

# Estimulación del lenguaje en envejecimiento normal o deterioro cognitivo leve

---

Propuesta de programa de intervención

**Alumna:** Tatiana Álvarez Hernández

**Tutores:** Francisco Díaz Cruz

Ruth Dorta González

**Trabajo de Fin de Grado de Logopedia.**

**Universidad de La Laguna**

**Curso 2015-2016**

## Resumen

En la actualidad, la población de nuestro país está sufriendo un envejecimiento, por lo que existe un auge en el interés por conocer los efectos de la edad en el organismo y más concretamente, a nivel cerebral.

Existen múltiples programas para la estimulación cognitiva en personas mayores de los cuales muchos tienen el lenguaje como área a tratar. Estos programas suelen estar orientados a personas con demencias y generalmente sus actividades son iguales para todos los participantes.

Por esto surge la idea de este trabajo, en el que se presenta un programa centrado en la estimulación del lenguaje en personas con envejecimiento normal o con deterioro cognitivo leve, basado en sus experiencias vitales.

*Palabras Clave: envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve, programa de estimulación y lenguaje.*

## Abstract

Nowadays the population is aging in our country, so there is a increased interest in learning about the effects of age on the body and more specifically the brain.

There are many cognitive stimulation programs for elder people. Many of them have lenguaje as an area to be treated. This programs are usually directed for people with dementia and usually, their activities are the same for all participants.

For this comes the idea of this project, that presents a program focused on language stimulation for people with normal aging or with mild cognitive impairment, based on their life experiences.

*Keywords: normal aging, mild cognitive impairment, stimulation program and language.*

## Contenido

1. Introducción .....	4
1.2 Envejecimiento normal .....	4
1.2.1 Cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos en el envejecimiento normal.....	4
1.2.2 Cambios cognitivos en el envejecimiento.....	6
1.3 Deterioro cognitivo leve (DCL).....	7
1.3.1 Perfil neuropsicológico .....	8
1.4 Programas de intervención para en la estimulación del lenguaje...	9
2. Justificación del programa .....	10
3. Método.....	10
3.1 Participantes .....	10
3.2 Instrumentos .....	11
3.3 Materiales .....	11
3.4 Procedimiento.....	12
3.4.1 Fase 1: Evaluación y selección de la muestra .....	12
3.4.2 Fase 2: Programa de intervención .....	12
3.4.2.1 Cronograma .....	13
3.4.2.2 Actividades.....	14
3.4.3 Fase 3: Evaluación final .....	17
4. Discusión y conclusiones.....	17
5. Referencias bibliográficas .....	20
6. Anexo.....	22

## **1. Introducción**

A medida que la sociedad envejece, aumenta el interés por entender los efectos de la edad sobre el funcionamiento y desempeño cognitivo (Ventura, 2004). Para el comienzo de la vejez, no se puede considerar que haya una edad de referencia, aunque la mayoría de los gerontólogos toman de modo empírico los 60 ó 65 años como indicador del comienzo de la vejez (Stuart-Hamilton, 2002). Popularmente el envejecimiento puede definirse como un concepto de cambio inverso a la niñez, donde en lugar de adquirir habilidades, se pierden, tanto física como cognitivamente (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). Mesulam, (2000), sintetizando los hallazgos experimentales en animales y los estudios neuropatológicos en humanos, concluye que los cambios cerebrales relacionados con la edad no deben ser entendidos en un sentido negativo.

Este fenómeno se da mayoritariamente, en los países más industrializados y modernos, en los que existen unas tasas más bajas de mortalidad infantil, mejoras en la atención sanitaria y el estilo de vida en la edad adulta temprana; por lo que esas mejorías redundan en cómo envejecen los humanos (Stuart-Hamilton, 2002) .

Para abordar el envejecimiento desde el punto de vista neuropsicológico, hay que diferenciar entre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011), ya que es frecuente confundir los cambios cognitivos asociados a la edad, con las primeras manifestaciones enfermedades neurodegenerativas (Román y Sánchez, 1998). El envejecimiento normal es aquel que experimenta la mayoría de la población, el deterioro cognitivo que se da en este caso es atribuible a los cambios que experimenta un cerebro sano al envejecer, por lo que no existen patologías neurodegenerativas (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). El envejecimiento patológico es aquel que si cursa con alguna enfermedad neurodegenerativa, por lo que el deterioro cognitivo tiene una mayor gravedad de lo esperable para la edad del individuo (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). Los límites entre lo patológico y lo normal pueden ser muy difusos, por ejemplo La Ruc (1992) tras revisar los trabajos relacionados con los marcadores neurodegenerativos, indica que es posible encontrar en personas mayores alteraciones neuropatológicas, a pesar de que estas presentan un funcionamiento cognitivo normal.

El objetivo de este trabajo es profundizar en el envejecimiento normal y en el deterioro cognitivo leve, por esto, se centrará la atención en ellos. Para ello se comenzará hablando del envejecimiento normal y sus características.

### **1.2 Envejecimiento normal**

#### **1.2.1 Cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos en el envejecimiento normal**

Macroscópicamente, los estudios anatomopatológicos post mórten revelan una disminución en el peso y en el volumen cerebral; ya que mientras el volumen de los hemisferios se mantiene entre los 20 y los 50 años, a partir de los 60 se produce un decremento del 2%, apareciendo atrofia cerebral en el

40% de los ancianos (Junqué y Jurado 1994, extraído de Junqué y Barroso, 2009). También existe un aumento del tamaño de los surcos corticales, una disminución del grosor del córtex y una dilatación del sistema ventricular (Junqué y Barroso, 2009). Un aspecto muy importante a la hora de estudiar el envejecimiento es la variabilidad y especificidad de los cambios, ya que no todos los individuos envejecen igual. Cuando se habla de variabilidad no solo se refiere a las diferencias individuales sino que, además, existe una gran variabilidad intraindividual (Delgado, 2011)

Tradicionalmente, a nivel celular, se ha enfatizado la pérdida neuronal, pero se ha visto que esta no es tan drástica, aproximadamente un 10% y difícilmente esta pérdida puede explicar un declive (Junqué y Barroso, 2009). A parte de esta disminución y reducción neuronal son frecuentes los cambios degenerativos, presentes en condiciones patológicas, como por ejemplo en la demencia de Alzheimer, en la cual existen las placas neuríticas o presencia de la proteína beta amiloide (Román y Sánchez, 1998).

Este deterioro no es global, sino específico, siendo el lóbulo más afectado el frontal en su región dorsolateral, es la que mayor afectación cortical experimenta en el envejecimiento normal. Además, algunos núcleos subcorticales, como el caudado del cuerpo estriado, sufren un deterioro similar al de la corteza prefrontal (Rubin, 1999, extraído de Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). La corteza temporal también se encuentra afectada, aunque en menor medida, que los anteriores, mostrando una mayor variabilidad (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). Se puede observar que a nivel subcortical, también aparecen cambios (Navarro, 1998), se deteriora poco a poco el hipocampo, siendo esta alteración más rápida después de los 70 años (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). Aunque no es únicamente el hipocampo es el afectado; la amígdala, los ganglios basales, locus coeruleus y la sustancia negra presentan también una reducción en el número de neuronas asociado a la edad (la Rue, 1992, extraído Román y Sánchez, 1998).

La corteza no es el único tejido cerebral que sufre cambios por el envejecimiento. En la actualidad se ha visto que la corteza y la sustancia blanca se deterioran, aunque este deterioro es diferente en cada una de ellas. La corteza cerebral experimenta un deterioro progresivo a lo largo de la vida mientras que la sustancia blanca aumenta hasta los 20 años aproximadamente y se mantiene hasta llegar a los 40-60 años, tras esta edad comienza a decrecer (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

Otros componentes que se han relacionado con el envejecimiento son los neurotransmisores, en los cuales existen cambios o alteraciones en la síntesis y degradación de los mismos como de sus receptores (Román y Sánchez, 1998).

Podemos concluir que el envejecimiento se produce una disminución de peso y volumen cerebral por un deterioro de distintas regiones cerebrales (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

### 1.2.2 Cambios cognitivos en el envejecimiento

Cuando hablamos de funcionamiento cognitivo en la vejez se puede observar que existe una gran heterogeneidad (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011), ya que al factor edad, se le añaden el factor de actividades a las que el sujeto a lo largo de toda su vida (Junqué y Barroso, 2009).

Viendo los cambios neuroanatómicos, los cuales son citados en el apartado anterior, se observa que el deterioro cortical frontal, el deterioro de las estructuras subcorticales y la afectación de sustancia blanca, que conecta estas estructuras, da lugar a la mayor parte de los cambios cognitivos acontecidos en el envejecimiento normal (Tisserand y Jolles, 2003; Sullivan y Pfefferbaum, 2006, extraído de Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

En el envejecimiento, la queja más frecuente es la falta de **memoria**, siendo un aspecto de relevancia en la actualidad. Hoy se sabe que el deterioro de la memoria en el envejecimiento normal no es unitario (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

La disminución de la **velocidad de procesamiento** que se puede ver en la vejez, tanto a nivel motor como cognitivo, es un hallazgo indiscutible (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011). En la vejez vemos que un cambio evidente es el enlentecimiento, definido como <<tiempo necesario para cualquier tarea que requiera mediación del sistema nervioso central>> (Birren y Fisher, 1992, extraído de Juncos Rabadán, 1998). Este enlentecimiento afecta al comportamiento y más concretamente, a la cognición, a la menor rapidez en los transmisores neurales.

El **lenguaje**, aporta mucha información de cara al diagnóstico diferencial (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011), puesto que de todas las funciones cognitivas, es la menos que parece deteriorarse en el envejecimiento normal a excepción de que exista una patología, por ejemplo una pérdida auditiva (Román y Sánchez, 1998). Cabe destacar que en el proceso de envejecimiento, continúa el desarrollo del lenguaje, sobre todo a nivel semántico y de información general, relacionado con experiencias (Puyuelo y Bruna, 2006).

Las capacidades lingüísticas más afectadas, si comparamos adultos jóvenes con mayores, son aquellas que requieren una adecuada preservación de los procesos de acceso y recuperación léxica (Delgado, 2011). Uno de los problemas léxicos y cognitivos más frecuentes es el fenómeno de «la punta de la lengua» (Burke, MacKay, Worthley et al., 1991 extraído de Bruna 2006). Esta dificultad consiste en el enlentecimiento o incluso una imposibilidad para encontrar la palabra adecuada, pero a la vez se tiene la sensación de saber qué palabra es exactamente (Juncos, 2006 extraído de Puyuelo y Bruna, 2006).

En múltiples estudios de denominación pictográfica se ha visto que los mayores muestran una mejoría significativa tras la administración de claves fonéticas (Delgado, 2011). Esto refleja un deterioro de la capacidad de acceder a la forma de las palabras (acceso léxico), y no a una pérdida de conocimiento

semántico, como ocurre en el envejecimiento patológico (Beatty et al., 2002; Cuetos et al., 2003; Grossman et al., 2003, extraído de Delgado, 2011).

La denominación por confrontación visual parece verse también deteriorada. En la literatura son frecuentes los trabajos que defienden una disociación entre los sistemas neurales implicados en el procesamiento de nombres y verbos mostrando evidencias tanto en casos clínicos, como en estudios de neuroimagen en individuales normales (Damasio y Tranel, 1993; Daniele et al., 1994; Zelkowitz et al., 1998; Perani et al., 1999, extraído de Delgado, 2011).

En cuanto al discurso podemos observar que existe un declive en la descripción de los objetos. Este declive puede estar acompañado de un incremento de interpretaciones y adiciones subjetivas, así como el incremento de la locuacidad (Bruna, 2006).

Algunos autores observan problemas en la comprensión de textos de manera escrita, siendo incapaces de comprender en su totalidad el contenido informativo (Román y Sánchez, 1998). Esto suele ir ligado a una mayor interpretación subjetiva, así como de un incremento de la locuacidad (Puyuelo y Bruna, 2006). Este fenómeno se interpreta como, una dificultad para organizar y estructurar la información compleja (Juncos-Rabadán, Pereiro y Rodríguez, 2005, extraído de Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

Una tarea muy estudiada en el lenguaje de adultos mayores es la de fluidez verbal ante consignas. Algunos trabajos encuentran afectación diferencial según se trate de fluidez verbal o fonética (Parkin et al., 1999; Kemper y Sumner, 2001; Foldi et al., 2003, extraído de Delgado, 2011) mientras que otros informan de una afectación similar de ambas (Bolla et al., 1998; Álamo et al., 2002, extraído de Delgado, 2011).

### **1.3 Deterioro cognitivo leve (DCL)**

La pérdida de memoria y otras funciones cognitivas es un proceso normal de la edad, pero en algunos casos están indicando una posible evolución hacia una demencia (Junqué y Barroso, 2009).

La definición más extendida del DCL proviene del grupo de la Mayo Clinic Rochester, Minnesota. Este grupo lo define como un estado transicional entre el envejecimiento normal y las demencias, se que encuentra dentro del deterioro patológico y por tanto, no es atribuible y/o explicado por la edad. El deterioro cognitivo leve, se considera un factor de riesgo para el desarrollo de una demencia, en especial de la demencia tipo Alzheimer (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

Criterios de DCL aprobados por el *European Consortium on Alzheimer's Disease* (Portet et al., 2006, extraído de Junqué y Barroso, 2009):

1. Quejas cognitivas procedentes del paciente o los familiares
2. Declive de las funciones cognitivas respecto a sus habilidades previas durante el año anterior según el paciente o informador.
3. Alteraciones cognitivas evidencias por la evaluación clínica (alteración de la memoria u otros dominios cognitivos).

4. Ausencia de repercusiones mayores en la vida cotidiana (el paciente puede referir dificultades en tareas cotidianas complejas).

5. Ausencia de demencia.

Se han observado en diferentes recursos, diversas formas de clasificar los sujetos con DCL, pero se ha optado por la de Petersen y Morris (2005) por ser la más afín a las ideas del trabajo. Ellos observaron la heterogeneidad clínica del DCL y propusieron la siguiente **clasificación**:

- DCL *amnésico*: solo afecta a la memoria. Es la presentación más frecuente del DCL en la que se observa un importante deterioro de la memoria, con relativa preservación del resto de las capacidades cognitivas; es el tipo de DCL más estudiado y conocido. Este tipo de DCL progresará preferentemente a demencia tipo Alzheimer (Junqué y Barroso, 2009).

- DCL *de dominios múltiples amnésico*: se caracteriza por un leve deterioro en más de un área cognitiva, siendo una de ellas la memoria, pero de gravedad insuficiente de una demencia. Implica diversos grados de afectación de algunos dominios cognitivos como el lenguaje, las funciones ejecutivas y las habilidades visoespaciales con alteración de la memoria.

- DCL *de dominios múltiples no amnésico*: afecta a varias áreas cognitivas distinta de la memoria, teniendo en cuenta que esta se puede ser afectada por la interrelación con otras áreas cognitivas que si se hallen afectadas.

- DCL *e dominio único no amnésico*: en este caso las personas afectadas muestran un deterioro en un solo dominio distinto de memoria. Se conservan relativamente intactas otras capacidades cognitivas con un deterioro insuficiente para las actividades de la vida diaria, como para construir demencia.

La prevalencia del DCL varía de un estudio a otro pero se encuentra entre el 3 y el 17% de las personas superiores a los 65 años (Junqué y Barroso, 2009). Como ya se ha señalado anteriormente, el DCL es de gran relevancia e impacto por la posibilidad de desarrollar una demencia, entre un 40 y el 80% aproximadamente en seguimientos de 5 o 6 años. Aunque dentro del DCL hay individuos que permanecen estables y no empeoran o incluso vuelven a mostrar una ejecución correspondiente a un envejecimiento normal (Bruna, Roig, Puyuelo, Junqué y Ruano, 2011).

### 1.3.1 Perfil neuropsicológico

Las investigaciones sobre el DCL se han centrado en identificar su perfil neuropsicológico. La gran parte de los estudios se ha investigado DCL a través de análisis de aquellos participantes que evolucionan hacia la enfermedad de Alzheimer (EA), prestando especial atención a la memoria, por lo que son relativamente escasas las investigaciones teniendo como objetivo específico el estudio del procesamiento del lenguaje (Juncos-Rabadán, Pereiro, Facal y Rodríguez, 2010).

Parece que en pacientes con DCL y con Alzheimer temprano, existe una carencia de asociación semántica en el aprendizaje de palabras (Perri et al., 2009 extraído de Rosselli y Ardila, 2012). Las intrusiones son una característica del DCL y en etapas tempranas del Alzheimer. Una intrusión es

la producción equivocada del nombre de un objeto que no se encontraba en la lista que debía ser recordada. Esto sugiere un proceso de almacenamiento incompleto. Aunque esto ocurre también en el envejecimiento normal en el DCL la frecuencia de las intrusiones es mayor (Rosselli y Ardila, 2012).

Los problemas en fluidez verbal, semántica y fonológica, pueden ser causados por problemas en el funcionamiento de la memoria semántica, la memoria de trabajo y la capacidad de control ejecutivo (Juncos-Rabadán, 2009).

Los problemas de denominación están muy bien documentados en el Alzheimer y el DCL (Bayles y Kasniak, 1987; Taler y Philips, 2008 extraído de Juncos-Rabadán, 2009). MacKay y Burke, (1990) están de acuerdo en que los problemas de denominación pueden deberse a alteración o degradación de las redes semánticas y/o fonológicas y a la dificultades para acceder a sus representaciones por problemas en las mismas.

Algunos estudios han considerado que los sujetos con DCL en comprensión verbal, tanto en tareas descontextualizadas, como en tareas narrativas, captan menos información que los controles (Juncos-Rabadán, 2009).

#### **1.4 Programas de intervención para en la estimulación del lenguaje**

En la actualidad existen múltiples programas de intervención para la estimulación cognitiva de las personas mayores como son: el programa *Activemos la Mente* de la fundación “la Caixa”, los cuadernos de repaso o *volver ver a empezar* de la fundación ACE (Alzheimer Centre Educacional) del Institut Català de Neurociències Aplicades, el programa *Uszheimer*, el programa *Granollers* o el programa *Montessori* entre otros.

Todos ellos en menor o mayor manera tratan el lenguaje, entre otras áreas como son la memoria (en general el área más extensa a tratar) o la atención. Estos programas abordan las diferentes áreas del lenguaje como son la comprensión, el vocabulario, la denominación, la escritura y la lectura, etc. Los programas ACE, *Activemos la Mente* y *Granoller* tienen un apartado concreto para trabajar el lenguaje mediante actividades específicas. El programa *Uszheimer*, propone otras alternativas, ya que pese a tener un área dedicada al lenguaje, también realiza otras actividades como el arte o la danza. El programa *Montessori*, está muy enfocado a las demencias con un deterioro cognitivo alto y no se apoya en el lenguaje en gran medida, aunque si adapta el material al entorno del paciente.

Estos programas comparten factores comunes, todos tratan el lenguaje en menor o mayor medida, y están orientados a personas con demencia, en su gran mayoría demencia tipo Alzheimer. Esto no quiere decir que las actividades de estos programas no puedan ser realizadas por las personas que no posean demencias, ya que estas pueden ser adaptadas, sin gran dificultad, al nivel de otro tipo de usuarios

Otro factor común en los programas es que en general obvian un aspecto importante como son las experiencias vitales, y realizan actividades sin tener en cuenta las preferencias y los antecedentes personales de los usuarios.

Cabe destacar que La fundación la Caixa, dentro de su programa *Activemos la Mente*, tiene “El libro de la memoria”, que pese a estar orientado a trabajar la memoria, también se puede utilizar para trabajar el lenguaje. En él, se utilizan las experiencias de la persona, ya que tienen que relatar su vida en un libro. Aquí por fin se ve la inclusión de las experiencias personales en la realización de tareas, característica común de este trabajo.

En el curso académico 2014-2015, Jerónimo y Pérez, 2015 presentaron un Trabajo de Fin de Grado que pretendía estimular el lenguaje utilizando las experiencias personales de los participantes. El presente trabajo pretende realizar un programa que estimule el lenguaje basándose en las experiencias vitales tal y como propusieron las compañeras anteriores pero enfocado a personas con envejecimiento normal o con deterioro cognitivo leve.

## 2. Justificación del programa

Se observa que la población con envejecimiento normal y con DCL tienen problemas del lenguaje. Para que este deterioro no vaya a más debe ser intervenido, sobre todo en los casos de DCL, ya que como se comentaba anteriormente, existe un gran riesgo de padecer una demencia, sobre todo una EA.

El objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de programa de intervención que prevenga o retrase la aparición de una demencia en personas con un envejecimiento normal o con DCL, por tanto:

Este trabajo pretende:

- Como **objetivo general**:
  - Mejorar o mantener el lenguaje
- Como **objetivos específicos**:
  - Mejorar la denominación
  - Mejorar la fluidez de lectura
  - Mejorar la comprensión de la lectura
  - Mejorar la escritura
  - Mejorar la comprensión auditiva
  - Mejorar la organización de las narraciones

## 3. Método

### 3.1 Participantes

El programa se llevará a cabo con personas con envejecimiento normal o con DCL, mayores de 65 años, residentes en Tenerife, y con lengua materna el español. Se trabajará con 30 personas máximo del mismo municipio, en pequeños grupos de entre 8 y 10 personas como máximo. El proyecto tendrá lugar en un espacio que el ayuntamiento brinde para poder realizar este programa.

Los participantes se dividirán según las puntuaciones obtenidas en la prueba *Minimal State Examination*, dividiendo los participantes en dos grupos, según sus puntuaciones. Si obtienen una puntuación de 27 o más pertenecerán al grupo 1 y de 24 a 12 se encontrarán en el grupo 2. También se seleccionará un grupo control que debe cumplir los mismos criterios que los

participantes del programa y se le pasarán las mismas pruebas, a la misma vez que a los participantes. Este grupo control no recibirá el tratamiento, solo se usará para ser si este es efectivo.

Los criterios de exclusión serán:

- Ser menor de 65 años.
- Padecer una demencia.
- Padecer una enfermedad mental grave.
- Su lengua materna no sea el español.

### 3.2 Instrumentos

Los participantes serán evaluados antes de empezar el programa y tras acabar el mismo. Esta evaluación se llevará a cabo mediante los siguientes instrumentos:

- *Minimental State Examination*. Fue desarrollada por Folstein et al., 1975, como un instrumento para la detección de trastornos cognitivos. (J. Butman, 2001).

Después de esta prueba, se pasará a aquellos que cumplan los requisitos (obtener una puntuación mayor de 12 en el Minimental), las siguientes pruebas:

- *Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI)*. Se usará la versión 2.1. que se elaboró en 1997 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una entrevista estructurada capaz de clasificar las personas enfermas en las categorías de los grandes síntomas basados en los criterios de clasificación del DSM-VI y CIE-10 (Díaz, Bethencourt y Peñate, 2004). Está compuesta por 14 secciones y cada una se compone de una serie de preguntas. Este trabajo se centrará especialmente en la sección E: trastornos depresivos y trastorno distímico o trastorno depresivo persistente, y sección M: Demencia, amnesia y otros trastornos.

- *Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia*, fue desarrollado por Goodglass con la colaboración de Kaplan y Barresi, y fue adaptada al español por al español por García-Albea. En este trabajo se usará su tercera edición (2005). Esta prueba permite evaluar diferentes ámbitos del lenguaje como son: el habla conversacional y de exposición, la comprensión auditiva, la expresión oral, la lectura y la escritura.

- *Entrevista a los familiares* (Anexo 1) para conocer un poco más a los usuarios del programa y además descartar que posean algún criterio de exclusión.

### 3.3 Materiales

- Entrevista a los Familiares (Anexo 1)
- Consentimiento informado para el ayuntamiento (Anexo 2)
- Consentimiento informado para los usuarios (Anexo 3)
- Consentimiento informado para familiares (Anexo 4)
- Fotos de los usuarios y de sus familiares.
- Periódicos
- Revistas.

- Lápices, bolígrafos y papel.
- Música variada
- Encuesta de satisfacción para los usuarios (Anexo 4)
- Encuesta de satisfacción para los familiares de los usuarios (Anexo 5)

### **3.4 Procedimiento**

Se pasa a explicar el procedimiento del programa en sus distintas fases:

#### **3.4.1 Fase 1: Evaluación y selección de la muestra**

Lo primero que se hará es ponerse en contacto con el ayuntamiento elegido para ver si sería posible realizar este programa en su municipio. Para esto se le explicará el programa para ver si estarían dispuestos a proveer un local donde se pueda realizar el programa. En caso de que estuviera de acuerdo, se les mandará el consentimiento informado (Anexo 2). Cuando éste sea aceptado, se procederá a hablar con los futuros usuarios y sus familiares para ver la acogida del programa.

A continuación comenzará la fase de evaluación. Se administrarán los test previstos en sus domicilios, en caso de que lo autoricen, con el fin de conocer mejor a los participantes y a su vez evaluarlos en un entorno familiar para ellos. El primer test será el Minimental State Examination. A partir de los resultados de esta prueba, como se ha comentado antes, se realizarán dos grupos, según su puntuación. Si la puntuación es de 27 o más se les asignará el grupo 1 y si obtienen una puntuación de 24 a 12, se encontrarán el grupo 2. En cualquiera de estos dos casos, se le administrará el resto de las pruebas (Boston y el CIDI). Todos lo que obtengan una puntuación menor a 12 en la primera prueba, estarían excluidos por posible demencia, aunque estos resultados no deben ser interpretados como un diagnóstico médico. Se debe tener en cuenta que estas divisiones no son fijas e inamovibles, si vemos que un usuario no avanza adecuadamente en su grupo se le cambiará al otro grupo, para así intentar mejorar su rendimiento y evitar la frustración.

Además de las citadas pruebas, se les pedirá a los participantes o a sus familiares que en caso de que sea posible, adjunten sus certificados médicos para ver si padecen alguna enfermedad que pueda ser criterio de exclusión. También se les pedirá a los familiares que si fuera posible realicen una pequeña encuesta (Anexo 1).

#### **3.4.2 Fase 2: Programa de intervención**

Para realizar este programa de intervención, se han seguido algunas de las ideas propuestas en el Trabajo de Fin de Grado realizado por Jerónimo y Pérez, 2015.

Todas las actividades que se utilizarán a lo largo del programa pretenden motivar el lenguaje desde las experiencias y preferencias de los participantes.

El inicio de todas las sesiones se inicia con una actividad “Saludo”, en la cual los usuarios entrarán y se sentarán en el aula. A continuación, se les incitará a que realicen una pequeña charla sobre lo que se trabajó el día

anterior y cómo se sintieron. Luego se les pedirá que cuenten alguna experiencia cotidiana que haya tenido lugar en los últimos días y que no tenga ver con el entorno del programa.

Tras esto se comienza con las actividades programadas para cada una de las sesiones, siendo estas de un determinado tiempo, que se especifica en el cronograma del apartado 2.4.2.1. La duración de las actividades es una estimación, ya que tenemos que tener en cuenta que trabajamos con personas, y no podemos ceñirnos estrictamente a un tiempo. Cuando acaben una o dos actividades los usuarios tendrán un pequeño descanso para que puedan relacionarse entre ellos y así favorecer los vínculos entre ellos, y a la vez el lenguaje.

Para acabar la sesión se realizará una actividad de “Hasta Luego”, en la que se recapitulará en orden cronológico las diferentes tareas realizadas durante la sesión. Para ello, los usuarios deberán ir relatando lo que se ha hecho, alternándose el turno de palabra. Para facilitar la tarea, se harán preguntas cortas del tipo *¿Cuál fue la primera actividad después del descanso?*

Las sesiones serán de una hora y cuarto, aunque la primera será más corta, debido a que se dedicará exclusivamente a presentaciones, tanto de los propios usuarios como del programa.

Para la realización de ciertas actividades enfocadas al aprendizaje de la lectura y la escritura se contará con la colaboración de un pedagogo.

### 3.4.2.1 Cronograma

Sesión 1		Sesión 2	
15´	Explicación breve del programa y posibles preguntas	15´	Saludo
10´	Firma de autorizaciones	20´	¿Quién es?
10´	Presentación de cada uno de los participantes	5´	Descanso
20´	Conocimiento de cada uno de los participantes, gustos y actividades diarias	20´	¿En qué trabajaste? (3 participantes máximo)
10´	Hasta luego	5´	Descanso
		10´	Hasta luego
Sesión 3		Sesión 4	
15´	Saludo	15´	Saludo
10´	¿Qué es esto?	15´	Escúchame 1
20´	Historias del pueblo/trabajo con el pedagogo aprender a leer y escribir	5´	Descanso
5´	Descanso	30´	El baúl de los recuerdos
15´	Queremos conocerte (2 participantes máximo)	5´	Descanso
10´	Despedida	10´	Despedida
Sesión 5		Sesión 6	
15´	Saludo	15´	Saludo

15´	¿Quién es?	20´	Escúchame 2
5´	Descanso	5´	Descanso
20´	Leamos el periódico/ trabajo con el pedagogo aprender a leer y escribir	10´	El refranero
10´	El sitio donde vives y/o vivías (1 participante máximo)	15´	¿En qué trabajaste? (2 participantes máximo)
10´	Hasta luego	10´	Hasta luego
<b>Sesión 7</b>		<b>Sesión 8</b>	
15´	Saludo	15´	Saludo
20´	¿Qué has hecho hoy?/trabajo con el pedagogo aprender a leer y escribir	20´	El baúl de los recuerdos
5´	Descanso	5´	Descanso
20´	El sitio donde vives y/o vivías (2 participantes máximo)	15´	El cantante
5´	Descanso	10´	¿Verdad o mentira?
10´	¿Qué es esto?	10´	Hasta luego
10´	Hasta luego		
<b>Sesión 9</b>		<b>Sesión 10</b>	
15´	Saludo	15´	Saludo
20´	Historias del pueblo/trabajo con el pedagogo aprender a leer y escribir	15´	Sígueme el refrán
5´	Descanso	10´	Queremos conocerte (1 participante máximo)
20´	¿En qué trabajaste? (2 participantes máximo)	5´	Descanso
5´	Descanso	20´	¿Quién es?
10´	Hasta luego	10´	Hasta luego

### 3.4.2.2 Actividades

Las actividades de este programa se separarán por áreas del lenguaje, y se trabajarán las más afectadas en esta población como se ha visto anteriormente. Se seguirá el estilo de las actividades empleadas en el Trabajo de Fin de Grado realizado por Jerónimo y Pérez, 2015. Aunque algunas de las actividades sean parecidas, este trabajo se centra más en la narración de hechos pasados propios y en la estimulación del lenguaje entre los participantes. Como novedad, añade el apartado de lectura y escritura y elimina el apartado de repetición y praxis sugerido en su trabajo.

#### Denominación

- *Actividad 1: ¿Qué es esto?*

Desarrollo: Se les proporcionarán una serie de fotos de objetos de la vida cotidiana proporcionadas por los familiares. El usuario deberá decidir cuál es su uso, si es de su propiedad y si él o ella lo usan mucho o poco a lo largo

del día. Objetivo: Mejorar la denominación de objetos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 2: ¿Quién es?</i></li> </ul> <p>Desarrollo: En parejas se jugará al juego <i>¿Quién es quién?</i>, pero con fotos de sus familiares. Los usuarios contarán con un máximo de quince fotos de personas de su entorno. A través de preguntas deberán averiguar cuál de ese conjunto de fotografías posee el compañero.</p> <p>Objetivo: Mejorar la denominación y la memoria</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 3: El baúl de los recuerdos</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se le pedirá a los familiares de los usuarios que proporcionen fotografías, de manera que los usuarios no posean información sobre qué fotografías son. En estas imágenes deben aparecer personas de su entorno. El usuario deberá reconocerlos y decir su nombre. Al final de la actividad escogerá su foto favorita y le hará un pequeño resumen al resto de que paso el día de la fotografía y quiénes son los que salen en ella.</p> <p>Objetivo: Mejorar la denominación y la memoria</p>
<b>Memoria verbal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 1: El cantante</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se les pondrá música de la época y género que más les guste y de repente se parará la canción y ellos tendrán que seguir la letra.</p> <p>Objetivo: Mejorar la memoria</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 2: Sígueme el refrán</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se les dejará un refrán a medias y ellos tendrán que completarlo.</p> <p>Objetivo: Mejorar la memoria</p>
<b>Lectura y escritura</b>
<p>Puede que en el grupo de personas haya algunas que sepan leer y otras que no, por lo que se intentará subsanar este problema dándole actividades para mejorar su lectura a los que sepan leer, y enseñado poco a poco a los que no sepan.</p>
<p><i>Para lo que sí saben leer y escribir:</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 1: Historias del pueblo</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se les presentarán historias cortas al principio, siendo más largas según avancemos, sobre acontecimientos importantes que han pasado en el pueblo o ciudad donde vivan. Al acabar esta historia se les realizarán</p>

<p>una serie de preguntas sobre la misma.</p> <p>Objetivo: Mejorar la comprensión de la lectura</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 2: Leamos el periódico</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se les proporcionará el periódico del día y se les solicitará que lean una de las noticias a cada uno. Se intentará que estas noticias estén vinculadas al menos mínimamente con sus intereses. Tras esto, deberán redactar un pequeño resumen sobre lo leído, presentárselo al resto y dar su opinión al respecto.</p> <p>Objetivo: Mejorar la comprensión de textos y aprender a resumir</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 3: ¿Qué ha hecho hoy?</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Para empezar les pediremos que cuenten que han hecho hoy hasta que han llegado a la sesión. Tras contarlo tendrán que escribir un resumen de lo que han hecho.</p> <p>Objetivo: Mejorar la escritura y la memoria</p>
<p><i>Para los que no sepan leer ni escribir:</i></p> <p>Para este apartado se contará con la ayuda de un pedagogo, que los ayude a aprender a leer y escribir.</p>
<p><b>Narración</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 1: Queremos conocerte</i></li> </ul> <p>Desarrollo: El usuario tendrá que hacer una pequeña descripción de sí mismo al resto de los usuarios.</p> <p>Objetivo: Mejorar la narración de pequeñas historias</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 2: ¿En qué trabajaste?</i></li> </ul> <p>Desarrollo: La persona tiene que contar en que ha trabajado a lo largo de su vida, en que han consistido sus trabajos y que les pareció esa experiencia. Para ello tendrán que hacerlo por orden cronológico. Esta pequeña exposición será delante del resto de sus compañeros.</p> <p>Objetivo: Mejorar la organización del discurso cronológicamente</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 3: El sitio donde vives y/o vivías</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Deben contar como es el sitio donde vivían de pequeños, cómo era y qué hacía en él. Si no ha cambiado de domicilio, debe contar los cambios que se hayan sucedido a lo largo de los años. Si ha cambiado varias veces de lugar de residencia, debe contar cómo eran cada uno de ellos.</p> <p>Objetivo: Mejorar la secuenciación de pequeñas historias</p>
<p><b>Comprensión</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 1: escúchame 1</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se les leerá una historia, y tendrán que estar atentos a ella. Para ver si han atendido a la historia, se les hará una pregunta sobre lo leído a cada uno de ellos, sin repetir ninguna pregunta.</p> <p>Objetivo: Mejorar la comprensión auditiva y la atención</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 2: Escúchame 2</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se pondrán en parejas, y uno de ellos contará una historia de su vida, de la cual el otro no debe saber nada. Cuando acaben de contarla el que estaba escuchando debe decir que era lo que pasaba en la historia de manera resumida y ordenada. A continuación, se intercambiarán los papeles.</p> <p>Objetivo: Mejorar la comprensión de textos y resumir de manera ordenada</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 3: El refranero</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se les dirán refranes que pueden haber sido modificados o no. Por ejemplo en vez de decirle, “a quien madruga dios le ayuda” se le dirá “a quien duerme dios le ayuda”. Ellos tendrán que escucharlo y decir si eso es un refrán o no</p> <p>Objetivo: Mejorar la comprensión auditiva y la atención</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Actividad 4: ¿verdad o mentira?</i></li> </ul> <p>Desarrollo: Se plantearán una serie de frases de su entorno cercano y deberán decir si es verdad o mentira.</p> <p>Objetivo: Mejorar la comprensión de frases y la atención</p>

### 3.4.3 Fase 3: Evaluación final

Para comprobar si en la intervención si existen diferencias significativas, se les someterá a los usuarios los test iniciales (test de Boston y el CIDI) nuevamente al finalizar el programa. También se les solicitará que valoren el programa a los participantes con una encuesta (Anexo 3) y a los familiares con otra encuesta (Anexo 4).

Se usara metodología descriptiva y correlacional. Se añadirá un grupo control, para comprobar que los en caso de que hubiera diferencias significativas, si estas son explicadas por el programa. Se hará una comparación pre-post tratamiento intragrupo y pre-post tratamiento intergrupo. Para realizar este análisis se usara el SPSS en su última versión 23.0

## 4. Discusión y conclusiones

Como se ha visto anteriormente, existen múltiples programas para abordar el deterioro cognitivo. *Activemos la Mente* de la fundación “la Caixa”, *Volver a Empezar* de la fundación ACE, el programa Uszheimer, el programa Granollers o el programa Montessori están enfocados desde otras áreas del conocimiento por lo que no tienen como elemento principal el lenguaje, aunque

si lo abordan todos ellos. También se ha podido comprobar que estos programas de actuación están diseñados en su mayoría para personas que ya poseen una demencia, normalmente una EA, aunque cada vez más otros tipos. Observando todos los programas se puede ver que pese a que sean orientados a una población con demencia, pueden ser extrapolables a la población de este trabajo. Por norma general, todos los programas obvian un aspecto muy importante como son las experiencias personales.

Aún así, existen ciertas excepciones. El programa *Activemos la Mente* de la fundación la Caixa, propone el "*Libro de la Memoria*", en el cual se narran las experiencias de toda su vida. Aunque sea una actividad para trabajar la memoria se ve como podría ser adaptada para trabajar el lenguaje. El programa *Uszheimer* por ejemplo también intenta trabajar las funciones cognitivas de manera diferente al resto, aplicando el arte o la danza para ese fin, aunque sin utilizar las experiencias vitales. El programa Montessori, está muy enfocado a las demencias y no usa demasiado el lenguaje, aunque sí adapta el material al entorno del paciente, pero las actividades que propone no serían extrapolables a la población de este trabajo, ya que no le dan gran importancia al uso del lenguaje y además están enfocadas a personas que tengan un deterioro mucho mayor.

Con esto llegamos al trabajo propuesto por Jerónimo y Pérez en el curso académico 2014-2015, en el cual realizan un programa en el que los participantes son intervenidos en el lenguaje, mediante sus experiencias vitales. En este trabajo propusieron que los pacientes debían tener un cierto grado de deterioro cognitivo y conductual. Este programa se ha tomado como referencia para llevar a cabo este trabajo, por lo que tiene muchas similitudes pero también diferencias. Por ejemplo la población a la que se dirige, las compañeras anteriores lo llevan a personas con un nivel de deterioro mayor que el propuesto en este trabajo. También se hace visible que, pese que algunas actividades tengan una cierta similitud, ellas proponen realizar un seguimiento de sus experiencias vitales a través de personajes famosos, eventos históricos o de temática Canaria, mientras que en este trabajo se propone trabajar con las experiencias vitales propias, con fotos y recuerdos suyos, para así hacerlo más cercano y personal. Se ha añadido el apartado de lectura y escritura, para estimular y conservar esta área o para que aquellos que no lo posean puedan adquirirlo con ayuda de un pedagogo. En este trabajo no se han propuesto apartados ni de repetición ni de gestualidad o praxis, ya que no se considera necesario para la población de este programa.

Este trabajo ha propuesto crear un programa en el cual los participantes, mejoren su lenguaje con actividades creadas para ellos especialmente, siendo estas actividades adaptadas a su nivel y siguiendo sus experiencias y gustos tal y como proponían Jerónimo y Pérez, 2015, para que no las vean como algo trabajoso, aburrido o infantil. Además, En algunos estudios realizados en ancianos con envejecimiento normal se ha visto que, para trabajar memoria es más efectivo y por lo tanto aconsejable realizar sesiones grupales con una duración entre 60 y 90 minutos (Novoa, Juárez y Nebot, 2008), por lo que las sesiones presentadas nunca superaban este tiempo.

Como conclusión final y como se viene diciendo a lo largo de este trabajo, los mayores con envejecimiento normal y con deterioro cognitivo leve deben tener un programa adaptado a ellos y a sus necesidades.

Se debe destacar lo novedoso de este programa, ya que trata de estimular el lenguaje, como área principal a tratar, mediante sus experiencias, para así crear actividades adaptadas a ellos y conseguir mejores resultados.

## 5. Referencias bibliográficas

- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C., y Ruano, Á. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Butman, J., Arizaga, R., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., y de Pascale, A. et al. (2001). El "Mini Mental State Examination" en Español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*, 26(1), 11-15.
- Delgado, R. (2011). *Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo*. Universidad de La Laguna.
- Díaz-Cruz, F., Bethencourt Pérez, J., y Peñate Castro, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol.24 (90).
- Jerónimo Fumero, M. y Pérez Díaz, E. (2015). *Propuesta y Aplicación de un Programa de Estimulación del Lenguaje en Tercera Edad, basado en sus Experiencias Vitales*. Grado en Logopedia. Universidad de La Laguna.
- Juncos Rabadán, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento*. Barcelona: Masson.
- Juncos Rabadán, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*. Barcelona: Masson.
- Juncos-Rabadán, O. (2009). Lenguaje en el deterioro cognitivo leve. *Revista De Logopedia, Foniatría Y Audiología*, 29(1), 1-3.
- Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A., Facal, D., y Rodríguez, N. (2010). Una revisión de la investigación sobre lenguaje en el deterioro cognitivo leve. *Revista De Logopedia, Foniatría Y Audiología*, 30(2), 73-83.
- Junqué, C. y Barroso, J. (2009). *Manual de neuropsicología*. Madrid: Síntesis.
- Manual de intervención en demencias. Programa Uszheimer*. (2005). Huelva.
- Novoa, A., Juárez, O., y Nebot, M. (2008). Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 474-482.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Programa de estimulación Granollers*. Fundación hospital/Asil Granollers. (2003).
- Puyuelo, M. y Bruna, O. (2006). Envejecimiento y lenguaje. *Revista De Logopedia, Foniatría Y Audiología*, 26(4), 171-173.
- Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales De Psicología*, 14(1), 27-43.

Rosselli, M. y Ardila, A. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría Y Neurociencias*, 12(1), 151-162.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Morata.

Tàrraga, L. y Boada Rovira, M. (2003). *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades. Barcelona: Glosa.

Ventura, R. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental "Hermilio Valdizan"*, 2, 17-25.

## 6. Anexo

### Anexo 1

#### Entrevista a los familiares

##### Datos familiares, sobre el usuario:

- ¿Está casado?
- ¿Tiene hijos?
- ¿Tiene nietos?
- ¿Ha sufrido alguna pérdida importante de algún familiar recientemente?
- ¿Acudió a la escuela? ¿Hasta qué edad? ¿Qué nivel de estudios tiene? ¿Sabe leer y escribir?

##### Datos Clínicos, sobre el usuario:

- ¿Padece alguna enfermedad grave? ¿Cuál?
- ¿Acude con frecuencia al médico?
- ¿A qué médico suele acudir más frecuentemente?
- ¿Ha acudido al neurólogo en este último año?

##### Rendimiento y comportamiento del usuario:

- ¿Ha notado cambios en su comportamiento en los últimos meses o años? ¿Cuáles?
- ¿Se distrae con facilidad?
- ¿Se olvida de las cosas? si es que si, por favor ponga ejemplos
- ¿Se desorienta con facilidad en lugares familiares? Por ejemplo, no sabe salir del supermercado de siempre
- ¿Lo nota triste últimamente?
- ¿Le cuesta salir de casa o se mantiene activo?
- ¿Es independiente en las tareas de su rutina diaria? En caso de que haya alguna de que no, por favor especifique cual
- ¿Le resulta difícil comunicarse con él?

##### Gustos y vivencia del usuario:

- ¿Qué es lo más que le gusta hacer a su familiar?
- ¿Cuáles son las motivaciones de su familiar?
- ¿Tuvo trabajo? ¿Cuál?
- ¿Realiza alguna actividad fuera de casa? ¿Cuál?

##### Opiniones:

- ¿Usted cree que su familiar puede necesitar un programa de intervención en el lenguaje?

## Anexo 2



Estimado/a:

Tatiana Álvarez Hernández, con DNI 42199642-R, soy alumna del último curso del Grado en Logopedia de la Universidad de La Laguna. Me pongo en contacto con usted para informarle que he llevado a cabo una propuesta de intervención en adultos mayores y ponerla en práctica en su municipio.

El programa que queremos aplicar en la población mencionada, se centra en aspectos del habla. La intención sería de llevar a cabo la con 20 o 30 participantes de su municipio, con dos sesiones semanales de una hora y cuarto.

Este trabajo no supondrá coste económico, ni para los participantes ni para el ayuntamiento, simplemente pretende ampliar la formación como Logopeda, contando con la supervisión de los tutores académicos de la Universidad de La Laguna. Lo único que se le pedirá para la realización de esta actividad, es un local donde puedan ser llevada a cabo.

Me gustaría contar con su colaboración para el desarrollo de este trabajo cualquier duda puede ponerse en contacto conmigo.

La laguna a 28 de Junio de 2016

Tatiana Álvarez Hernández

### Anexo 3



Estimado/a:

Tatiana Álvarez Hernández, con DNI 42199642-R, soy alumna del último curso del Grado en Logopedia de la Universidad de La Laguna. Me pongo en contacto con usted para informarle que he llevado a cabo una propuesta de intervención en adultos mayores y ponerla en práctica en su municipio.

El programa que queremos aplicar en la población mencionada, se centra en aspectos del habla. La intención es que se lleve a cabo en pequeños grupos y me gustaría que fuera usted participante de este programa

Este trabajo no supondrá coste económico, ni para usted y para sus familiares, simplemente pretende ampliar la formación como Logopeda, contando con la supervisión de los tutores académicos de la Universidad de La Laguna. Lo único que se le pedirá para la realización de esta actividad, es su participación.

Me gustaría contar con su colaboración para el desarrollo de este trabajo cualquier duda puede ponerse en contacto conmigo.

La laguna a 28 de Junio de 2016

Tatiana Álvarez Hernández

## Anexo 4



Estimado/a:

Tatiana Álvarez Hernández, con DNI 42199642-R, soy alumna del último curso del Grado en Logopedia de la Universidad de La Laguna. Me pongo en contacto con usted para informarle que he llevado a cabo una propuesta de intervención en adultos mayores y ponerla en práctica en su municipio.

El programa que queremos aplicar en la población mencionada, se centra en aspectos del habla. La intención es que se lleve a cabo en pequeños grupos y me gustaría que si familiar fuera participante de este programa

Este trabajo no supondrá coste económico, ni para usted y para su familiar, simplemente pretende ampliar la formación como Logopeda, contando con la supervisión de los tutores académicos de la Universidad de La Laguna. Lo único que se le pedirá para la realización de esta actividad, es la participación de su familiar y en algunos casos su ayuda.

Me gustaría contar con su colaboración para el desarrollo de este trabajo cualquier duda puede ponerse en contacto conmigo.

La laguna a 28 de Junio de 2016

Tatiana Álvarez Hernández

## Anexo 5

### Encuesta a los participantes

Valore del 1-5, como se ha sentido de satisfecho a lo largo del programa, siendo:

- 1 - Nada satisfecho, no me ha gustado nada
- 2 - Poco satisfecho, no me ha gustado
- 3 - Me he sentido neutral
- 4 - Satisfecho, me ha gustado
- 5 - Muy satisfecho, me ha gustado mucho

Marque con una X

	1	2	3	4	5
Las actividades me resultaban infantiles					
Me ha gustado como ha impartido clases la logopeda					
Me ha resultado corto					
Creo que las actividades me han ayudado a mejorar el lenguaje					
Las actividades me resultaban difíciles					
Me ha resultado largo					
Me he sentido fuera de lugar					
Me he sentido cómodo con mis compañeros					
Me ha resultado útil					
Ha sido agradable					

### Para concluir, responda a estas preguntas

- Si le ofrecieran continuar con el programa, ¿lo haría?
- ¿Cree que ha mejorado el lenguaje?
- ¿Le ha gustado?
- ¿Qué nota del 1-10, le pondría al programa?
- ¿Cambiaría algo del programa?

## Anexo 6

Encuesta a los familiares

Valore del 1-5, los cambios y el programa que ha realizado su familiar

1 - Nada satisfecho

2 - Poco satisfecho

3 - Neutro

4 – Satisfecho

5 - Muy satisfecho

Marque con una X

	1	2	3	4	5
He visto mejoría en su lenguaje					
Parecía que le gustaba ir al programa					
Volvía contento y con ganas de volver					
No he visto mejorías					
No le gustaba, me decía que era aburrido o infantil					
Creo que le ha venido bien					
No le gustaba, me decía que era difícil					
Me decía que le gustaba					

### Para finalizar, responda a estas preguntas

Si volviera para atrás ¿le animaría a apuntarse al programa?

Si se ampliara el programa le animaría a ir

¿Cree que le ha venido bien?

¿Ve mejorías en su familiar? En caso de ser afirmativo ¿Cuáles?