

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: PROPUESTA LOGOPÉDICA

Trabajo Fin de Grado de Logopedia

Aurora del Pino Rodríguez Rodríguez

Tutores: Pablo García Medina y María Concepción Ramos Pérez

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso 2021 - 2022

RESUMEN

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN) (2021) afecta en España a casi un millón de personas. Se trata de una estadística que va en aumento al ser una afección dependiente de la edad y teniendo en cuenta que el país tiene una baja tasa de natalidad, y por tanto envejece de manera acelerada.

Una de las funciones que se ven afectadas según avanza la enfermedad es el lenguaje, dificultando la comunicación y las relaciones sociales. Es por ello que la intervención debe enfocarse, entre otros aspectos, en esta función desde los primeros estadios de la enfermedad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

En este trabajo se propone el diseño de un programa de intervención fundamentado en una evaluación que incluye los test de Renzi y Vignolo (1962), H. Goodglass y E. Kaplan (1996) y Mathuranath (2000).

Palabras clave: Alzheimer, neurodegenerativo, estadios, lenguaje.

ABSTRACT

Alzheimer's is a neurodegenerative disease that, according to data from the Spanish Society of Neurology (SEN) (2021), affects almost a million people in Spain. This statistic is on the rise because it is an age-related condition and considering that the country has a low birth rate, it is there for aging rapidly.

One of the functions that are affected as the disease progresses is language, making communication and social relationships difficult. Therefore, the intervention should focus, among other aspects, on this function in the early stages of the disease, in order to improve the quality of life of patients and their families.

This paper proposes the design of an intervention program based on an evaluation that includes the tests of Renzi and Vignolo (1962), H Goodglass and E.Kaplan (1996) and Mathuranath (2000).

Keywords: Alzheimer's, neurodegenerative, stages, language

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1.1. Justificación del tema elegido	3
MARCO TEÓRICO	3
2.1. La demencia	3
2.2. La enfermedad de Alzheimer	4
2.3. Fases en la enfermedad de Alzheimer	6
2.4. Tratamiento de la enfermedad	7
2.5. Lenguaje en el Alzheimer	8
2.6. El papel del logopeda	9
OBJETIVOS	10
METODOLOGÍA	11
4. 1. Diseño del programa.	11
4.2. Proceso de evaluación	12
4.3. Asignación a un grupo	14
4.4. Temporalización	15
INTERVENCIÓN	16
5.1. Actividades	16
5.2. Estructura de las actividades	17
5.3. Actividades propuestas para cada tarea	17
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	26

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo está centrado en la presentación de un programa de intervención desde la logopedia para enfermos de Alzheimer, teniendo en cuenta a cada persona en particular, al igual que su situación, su entorno y sus personas más cercanas.

1.1. Justificación del tema elegido

La preferencia al escoger el tema surge de la falta de intervenciones logopédicas en las enfermedades neurodegenerativas y del desconocimiento por parte de la población del papel del logopeda en estos casos. Además, surge también de la necesidad de aplicar un tipo de intervención que sea individual e integradora, y que consiga mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno, tratándose todos los aspectos que forman parte de la vida de la persona, incluyendo así el lenguaje, que toma un papel fundamental a lo largo de cualquier etapa de la vida. Se plantea la pregunta de si se lograra mantener las capacidades lingüísticas del paciente, y con ello retardar el completo deterioro del lenguaje en la mayor medida posible.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La demencia

La demencia no es una enfermedad específica, sino, más bien, un término general para referirse a una alteración de la capacidad para recordar, pensar o tomar decisiones, que interfiere en la realización de las actividades de la vida diaria.

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) se considera la demencia como un problema social y sanitario de primer orden, planteada como la gran epidemia silenciosa del siglo XXI. En España, la prevalencia aumenta cada año a pasos agigantados, y se prevé que en 2050 el número de enfermos se duplique, por lo que se hablaría de casi 2 millones de afectados por algún tipo de demencia.

De acuerdo con la definición de la OMS (World Health Organization, 2017) la demencia se designa como “término genérico para referirse a varias enfermedades en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria y a otras capacidades de la persona para llevar a cabo actividades cotidianas. Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente existen formas mixtas”

Es importante destacar, que la demencia suele estar acompañada de alteraciones psicológicas como delirios o alucinaciones y por trastornos de comportamiento como agitación o alteraciones del sueño. Las alteraciones cognitivas a destacar son la memoria, el lenguaje, la orientación espacial y temporal, la capacidad ejecutiva y el pensamiento (Formación Médica Continuada, 2011, Vol 18).

Para hacer frente a cualquier tipo de demencia y efectuar un tratamiento que resulte efectivo es necesario contar con un amplio y diverso equipo de profesionales, para frenar en la medida de lo posible, el transcurso de la enfermedad.

2.2 La enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia. Se trata de una enfermedad neurodegenerativa que deteriora, de forma progresiva e irreversible, las funciones cognitivas, con una especial predilección por la memoria a corto plazo. La persona afectada de Alzheimer sufre una pérdida constante de acetilcolina. La función principal de la acetilcolina es la comunicación entre las células nerviosas y las actividades mentales como el aprendizaje, la memoria y el pensamiento.

La enfermedad se produce cuando los valores de acetilcolina bajan provocando un deterioro en los circuitos colinérgicos del sistema cerebral. Se

desconoce el motivo por el que disminuye la producción de acetilcolina, aunque sí existen ciertos factores que intervienen a la hora de padecer Alzheimer:

- Una edad avanzada
- Mayor frecuencia en las mujeres
- Antecedentes familiares
- Mutaciones en el gen de la proteína implicada en el transporte del colesterol
- Factores ambientales como el tabaquismo o una mala alimentación

Exceptuando el factor genético ya mencionado, todos los demás factores podrían estar implicados en dar como resultado una demencia de tipo Alzheimer (DTA), siendo la edad el más significativo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el año 2050 el 60% de la población española será anciana, por lo que se refleja la subida inminente y sumamente significativa de los posibles casos de DTA. Sin embargo, la edad por sí misma no es suficiente para causar la enfermedad, ya que además de no ser 100% factor de aparición de la misma, existen también personas que la padecen antes de llegar a la vejez.

La historia familiar también supone un factor importante. El riesgo de padecer DTA es el doble en las personas que tienen un familiar directo afectado, y se multiplica todavía más en caso de ser más de uno. En cualquier caso, se trata de mutaciones en determinados genes que explicarían la aparición de la enfermedad en personas de la misma familia. Lo más habitual es encontrar pacientes enfermos en donde la causa hereditaria actúa como factor de riesgo y no como causa principal en la aparición de la enfermedad. Pese al conocimiento actual, aún no existe causa probable de la herencia en la DTA.

Otro factor que no se había nombrado y que constituye un importante factor de riesgo en la aparición de la enfermedad es el nivel educacional y los años de escolarización, demostrando que cuanto mayor nivel cultural presente el paciente menor probabilidad tiene de padecer la enfermedad. Esto se complementa de acuerdo con la teoría de la reserva cognitiva, la cual “es un constructor neuropsicológico referido a la habilidad de tolerar los cambios en las estructuras cerebrales relacionados con la edad o con algún tipo de demencia, sin presentar

demasiados síntomas clínicos”. En relación a esta definición se puede establecer que las personas expuestas a diferentes actividades mentales y sociales, aumentan las conexiones interneuronales del cerebro, proveyendo al individuo de mayor capacidad para compensar el daño cerebral y retrasando la aparición de la demencia.

En una revisión reciente Baumgart (2021) afirma que hay evidencia suficiente de que el control de los factores de riesgo como la diabetes, el tabaquismo o la obesidad, disminuyen el riesgo de deterioro cognitivo y de demencia.

2.3. Fases en la enfermedad de Alzheimer

Al igual que en otras enfermedades neurodegenerativas, de carácter gradual y continuo, la enfermedad de Alzheimer también presenta varios estadios. Existen dos clasificaciones importantes que ayudan a situar a cada persona en el nivel de deterioro cognitivo que presente.

Una de ellas es la establecida por Tarazaga (2014) en donde se exponen tres fases diferenciadas;

Tabla 1.

Primera fase (1-3 años)	Segunda fase (2-10 años)	Tercera fase (8-12 años)
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en adquirir nuevos aprendizajes. - Olvidos frecuentes. - Desorientación espaciotemporal. - Discalculia. - Reducción de la iniciativa. - Ausencia de conciencia de la enfermedad. - Empobrecimiento del lenguaje. - Dificultad en tareas ejecutivas. - Alteraciones conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno amnésico grave. - Afectación en la memoria a largo y a corto plazo. - Apraxia y agnosia. - Conducta apática. - Funciones ejecutivas muy afectadas. - Dificultad resolutive. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gran deterioro en las funciones cognitivas. - Manifestaciones afasopractagnóstico. - Rigidez muscular.

Nota: Esta tabla muestra las fases según Tarraza (2014).

Otra clasificación a destacar sería la Escala Global del Deterioro, usada por un amplio grupo de profesionales y cuidadores, muestra la evolución de la enfermedad. La escala GDS ofrece una distinción de siete fases, que van desde la normalidad hasta los estadios más avanzados del Alzheimer (Peña-Casanova, 1999). En esta ocasión, se nombran siete etapas, fases o estadios en los que se divide la enfermedad. Las etapas de 1 a 3 constituyen las fases previas a la demencia, y de la 4 a la 7 el paciente ya ha desarrollado Alzheimer. En la fase 5, la persona ya no puede vivir sin ayuda.

Tabla 2.

Fases de la enfermedad		Síntomas
Fase 1	No existe demencia.	- Fallos muy leves de memoria.
Fase 2	Pérdida	- Surge el olvido relacionado con la edad. - Anomia para recordar los nombres.
Fase 3	Deterioro cognitivo leve	- Dificultad funciones ejecutivas - Dificultad organizativa - Concentración afectada
Fase 4	Declive cognitivo leve	- El déficit suele ser más evidente al realizar ciertas actividades instrumentales. - Menos receptividad emocional.
Fase 5	Declive cognitivo moderado	- Necesidad de supervisión - Pérdidas importantes de memoria - Enfados y desconfianza
Fase 6	Declive cognitivo severo	- Dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana - Pérdida de la capacidad de elección
Fase 7	Demencia grave	- Necesidad de asistencia continua. - Vocabulario muy reducido - Pérdida de habilidades motoras

Nota: Esta tabla muestra las fases según la Escala Global de Deterioro (Peña Casanova, 1999)

2.4. Tratamiento de la enfermedad

En cuanto al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer se han conseguido avances significativos en el conocimiento de la patología, por lo que se establecen dos tipos de tratamiento:

- Farmacológico: consiste en la administración de sustancias químicas con el objetivo de retrasar la enfermedad. No existe actualmente ningún tratamiento efectivo a largo plazo.
- No farmacológico: bien pueden ser orientados al paciente en donde el objetivo es mejorar su capacidad cognitiva o funcional; o bien pueden ser orientados al cuidador, con el objetivo de crear técnicas cognitivo-conductuales para mejorar el manejo del paciente.

La intervención logopédica se trata de un tratamiento no farmacológico orientado al propio paciente y a sus cuidadores. La logopedia está destinada a la restructuración del lenguaje en aquellas alteraciones que presente el sujeto, además de la comunicación entre el paciente y su entorno.

2.5. Lenguaje en el Alzheimer

El lenguaje sufre un deterioro paulatino según el curso de la enfermedad de Alzheimer. Las habilidades comunicativas del paciente se ven afectadas y disminuyen a medida que el deterioro atraviesa cada una de sus fases; la comunicación ha de adaptarse a estas variaciones.

La afectación del lenguaje es una de las consecuencias ampliamente corroboradas como una de las alteraciones de las demencias (Junqué y Barroso, 1999). Entre las dificultades que presenta una persona con Alzheimer destacan la afasia, la anomia, las parafasias, los circunloquios y la ecolalia. Diversos autores como Burke y Harrold sostienen un déficit generalizado en el acceso o recuperación de la información, lo cual dificulta que el enfermo comprenda, elabore o denomine un objeto.

Las limitaciones del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer ocurren de manera gradual, afectando en un principio a situaciones focales como la denominación o la comprensión, y terminando en un déficit generalizado en donde el proceso comunicativo es escaso, llegando al mutismo en las últimas fases.

De manera general, las afecciones que presenta el lenguaje en la demencia tipo Alzheimer se han estudiado a través de diversas pruebas desde el punto de vista fonológico y semántico. Los estudios que incorporan tareas de fluidez demuestran que existe una pérdida de información fonológica y un déficit en la recuperación de la misma, especialmente para palabras de baja frecuencia, lo cual indica que aquellas palabras más frecuentes en el vocabulario del paciente serán las más tardías en olvidar y dejar de reconocer. Es importante destacar que en los primeros momentos de la enfermedad, estos indicios de anomia se solventan con la demanda de claves fonológicas para recordar y producir la palabra olvidada. Cabe mencionar que en los primeros estadios de la enfermedad parecen conservarse las claves gramaticales en el habla y la escritura.

Progresivamente comienza a alterarse la comprensión del material lingüístico complejo y en la denominación se tienden a cometer parafasias. En una fase más moderada de la enfermedad, la persona presenta mayor dificultad en la comunicación, el perjuicio en el vocabulario, la incoherencia del lenguaje espontáneo y expresivo, y fallos en la pragmática que se ven reflejados como una incomprensión para respetar los turnos conversacionales. En general, el lenguaje en las etapas moderadas es pobre, lento y carente de información o contenido, lo que se tiende a sustituir generalmente por emisiones léxicas anómalas.

El irreversible deterioro de la enfermedad también hace mella en el lenguaje, donde en las fases graves de la misma destaca una afasia global o una pérdida de la capacidad verbal. La comunicación queda gravemente afectada siendo reducida únicamente a emisiones como gemidos, gruñidos o balbuceos.

2.6. El papel del logopeda

Todas estas alteraciones del lenguaje mencionadas producen en el enfermo de Alzheimer un efecto negativo que le lleva a una incapacitación y aislamiento. Los pacientes al tener comprometida su capacidad de comunicación quedan excluidos de un proceso de envejecimiento normal. Son personas que tienen la capacidad de comunicación mermada e incluso ausente.

Como se indicaba en el epígrafe anterior, las alteraciones del lenguaje son las primeras manifestaciones visibles de la enfermedad además de las quejas de memoria, por lo que el logopeda tendrá un papel fundamental desde los inicios de la patología. Incluso en aquellos pacientes que estén en estadios muy bajos, la intervención logopédica sería efectiva a nivel preventivo.

De igual manera es importante mencionar la importancia de contar con un equipo multidisciplinar para elaborar un tratamiento adecuado para el enfermo. El lenguaje está presente en todas las situaciones cotidianas, incluidas las sesiones que tenga el paciente con psicólogos, neurólogos u otros profesionales, por lo que sería conveniente que el logopeda se encontrase presente de forma pasiva en todas las terapias. Así sería el especialista en lenguaje quien se encargue de enseñar pautas y directrices al resto de profesionales para hablar y comunicarse con las personas que sufren DTA.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal con el que se comienza el trabajo se centra en:

- Diseñar un plan de intervención logopédico que pueda mitigar las pérdidas en el ámbito del habla de las personas con Alzheimer

Además, se establecen una serie de objetivos específicos:

- Evaluar el lenguaje en la enfermedad de Alzheimer
- Conocer los procesos y déficits por pérdida del lenguaje
- Realizar un trabajo multidisciplinar en la intervención de la DTA

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo consistirá en el desarrollo de un modelo de intervención para analizar si una adecuada intervención logopédica podría prolongar en el tiempo las habilidades comunicativas del enfermo de Alzheimer. Teniendo en cuenta las distintas fases en la enfermedad descritas por Peña - Casanova en 1999 dentro de la Escala Global de Deterioro, a lo que se ha unido, la experiencia adquirida durante el proceso de prácticas externas, en el centro neurológico “Neurocentro” de La Laguna.

4. 1. Diseño del programa.

El diseño del programa consta de cuatro fases; una primera fase de evaluación en la que se realizarán diversas pruebas, una segunda fase en la que se agruparán a los usuarios en distintos grupos, la tercera fase que plantea el tratamiento del programa, y una última fase en la que se volverá a realizar una evaluación para determinar los resultados. Es adecuado mencionar que se establece un orden y unas actividades a llevar a cabo a lo largo de la intervención, pero teniendo siempre presente una actitud flexible a la hora de adaptar, sumar o eliminar actividades en beneficio de cada usuario. Cabe destacar que se diseña el programa con el fin de que sean intervenciones individuales, en las que no se contemplan actividades en grupo.

Las personas seleccionadas para beneficiarse del programa son todos aquellos enfermos de Alzheimer, sin contemplar la fase en la que se encuentren, ya que se contempla una agrupación en diversos grupos y una adaptación de los mismos.

Durante todas las partes del programa el logopeda es el profesional principal, llevando a cabo todas las funciones y actividades necesarias y tomando las decisiones relevantes.

4.2. Proceso de evaluación

En este punto se expone la evaluación inicial que se debería llevar a cabo cuando llega un paciente al gabinete / clínica por primera vez. La evaluación inicial consta de varias partes que se describen a continuación;

1. **Anamnesis:** La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se realiza mediante una serie de preguntas para identificar personalmente al individuo, conocer sus problemas actuales, obtener una imagen del mismo y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes. Ya que se trata de una persona con demencia, lo más conveniente sería tener presente durante la conversación a un familiar o allegado. De este modo, en caso de que el paciente no sepa responder cualquier cuestión podremos obtener respuesta por parte de la otra persona. Además, la participación familiar desde el inicio del tratamiento es de vital importancia, ya que ven la enfermedad y lo que ocurre desde un punto de vista cercano e invierten gran parte de su tiempo con el usuario. Durante la anamnesis es importante conocer el inicio de la demencia y la velocidad a la que ha ido progresando la misma, además de las dificultades a nivel comunicativo que presente cada paciente.

2. **Pruebas cognitivas:** Estas pruebas le servirán al logopeda para conocer el nivel cognitivo en el que se encuentra el paciente. Resulta favorable contar con la opinión de un neuropsicólogo una vez realizadas las pruebas, ya que son profesionales más especializados en este ámbito de la enfermedad. Las pruebas que se plantean realizar en este programa son las siguientes:
 - A) **Test de Evocación de animales:** Es la prueba más breve estudiada para la detección de la demencia. Es aconsejable realizarla al inicio de la evaluación para poner en contexto al usuario, pero debe complementarse con otras pruebas.
 - B) **Test episódico:** Se trata de un test que no precisa de lápiz ni papel y que evalúa exclusivamente la memoria episódica a través de preguntas

relacionadas con el pasado reciente. Es recomendable que durante la prueba esté presente un informador allegado que corrobore la veracidad de las respuestas.

C) **Test de la alteración de la memoria:** Incluye ítems relacionados con la memoria episódica y, en menor medida ítems de información general relacionados con la memoria remota.

D) **Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein:** Es una prueba sencilla que permite, mediante una serie de preguntas, valorar de forma cualitativa y cuantitativa las funciones cognitivas del sujeto.

3. **Pruebas de lenguaje:** La evaluación a través de estas pruebas es la más importante para el posterior tratamiento, ya que con ellas se busca averiguar exactamente qué aspectos del lenguaje están más mermados y cuáles se han conservado mejor. Las pruebas que se realizan en este apartado se exponen a continuación:

A) **Neurobel:** Es una nueva prueba de evaluación de sondeo, pensada para logopedas y otros profesionales que necesiten una valoración, en un corto periodo de tiempo, de los principales procesos implicados en el lenguaje oral.

B) **Test de denominación de Boston:** Es uno de los tests más utilizados en denominación. La prueba tiene 3 objetivos principales dentro de los que se encuentran diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro afásico que presenta cada usuario, evaluar el nivel de rendimiento a lo largo de un amplio rango, y evaluar globalmente las dificultades del paciente en cada área del lenguaje.

C) **Test Barcelona:** Esta prueba está centrada en la evaluación del discurso del paciente mediante la descripción de una lámina y de situaciones abstractas.

D) **Token Test:** Consiste en la presentación de 20 fichas diferentes con las que el paciente debe realizar una secuencia de instrucciones verbales. Valora las alteraciones de la comprensión verbal.

4.3 Asignación a un grupo

Para la asignación a un grupo de cada paciente con el que se vaya a comenzar la intervención logopédica se tienen en cuenta las fases que establece la Escala Global del Deterioro (EGT) de Peña-Casanova (1999) (Ver anexo 1). De este modo, tras la realización de las pruebas y tomando como referente las características que asigna esta escala a cada una de las 7 fases, se traslada a cada usuario a su grupo correspondiente.

Esta propuesta incluye la formación de tres grupos en los que se pueden separar a los pacientes según el grado de afectación de la enfermedad de Alzheimer. Existe un grupo llamado “Grupo ” en el que se van a establecer a los usuarios correspondientes a las fases 1 y 2 según la EGT, otro designado como “Grupo Azul” donde estarán ubicadas las fases 3, 4 y 4; y un último género denominado “Grupo Violeta” en el que se dispondrán los pacientes en fase 6 y 7 de la enfermedad.

La división de grupos facilita la intervención con cada usuario, ya que pasan de establecerse 7 fases distintas, a agruparse los usuarios en tres grupos; lo cual también facilita las adaptaciones que se harán de cada actividad según el grupo al que pertenezca cada paciente.



El grupo violeta está diseñado para pacientes sanos en los que no existe ningún signo de demencia, o son puramente subjetivos, en los que el paciente manifiesta pérdidas de memoria como olvidos de citas o de nombres de personas.

Las quejas más significativas de este grupo son las asociadas con la denominación y la pragmática.

El grupo azul está pensado para intervenir con usuarios que comienzan a tener claros signos de deterioro cognitivo y problemas para mantener su autonomía. Los primeros signos son observados por sus familiares. Los usuarios que forman parte de este grupo son autónomos en las tareas diarias como la comida o el aseo, pero necesitan ayuda en otros aspectos comunicativos, por lo que se insistirá en el trabajo de coherencia y cohesión del discurso.

Por último, el grupo verde se diseña para personas con un deterioro en una fase grave o severa. Este estadio suma todas las alteraciones expuestas anteriormente además de una distorsión en la fonología del sujeto, por lo que muchas veces resulta incomprensible para los demás. Destaca la gran desorientación espacio temporal que experimentan los usuarios en este grupo. Se trabajarán todos los aspectos del lenguaje con el fin de evitar un posible mutismo y una pérdida total de comunicación con su entorno personal.

4.4 Temporalización

El programa propone una distribución de las sesiones según el grupo del que se esté hablando. Al hablar de enfermedades neurodegenerativas no se tratará de una intervención con una fecha de alta dado que es sabido que no va a haber mejoría como para que el paciente pueda abandonar las sesiones de logopedia. Pero según el criterio que se establece en el diseño del programa, serían recomendables las siguientes sesiones semanales:

- VERDE: 1 sesión semanal de una hora.
- AZUL: 2 o 3 sesiones semanales de una hora.
- VIOLETA: 3 o 4 sesiones semanales de 45 minutos.

La duración de las sesiones será de una hora en los dos primeros grupos, asegurando también unas pausas a lo largo de ese periodo de tiempo para que el

usuario descanse. Sin embargo, en el último grupo, al tratarse de un estadio más avanzado de la enfermedad se recomienda disminuir la duración de las sesiones para no fatigar al paciente y pensar que las capacidades cognitivas no serán las suficientes como para mantener todos los sentidos en las actividades durante una hora completa.

5. INTERVENCIÓN

5.1. Actividades

La organización de las sesiones dependerá del profesional, aunque en este trabajo se van a aportar una serie de actividades que podrán ser utilizadas para alcanzar los objetivos planteados en cada sesión. En cualquier caso, el logopeda tendrá siempre la libertad de modificar, eliminar o ampliar el material que se especifique a continuación para cada uno de los ejercicios planteados.

La enfermedad de Alzheimer es una patología que afecta a todos los niveles del lenguaje, por lo que las actividades a realizar son infinitas. En una misma sesión se pueden llevar a cabo actividades que trabajen distintos aspectos del lenguaje, o centrar la misma en un solo ámbito; de nuevo eso también será a elección del logopeda. Lo que se plantea en este trabajo son actividades adaptadas a cada estadio de la enfermedad, con la libertad del terapeuta para ser combinadas según su criterio.

Dependiendo del nivel de deterioro cognitivo que presente el individuo la complejidad de las actividades será diferente. A mayor deterioro, menor dificultad de las tareas.

Las actividades redactadas para el grupo violeta serán más complejas y abstractas, mientras que las planteadas para el grupo verde serán actividades más sencillas y concretas, apoyándose en mayor proporción de materiales visuales y tangibles.

Para el grupo azul podrán combinarse actividades con mayor complejidad con algunas más sencillas, atendiendo siempre a la parte del lenguaje más o menos afectada.

A pesar de la adaptación que se ha hecho con cada actividad dependiendo del estadio de la enfermedad, será el logopeda quien deba personalizar cada ejercicio a cada uno de los usuarios, ya que pese a estar en el mismo estadio no todos los enfermos están igual de afectados.

5.2. Estructura de las actividades

Se decide realizar una serie de actividades en relación a la parte del lenguaje que se pretenda trabajar con los usuarios. De este modo, en líneas generales se establecen cinco tareas para la realización de ejercicios:

1. Tareas de denominación: actividades de asociación semántica y acceso al léxico.
2. Tareas de descripción: Formación de oraciones descriptivas sobre objetos o personas.
3. Tareas de repetición
4. Tareas de lectoescritura: Dictado de palabras, textos, completar frases...
5. Tareas de fluidez verbal: comentarios u opiniones sobre sucesos pasados o presentes.

5.3. Actividades propuestas para cada tarea

Se propone una actividad para cada una de las tareas expuestas en el apartado anterior. Cada una de las actividades se adapta en relación al grupo en el que se sitúe el usuario.

A continuación se exponen las actividades:

1. Actividad de denominación

La denominación es la capacidad que se tiene para referirse a un objeto, persona, lugar, concepto o entidad por su nombre. Los enfermos de Alzheimer sufren bastantes problemas en la denominación de objetos, siendo la anomia uno de los signos característicos de la enfermedad. Esta actividad pretende trabajar sobre esta función del lenguaje y plantea nombrar los objetos que se pueden adquirir en una farmacia, algo cotidiano y que ha sido visto por los usuarios muchas veces, adaptándolo siempre a cada grupo. (Ver anexo 2)

Tabla 3.

Grupo	Material	Adaptación del ejercicio
Violeta	El grupo no precisa material para esta actividad	Al usuario se le pide de manera oral que recite todos los objetos que pueden comprarse en una farmacia
Azul	Una lámina que muestre la imagen de una farmacia	Con el apoyo visual de la lámina, el paciente debe focalizarse en. Buscar objetos y nombrarlos
Verde	Imágenes individuales de los objetos presentes en una farmacia (algodón, medicamentos, alcohol...)	Con el apoyo visual de las imágenes, la única finalidad es que la persona nombre los objetos que se le presentan, intentando evitar anomias y nombrarlos todos.

Nota: Esta tabla muestra las adaptaciones de la actividad de denominación.

2. Actividad de descripción

Describir es explicar, de manera detallada y ordenada, cómo son las personas, animales, lugares... Del mismo modo que las personas con DTA tienen dificultades para nombrar objetos y presentan anomia, esto genera también problemas a la hora de realizar descripciones. El ejercicio planteado trata de describir diversas profesiones que el logopeda le presente, bien sea con apoyo visual o sin este. (Ver anexo 3)

Tabla 4.

Grupo	Material	Adaptación del ejercicio
Violeta	El grupo no precisa material para esta actividad	Al usuario se le realizan de manera oral unas preguntas en relación a unas profesiones “¿Quién se dedica a apagar fuegos?”
Azul	Una lámina que muestre la imagen del profesional	El logopeda muestra una lámina del profesional, y la persona debe describir que hace esa persona. (Imagen de un bombero) “Persona que apaga fuegos”
Verde	Una imagen que muestre al profesional realizando algo característico de su trabajo	El logopeda muestra una imagen concreta en la que se ve al profesional realizando algo característico de su trabajo y el usuario debe describir la imagen. “Es un bombero apagando fuegos”

Nota: Esta tabla muestra las adaptaciones de la actividad de descripción.

3. Actividad de repetición

La finalidad de la repetición en las demencias de tipo Alzheimer es trabajar tanto la comprensión como la expresión, además de la memoria a corto plazo. La actividad que se plantea es muy básica y se adaptará la dimensión de lo que debe repetir el usuario en base al grupo en el que esté.

Tabla 5.

Grupo	Material	Adaptación del ejercicio
Violeta	No se necesita material para la actividad	Al usuario se le dicen unas oraciones de sujeto, predicado y complemento para que las repita. “El pato come lechugas verdes”
Azul	No se necesita material para la actividad	Se utilizan oraciones simples de sujeto y predicado. “El pato corre”
Verde	No se necesita material para la actividad	Dependiendo de como vea el logopeda al usuario le dirá más o menos palabras, que el paciente deberá repetir cuando termine el logopeda. “Pato, lechuga”; “pato, lechuga, agua”.

Nota: Esta tabla muestra las adaptaciones de la actividad de repetición.

4. Actividad de lectoescritura

La lectoescritura es la capacidad de leer y escribir, por lo que también implica procesos de denominación, de descripción y de comprensión. Por ello, se trabajará la lectoescritura con los usuarios de modo que también se trabajen los procesos de atención y denominación. Las actividades se basarán en la compleción o formación de oraciones y/o frases. (Ver anexo 4)

Tabla 6.

Grupo	Material	Adaptación del ejercicio
Violeta	El material será una lámina con oraciones incompletas	Al usuario se le presentan unas oraciones que deberá completar con una palabra. “Mi madre – pan”
Azul	Una lámina con oraciones que presentan verbos con una conjugación errónea.	El logopeda le presenta a la persona una serie de oraciones que tienen el verbo mal conjugado, para que la vuelva a escribir de forma correcta. “Mi madre comer pan ayer” “Mi madre comió pan ayer”
Verde	Láminas individuales con palabras.	El logopeda le brinda al paciente dos láminas con dos palabras diferentes, y este debe formar una oración. “Madre-Pan” “Mi madre come pan con tomate”

Nota: Esta tabla muestra las adaptaciones de la actividad de lectoescritura.

5. Actividad de fluidez verbal

La fluidez verbal es lo que generalmente se presenta más afectado debido a que se precisa de todas las funciones del lenguaje para entender, participar y seguir una conversación de manera coherente. La fluidez verbal también es uno de los aspectos más difíciles de trabajar ya que se da en situaciones diarias en las que está implicada el habla espontánea. Sin embargo, a través de temas de actualidad, podemos generar un debate o conversación en el que el paciente hable de manera fluida y el logopeda atiende los aspectos en los que falla y poder trabajarlos dentro de otras actividades. (Ver anexo 5)

Tabla 7.

Grupo	Material	Adaptación del ejercicio
Violeta	El material es una foto que muestre de forma concreta un tema de actualidad	Al paciente se le muestra una imagen de actualidad concreta que debe describir. Además el logopeda deberá hacer hablar al paciente sobre su opinión al respecto con el fin de generar una conversación espontánea. (Imagen de la guerra en Ucrania) “¿Que te parece lo que sucede en esta imagen?”
Azul	Láminas en las que hayan objetos antiguos y su versión más actualizada.	Apoyándose en esas imágenes, el logopeda deberá charlar con el paciente sobre los cambios que ha vivido a lo largo del tiempo y sobre cómo han cambiado las cosas. “¿Antes se podía hablar por teléfono todos los días?”
Verde	No se precisa material	No existe apoyo visual, ya que el logopeda dirá un tema de actualidad y se generará una conversación. “Hablemos de la guerra en Ucrania”

Nota: Esta tabla muestra las adaptaciones de la actividad de fluidez verbal.

CONCLUSIONES

De un usuario con Alzheimer se espera que manifieste alteraciones en el lenguaje desde los estadios iniciales de la enfermedad. Es por esto, que el papel del/la logopeda es fundamental desde el inicio hasta el final del proceso, puesto que es aquel profesional capacitado para abordar las alteraciones del habla y de la comunicación, además de tener facilidades para trabajar funciones ejecutivas como la memoria o el razonamiento de la mano de otros profesionales tales como psicólogos o neurólogos.

Por ello, integrar la logopedia dentro de la intervención de una persona con DTA es de suma importancia, aunque, no se ha de olvidar que se habla de una demencia y que por tanto no existirá mejora por muchos profesionales que intervengan en ella. Pese a esta situación de la que se parte, es importante también destacar que la participación de los logopedas en las terapias de los pacientes, mejora la calidad de vida de los mismos, contribuyendo a su integración social y su desarrollo personal en todos los momentos de su vida.

Se ha realizado este trabajo con el fin de dar esa visibilidad a esta necesidad dentro de la intervención de la demencia. No se trata de algo verídico y demostrable para el mantenimiento de las funciones ejecutivas, pero se plasma la facilidad que existe de adaptar una actividad en función del grado de deterioro de cada persona. Es por esto que el trabajo puede servir de ejemplo para aquellos profesionales que se enfrenten por primera vez a un caso de Alzheimer.

Además de plantear unas actividades y especificar una propuesta de intervención, se presenta este trabajo para disipar el estigma de que con las demencias no se puede trabajar el lenguaje. La finalidad de cualquier intervención con ellos no es la mejora final de sus capacidades, sino el mantenimiento de las mismas para brindar mayor autonomía y dignidad a los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

Adrian-Torres, J. A. (2015). Evaluación breve del lenguaje oral en adultos mediante la batería de neuropsicología cognitiva: NEUROBEL.

Barragán Martínez, D., García Soldevilla, M. A., Parra Santiago, A., & Tejeiro Martínez, J. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 74.

De Renzi, A., & Vignolo, L. A. (1962). Token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain: a journal of neurology*.

Díaz, M. C., Moreno, F. J., Peraita, H., & Bernardos, M. L. S. (2001). Deterioro en el proceso de denominación y emparejamiento palabra oída-dibujo en la enfermedad de Alzheimer. *Estudios de Psicología*, 22(3).

Fidel Romano, M., Nissen, M. D., & del Huerto Paredes, N. M. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 175.

Jódar Vicente, M. (1992). Envejecimiento normal versus demencia de Alzheimer. *Revista Logopedia*, XII(3).

Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (2001). Boston naming test.

Kettl P. (2007) Helping families with end-of-life care in Alzheimer's disease. Comment in: *J Clin Psychiatry*. Mar; 68(3):428-9.

López, I. S., Riera, R. R., Simón, E. R., & Heredia, B. G. (2016). *ALZHEIMER*. Ciencias.

Malagón, C., Rodríguez, J., Hernández, J., & Pardo, R. (2005). Análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer (DTA). *Revista de la Facultad de Medicina*, 53(1), 3-9.

Merchán, S. M. (2017). Perfil de alteraciones del lenguaje en diferentes tipos de demencias. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 35(2), 31-38.

Moulin, F., Thévenet, S., & Manchado, M. S. (2011). *En torno al Alzheimer*. Octaedro.

Nieto-Alcaraz, R., Arcos-García, C. M., & Rubio-Hernández, A. (2015). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. Universidad Carlos III de Madrid.

Olazarán, J., Hoyos-Alonso, M. C., Del Ser, T., Barral, A. G., Conde-Sala, J. L., Bermejo-Pareja, F., ... Carnero-Pardo, C. (2016). Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*, 31(3), 183-194.

Peña-Casanova, J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica-test Barcelona: bases teóricas, objetivos y contenidos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 11(2), 66-79.

Serrano, C., Allegri, R. F. (Tarrasa), Drake, M., Butman, J., Harris, P., Nagle, C., & Ranalli, C. (2001). Versión abreviada en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Revista neurol. (Ed. impr.)*, 624-627.

Tsoi, K. K., Chan, J. Y., Hirai, H. W., Wong, S. Y., Kwok, T. C. (2015). Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 175(9), 1450-1458.

ANEXOS

ANEXO 1. Escala Deterioro Global (GDS) de Reisberg.

- **GDS 1: Ausencia de alteración cognitiva (MEC: 30 -35 puntos)**

Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica.

- **GDS: Deterioro cognitivo muy leve (MEC: 25-30 puntos)**

Quejas subjetivas de defectos de déficit de memoria, sobre todo en las tareas siguientes:

A) El paciente olvida los lugares donde ha dejado objetos familiares

B) El paciente olvida nombres previamente muy conocidos

No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica. No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. Preocupación apropiada respecto a la sintomatología.

- **GDS 3: Deterioro cognitivo leve (MEC: 20 y 30 puntos)**

Aparecen los primeros defectos claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:

A) El paciente no puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar

B) Sus compañeros de trabajo son conscientes de su escaso rendimiento laboral

C) Sus dificultades para evocar palabras y nombres se hacen evidentes para las personas más próximas

D) El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material

E) El paciente puede mostrar una capacidad disminuida para recordar el nombre de las personas que ha conocido recientemente.

- F) El paciente puede haber perdido un objeto de valor o haberlo colocado en el lugar equivocado
- G) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración

Solo en la entrevista intensiva se observa evidencia objetiva de los defectos de memoria. Los rendimientos del paciente en las actividades laborales y sociales exigentes han disminuido. El paciente niega estos defectos o manifiesta desconocerlos. Los síntomas son acompañados por una ansiedad discreta o moderada.

- **GDS 4: Deterioro cognitivo moderado (MEC: 16-23 puntos)**

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa. Déficits manifiestos en las áreas siguientes:

- A) Disminución del conocimiento de los acontecimientos actuales y recientes
- B) Cierta déficit en el recuerdo de su historia personal
- C) Defecto de concentración, que se manifiesta en la sustracción seriada
- D) Disminución de la capacidad para viajar, controlar la propia economía....

Con frecuencia, no se da defecto alguno en las siguientes áreas:

- A) Orientación en el tiempo y la persona
- B) Reconocimiento de las personas y caras familiares
- C) Capacidad para viajar a lugares familiares

El paciente es incapaz de realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante. Se observa una disminución del afecto y se da un abandono en las situaciones más exigentes.

- **GDS 5: Deterioro cognitivo moderado-grave (MEC: 10-19 puntos)**

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin algún tipo de asistencia. Durante la entrevista, el paciente es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:

- A) Una dirección o un número de teléfono que no han cambiado desde hace muchos años
- B) Nombres de familiares próximos
- C) El nombre de la escuela o el instituto donde estudió

A menudo, el paciente presenta cierta desorientación con respecto al tiempo (fecha, día de la semana, estación del año...) o al lugar. Una persona con educación formal puede tener dificultades para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.

En este estadio, el paciente mantiene el conocimiento sobre muchos de los hechos de más interés que le afectan a sí mismo y a otros. Invariablemente, conoce su nombre, y en general, el nombre de su cónyuge o hijos. No requiere asistencia en el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en la elección de la indumentaria adecuada.

- **GDS 6: Deterioro cognitivo grave (MEC: 0-12 puntos)**

Ocasionalmente, el paciente puede olvidar el nombre de su cónyuge, de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir. Además, desconoce gran parte de los acontecimientos y experiencias recientes de su vida. Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero de forma muy fragmentaria. Por lo general, no reconoce su entorno, el año, la estación... Puede ser incapaz de contar 10 hacia atrás y a veces hacia adelante. El paciente requiere cierta asistencia a las actividades cotidianas:

- A) Puede presentar incontinencia
- B) Necesita asistencia para viajar, pero en ocasiones será capaz de viajar a lugares familiares.

Con frecuencia, su ritmo diurno está alterado. Casi siempre recuerda su nombre. A menudo sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y las no familiares de su entorno. Tienen lugar cambios emocionales y de personalidad que son bastantes variables, entre los que se incluyen:

- A) Conducta delirante, por ejemplo, acusar a su cónyuge de ser impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo.
- B) Síntomas obsesivos, por ejemplo, repetir continuamente actividades de limpieza.
- C) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso una conducta violenta previamente inexistente.
- D) Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de deseos por falta de desarrollo suficiente del pensamiento para determinar una acción propositiva.

- **GDS 7: Deterioro cognitivo muy grave (MEC: 0 puntos)**

A lo largo de esta fase, el paciente va perdiendo todas las capacidades verbales. Al principio puede articular palabras y frases, pero su lenguaje es muy limitado. Al final no se expresa por medio del lenguaje, solo emite sonidos inarticulados. Se han perdido también las habilidades psicomotoras básicas por ejemplo caminar. Aparecen incontinencias urinarias. El paciente requiere asistencia en el aseo y también para ingerir alimentos. El cerebro parece incapaz de indicarle al cuerpo lo que tiene que hacer. A menudo se detectan signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

ANEXO 2. Material tipo actividad de denominación

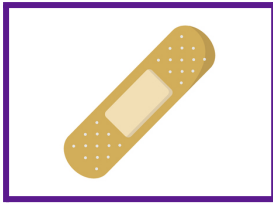
Figura 1



Material grupo azul

Nota: Adaptado de Ilustración de farmacia (Ilustración) (s.f.) (<https://img.freepik.com>)

Figura 2



Material grupo violeta

Nota: Adaptado de ilustración de tira (Ilustración) (s.f.) (<https://www.costadelsol.eco/portfolio-item/tirita/>)

Figura 3



Material grupo violeta

Nota: Adaptado de ilustración de tira (Ilustración) (2017) (<https://plantameloencasa.wordpress.com>)

ANEXO 3. Material tipo actividad de descripción

Figura 4



Material grupo azul

Nota: Adaptado de ilustración de bombero (Ilustración) (s.f.) <https://www.pngwing.com>

Figura 5



Material grupo violeta

Nota: Adaptado de ilustración de bombero trabajando (Ilustración) (s.f.) <https://www.freepik.es>

ANEXO 4. Material tipo actividad de lectoescritura

Mi abuela _____ fresas

Mi hermano _____ en la piscina

Yo _____ agua

Material grupo verde

Mi abuela (comer) _____ fresas mañana

Mi hermano (nadar) _____ en la piscina ayer

Yo (beber) _____ agua el lunes

Material grupo azul

Fresas

Material grupo violeta

Pan

Madre

ANEXO 5. Material tipo actividad de fluidez verbal

Figura 6



Material grupo azul

*Nota: Adaptado de imagen de Guerra (Fotografía) (2022)
<https://www.elmundo.es/internacional/>*

Figura 7



Material grupo violeta

Nota: Imágenes libres de derechos de autor.