praxias de mejillas

- Inflar las dos mejillas con aire, manteniéndolo.
- Aspirar las dos mejillas.
- Inflar una y otra mejilla con aire, alternativamente.

Praxias de mandíbula

- Abrir y cerrar la boca lenta y rápidamente.
- Abrir la boca despacio y cerrarla deprisa.
- Abrir la boca deprisa y cerrarla despacio.
- Masticar.
- Mover la mandíbula inferior de un lado a otro.

Praxias del velo del paladar

- Toser.
- Hacer gárgaras sin agua.
- Aspiraciones profundas, expulsando el aire por la nariz.
- Bostezar.
- Emisión de la “a”.
- Tomar aire por la nariz y hacer espiraciones fuertes, nasales y bucales, alternativamente.
- Decir “PA” “TA” “KA” lo más alto y rápido posibles

LÁMINAS

ANEXO 3. Calendario

ENERO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	FEBRERO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	MARZO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	ABRIL D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
MAYO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	JUNIO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	JULIO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	AGOSTO D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SEPTIEMBRE D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	OCTUBRE D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	NOVIEMBRE D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	DICIEMBRE D L M M J V S 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

ANEXO 4. Terraza



ANEXO 5. Cuadro de letras

Ñ I Y T H C S Ñ Ñ A Ñ I F F O F B Y
U Y W N V D A M E D H R T N N O M R
E E E N H E S M P O M Ñ F I B A S W
U Q U H F T C D E U T I H E A U N Y
X I I M S K I B A Y V I L W O W P A
P G C Y E F S V U E I O F W A P S A
R A S W B I G I C D T E G K I U T R
F W N Z J O O O E S Z H C H A O F Y
F E C O U S O M A H G E Y O E V O R
V D A U K T X I E Q P M F U R V M Y
V B M Z O I Q P J I E Q G A H K Y F

ANEXO 7. Dormitorio

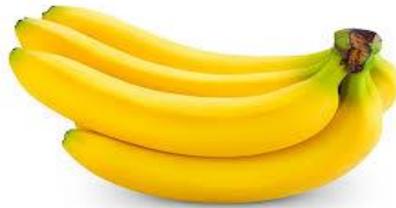
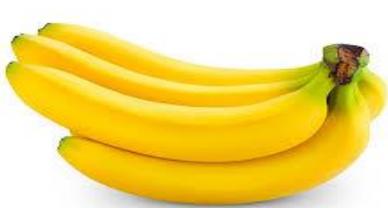


ANEXO 6. Memory 1





ANEXO 8. Memory 2





ANEXO 9. Historia

Agua del pozo

Había una vez un hombre muy rico, que dedicaba su vida a viajar por todo el mundo en busca de aventuras. Tras pasar un extenso desierto en el que le fue imposible encontrar una miserable gota de agua, hizo su entrada en un pueblo lleno de exuberante vegetación, que se alineaba entorno a un pozo.

Ansioso por saciar su enorme sed, se encaminó hacia el pozo todo tan rápidamente como sus piernas se lo permitieron. Al llegar al brocal, descubrió con enorme tristeza, que nada había para permitirle sacar agua del pozo. Minutos después de su hallazgo, una mujer con un gran cántaro en la cadera se aproximó hasta el pozo.

-La paz sea contigo forastero

– Contigo sea mujer.

Después de los saludos de rigor, la mujer ató el cántaro a la cuerda que colgaba del arco del pozo y comenzó a bajarlo muy despacio hasta alcanzar el agua. Cuando este estuvo sumergido en el líquido elemento, la mujer empezó a tirar de la cuerda para sacar el cántaro a la superficie.

Mientras ella estaba entretenida en esta labor, el viajero se entretuvo en contarle todas sus andanzas a lo largo y ancho del mundo. Con un último esfuerzo, la mujer sacó el cántaro del pozo, lo desató de la cuerda y se lo volvió a colocar en la cadera.

-Gracias por hacerme la tarea más entretenida. Que Dios guie vuestros pasos –dijo la mujer mientras se alejaba-

Allí se quedó el rico viajero, esperando a que el buen Dios se apiadara de él y le suministrara de algo con lo que alcanzar el fondo del pozo...

PREGUNTAS:

- ¿A qué se dedicaba el hombre?
- ¿Qué quería?
- ¿Con quién se encontró por el camino?
- ¿Al final consiguió algo para alcanzar el agua del fondo del pozo?

ANEXO 10. Baño



ANEXO 11: Sopa de letras

R	A	T	M	L	P	L	I	O	J	S	A	P	R	T	
Q	I	O	B	A	L	L	E	N	A	E	L	N	W	I	BALLENA
O	C	V	E	R	O	Y	P	A	B	I	M	G	O	U	FOCA
U	E	R	I	L	R	S	M	N	A	I	O	T	Z	A	RATÓN
Ñ	R	P	A	T	O	P	F	O	L	A	F	V	D	R	OSO
E	E	L	M	I	U	S	N	T	I	K	E	A	R	E	JABALÍ
T	R	Ñ	T	C	M	E	O	E	B	D	R	C	I	O	PERRO
I	R	M	B	O	I	T	U	K	F	A	E	A	Ñ	M	VACA
P	O	I	E	M	R	A	L	U	D	E	O	M	R	F	TORTUGA
E	X	W	B	F	A	T	L	E	C	T	F	T	B	A	GATO
L	U	D	R	O	M	M	U	I	A	L	S	E	E	C	PATO
X	R	A	T	O	N	O	S	G	H	U	A	L	Y	R	
U	B	L	I	M	N	E	F	B	A	E	N	I	R	M	

ANEXO 12. Cocina



ANEXO 13. Encuesta tipo Liker para los profesionales del centro

ENCUESTA PARA PROFESIONALES DEL CENTRO

Deberá marcar con una X según corresponda:

(1) Totalmente en desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) De acuerdo (5) Totalmente de acuerdo

Tiene más iniciativa comunicativa	1	2	3	4	5
Realiza las demandas de sus necesidades correctamente	1	2	3	4	5
Utiliza menos términos inespecíficos	1	2	3	4	5
Ha disminuido la anomia	1	2	3	4	5
Presta más atención al comunicarse	1	2	3	4	5
Habla más inteligible	1	2	3	4	5
Menos lentitud al hablar	1	2	3	4	5