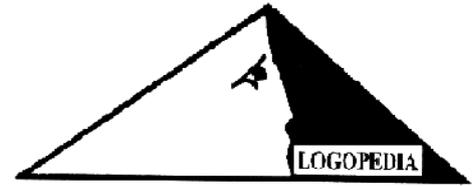




Universidad de Valladolid



PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN LOGOPÉDICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

GRADO EN LOGOPEDIA

Autor:

Elisabeth Moyano García

Tutora:

Esther González Sobrino

Valladolid, julio 2020

Resumen

En la actualidad la enfermedad de Alzheimer produce una gran afectación en la población. Esta patología afecta de forma global al individuo, tanto física, psíquica y social. Debido a que numerosos profesionales estarán en contacto durante todo el transcurso, la creación de una guía logopédica para el tratamiento de pacientes con demencia (orientada a profesionales) será fundamental para una adecuada intervención. Asimismo, se deben conocer las dificultades lingüísticas y comunicativas, además del nivel de deterioro cognitivo del paciente. Con todo ello, el objetivo que se pretende alcanzar será la mejora en la calidad de vida del individuo y de sus cuidadores y familiares.

Palabras Clave: Alzheimer, logopedia, guías

Abstract

Currently, society is highly affected by Alzheimer's disease. This pathology affects the individual physically, psychically and socially. Many professionals will be in contact throughout the course. Therefore, the creation of a speech therapy guide, aimed at professionals, for the treatment of patients with dementia will be essential for proper intervention. The linguistic and communicative difficulties must also be known, as well as the level of cognitive deterioration of the patient. The objective to be achieved will be the improvement in the quality of life of the individual and their caregivers and family members.

Key words: Alzheimer, speech and language therapy, guide

ÍNDICE

Introducción	4
Justificación teórica:	6
La demencia. Concepto, etiología y clasificación.	6
La enfermedad de Alzheimer. Definición	8
Fases de la enfermedad de Alzheimer	9
Tratamiento.	10
Lenguaje y demencia.	11
Profesionales en la demencia. El papel del logopeda.	15
Objetivos	16
Metodología	16
Actuación	17
Conclusiones	31
Bibliografía	33
Anexos	34
Escala deterioro global (GDS) de Reisberg	34
Material de la actividad tipo	38

Introducción

El presente trabajo recoge la creación de **tres protocolos de intervención logopédica en la enfermedad de Alzheimer**. Sintetizando las dificultades presentes en cada fase y las instrucciones de actuación. Además, se complementa con una breve revisión bibliográfica en la que se especifican las bases en las que se sustenta la patología, con una etiología multifactorial y otros tipos de tratamientos. El objeto de estudio serán las **alteraciones en el lenguaje y comunicación**, siendo unos de los principales síntomas observables en el inicio de la enfermedad. Se establecerán jerárquicamente cuales son las dificultades según la gravedad de la patología. Para ello, se tomará como referencia la escala de deterioro cognitivo (GDS) de Reisberg, teniendo en consideración las capacidades cognitivas conservadas según el individuo.

Se presentarán tres opciones de tratamiento:

- **BLANCO**: diseñado para sujetos con un deterioro cognitivo leve.
- **AMARILLO**: en pacientes con deterioro moderado.
- **ROJO**: en pacientes con un deterioro grave.

El principal objetivo será común para todos, mejorar la calidad de vida del sujeto y retrasar en la medida de lo posible el transcurso de la enfermedad. Estos protocolos se tienen que adaptar a las características del sujeto, no se debe generalizar las pautas a una población ya que cada individuo desarrollará de forma heterogénea la enfermedad.

Así, las siguientes guías de intervención presentarán una misma estructura, en la que el primer paso será una evaluación para determinar la correcta selección de la actuación, se mostrarán instrumentos de evaluación lingüística y cognoscitiva para valorar el grado de deterioro cognitivo y las dificultades en el lenguaje existentes. Después de seleccionar el protocolo adecuado, comenzará la intervención propiamente dicha, la metodología de las sesiones, objetivos, temporalización y actividades.

Finalmente, se desarrollarán una serie de pautas destinadas a la comunicación entre terapeuta y cuidadores/familiares. Debido a que la enfermedad de Alzheimer provoca un deterioro global que afecta a nivel físico, psíquico y social. Por lo que la

implicación de la familia/cuidadores tendrá un papel fundamental en el desarrollo del paciente.

Los instrumentos que presentamos se crean guía para los profesionales y cuidadores que se encuentran en contacto con el enfermo. Además, aunque en principio estas herramientas se han creado para la intervención en la enfermedad de Alzheimer, se podrán aplicar para otro tipo de demencias.

Justificación teórica:

A la hora de seleccionar un tema de estudio, las necesidades experimentadas durante el proceso de prácticas en la asociación de Alzheimer dieron lugar a numerosas preguntas a las que se desea dar respuesta: “*¿Dónde tengo que intervenir?*”, “*¿Cómo debo evaluar a un paciente con demencia?*”, “*¿Qué actividades son las más adecuadas para la intervención?*”, “*¿Cuáles son las pautas que debemos dar a los cuidadores?*” Estas cuestiones que acompañaron todo el proceso han motivado el presente trabajo.

La demencia. Concepto, etiología y clasificación.

En los últimos años se ha observado un aumento de la incidencia en la población con demencia, esto se puede ser debido al aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población durante las últimas décadas. 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.** Concretamente en España, la prevalencia ronda el 0,05%, entre las personas de 40-65 años; el 1,07% entre los 65-69 años; el 12,2% en los 80-84; el 20,1 % en los 85- 89 y el 39,2% entre los mayores de 90 años. Y de acuerdo con los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y los datos anteriores, **el número de afectados en España supera las 700.000 personas entre los mayores de 40 años.** Se prevé que, en 2050, el número de enfermos se habrá duplicado y afectará a dos millones de personas.

De acuerdo con la definición de la OMS (World Health Organization, 2017, Global action plan on the public Health response to dementia 2017-2025), 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 las actividades cotidianas. La forma más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que puede representar entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpo de Lewy y un grupo de enfermedades que contribuyen a la demencia frontotemporal. Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente existen formas mixtas”

Otros autores han querido dar una definición más concreta de la demencia como J. Peña-Casanova (1999). Este médico define la demencia como un síndrome global que indica que el paciente ha perdido o está perdiendo progresivamente la memoria y el conjunto de sus capacidades mentales, la capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana dando lugar a una disminución de sus capacidades funcionales.

Además, suele estar acompañada de alteraciones psicológicas (delirios, alucinaciones) y trastornos del comportamiento (agitación, alteración del sueño). Las alteraciones cognitivas alteradas son: **la memoria, el lenguaje, la orientación espacial y temporal, el pensamiento y la capacidad ejecutiva, de juicio y de abstracción** (Formación Médica Continuada, 2011, Vol 18).

La etiología y clasificación de las demencias es muy variada (Tarazaga, 2014). Puede ser debida a enfermedades relacionadas con el flujo sanguíneo, enfermedades hereditarias (enfermedad de Huntington, de Wilson, etc), infecciones (VIH), sustancias tóxicas, drogas (alcoholismo), etc.

Estos datos resaltan la necesidad de actuación sobre la población sana y afectada de carácter precoz. Se requerirán una variedad de profesionales, que de forma multidisciplinar perseguirán para frenar, en la medida de lo posible, el transcurso de la enfermedad. Aquí **aparece el papel del logopeda, cuyo propósito será prevenir, evaluar e intervenir sobre todas las alteraciones en el lenguaje y la comunicación resultantes del deterioro cognitivo.**

La enfermedad de Alzheimer. Definición

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV (1994), la enfermedad de Alzheimer se define como **la presencia de múltiples déficits cognitivos manifestados por un deterioro de la memoria y/o una o más de las siguientes alteraciones cognitivas**: afasia, apraxia, agnosia o alteración de las funciones ejecutivas que provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una disminución importante del nivel previo de actividad. El curso de la enfermedad se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo. (Cullell N, Bruna O, Puyuelo M, 2006)

Existen factores que incrementan el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer. Estos son:

- Sexo femenino
- Antecedentes de demencia de primer grado
- Algún familiar con síndrome de Down
- Personas de raza negra

Además del factor de riesgo de toda demencia, la edad: a mayor edad, mayor probabilidad de sufrir la patología (Formación Médica Continuada, 2011, Vol 18)

Fases de la enfermedad de Alzheimer

Al igual que el resto de las enfermedades neurodegenerativas, de carácter gradual y continuo, la enfermedad de Alzheimer tiene varias fases o estadios. Tarrazaga, (2014), establece tres fases cuyas características fundamentales son:



Otra clasificación de las etapas de la demencia y la enfermedad de Alzheimer es la escala de deterioro global de Reisberg.

“La escala GDS establece una distinción de siete fases, que van desde la normalidad hasta los estadios más avanzados de la enfermedad de Alzheimer” (Peña-Casanova, 1999)

Este autor realizó una traducción en el año 1982 de la escala original (Reisberg, B; Ferris, S.H; de León, M. D y Crook, T, 1982). En esta reproducción se aprecian claramente las afectaciones que se producen en las siete fases de la enfermedad.

Estas fases se complementan con las puntuaciones obtenidas en la prueba cognitiva Minimental cognoscitivo de Lobo. De esta forma se puede clasificar de forma sencilla a los sujetos.

- **GDS 1: Ausencia de alteración cognitiva (MEC: 30-35 puntos)**
- **GDS 2: Deterioro cognitivo muy leve (MEC: 25-30 puntos)**
- **GDS 3: Deterioro cognitivo leve (MEC: 20 Y 30 puntos)**
- **GDS 4: Deterioro cognitivo moderado (MEC: 16-23 puntos)**
- **GDS 5: Deterioro cognitivo moderado-grave (MEC: 10-19 puntos)**
- **GDS 6: Deterioro cognitivo grave (MEC: 0-12 puntos)**
- **GDS 7: Deterioro cognitivo muy grave (MEC: 0 puntos)**

Tratamiento.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer se han conseguido avances significativos en el conocimiento de la patología, se han encontrado mutaciones asociadas a formas familiares, factores de riesgo genético y epidemiológico (Brañas Baztán F y Serra Rexach J A, 2002).

Podemos establecer dos tipos de tratamiento (Formación Médica Continuada, 2011, Vol 18):

- **Farmacológico:** consiste en la administración de sustancias químicas con el objetivo de retrasar o parar la enfermedad. Actualmente no hay ningún tratamiento que sea efectivo a largo plazo, exceptuando los casos de demencia reversible.
- **No farmacológico:**
 - **Orientado al paciente:** con el objetivo de mejorar su capacidad cognitiva y funcional, además de las alteraciones conductuales. Algunos tipos son: la estimulación cognitiva, la reminiscencia, la estimulación sensorial, el entrenamiento de las actividades de la vida diaria o la musicoterapia.
 - **Orientado al cuidador:** consiste en crear técnicas cognitivo-conductuales para mejorar el manejo del paciente con alteraciones conductuales, reducir el estrés, informar sobre la enfermedad, su evolución y pronóstico.

La intervención logopédica consiste en un **tratamiento no farmacológico orientado hacia el propio paciente y sus cuidadores**. Con el individuo se realizarán sesiones en las que se plantearán objetivos generales y específicos. Siendo la demencia una enfermedad neurodegenerativa, los objetivos a corto y largo plazo no son adecuados ya que la evolución de los síntomas será variable, rápida o lenta, dependiendo del grado de afectación y el transcurso de la enfermedad.

Los familiares/cuidadores presentarán situaciones de frustración y estrés al tratar con los sujetos con enfermedad de Alzheimer. **El terapeuta se encargará del entrenamiento en técnicas para mantener una buena comunicación entre paciente-cuidador y las estrategias necesarias para controlar las conductas disruptivas, ya sean agresivas, depresivas, sexualizadas, etc.**

La logopedia está destinada a la reestructuración del lenguaje en aquellas alteraciones que presente el sujeto, además de la comunicación entre el paciente con su entorno.

Los terapeutas tienen que tener en cuenta que la mayoría de los sujetos se encuentran bajo una administración continuada de fármacos. Por ello, es imprescindible que el profesional sea consciente de las sustancias químicas ingeridas, ya que los cambios de medicación pueden provocar alteraciones conductuales que alteren las sesiones.

Lenguaje y demencia.

Hernández Jaramillo J (2010) realizó una síntesis de las alteraciones lingüísticas halladas en sujetos con demencia tipo Alzheimer, reuniendo y valorando todos los niveles del lenguaje. Estableció tres tablas según el estadio en el que se encuentra la enfermedad: leve, moderado y severo.

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN ESTADIO LEVE

	Semántica	Sintáctica	Fonológica	Pragmática	Lectoescritura
Comprensión	Dificultad para comprender oraciones de contenido complejo. Comprensión de ideas simples conservada.	Dificultad leve para comprender oraciones de organización extensa y/o compleja	Recuperación conservada de forma léxica fonológica.	Olvido ocasional de su interlocutor. Pérdida de preguntas y referencias del narrador.	Comprensión lectora conservada para contenidos simples
Expresión	Dificultad para recuperar palabras en comprensión espontánea. Lenguaje fluido, pero poco concreto. Sustitución de palabras (parafasias semánticas, circunloquios)	Estructura sintáctica conservada. Repetición afectada para oraciones largas	Sistema fonológico conservado.	Disminución en tiempo y contenido del discurso. Divagación y tópico difuso. Olvido, reiteración e ideas incompletas en la conversación. Automonitoreo y autocorrección.	Escritura alterada en la forma

En una fase inicial de la enfermedad **las alteraciones más evidentes son las referidas al nivel léxico-semántico y pragmático**. En el primero, aparece el Fenómeno de la Punta de la Lengua, esa dificultad para la evocación de vocabulario. A modo compensatorio, el sujeto utiliza **las parafasias y circunloquios para solventar esa dificultad de acceso al léxico**, además de dificultades en la comprensión de oraciones complejas y largas.

A nivel pragmático, aparecen **dificultades en la comprensión y expresión del discurso** y todas ellas con carencia de contenido y con cambios de tema recurrentes. También se observan **algunas alteraciones en la escritura**, podemos observar omisiones, sustituciones y en algunos casos, distorsiones.

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN ESTADIO MODERADO

	Semántica	Sintáctica	Fonológica	Pragmática	Lectoescritura
Comprensión	<p>Dificultad moderada para recuperar palabras en conversación espontánea y en tareas específicas.</p> <p>Comprensión escasa de frases de contenido complejo.</p>	<p>Comprensión de oraciones sintácticas simples.</p> <p>Disminución en la comprensión de secuencias y series</p>	<p>Escaso recobro de la representación auditiva de la palabra</p> <p>Dificultades en el Procesamiento del lenguaje oral</p>	<p>Olvidó del interlocutor</p> <p>Incomprensión de rasgos intencionales de la conversación</p>	<p>Lectura en voz alta conservada, pero si la atribución de sentido</p> <p>Comprensión lectora alterada para mensajes de alta complejidad gramatical</p>
Expresión	<p>Dificultad para las tareas denominación y categorización.</p> <p>Aumento predominio de parafasias semánticas</p> <p>Reducción del vocabulario expresivo</p>	<p>Producción verbal con forma sintáctica reconocibles pero cortas se mantienen los morfemas sintácticos</p> <p>Repetición afectada para oraciones simples.</p> <p>Omisión de conectores y palabras funcionales de la oración.</p> <p>Conservación de estereotipias verbales sociales</p>	<p>Confusión ocasional de patrones de pronunciación</p> <p>Parafasias fonológicas</p>	<p>Frases inacabadas</p> <p>Repetición de ideas en la conversación</p> <p>Olvido de su interlocutor</p> <p>pérdida del tópico y abandono de la conversación</p> <p>Auto monitoreo y auto corrección poco frecuente</p> <p>Ecolalia</p> <p>Limitación En la toma de turnos en la conversación</p>	<p>Escritura de palabras y frases cortas</p> <p>Reducción De la variedad de elementos en la Redacción</p> <p>Dificultades para iniciar de forma espontánea la escritura</p>

En el siguiente estadio de la enfermedad, los síntomas anteriores se van agravando y aparecen **alteraciones a nivel sintáctico, en la construcción y comprensión de oraciones**. En esta fase, el proceso comunicativo con el paciente se ve afectado considerablemente. Además de las alteraciones de acceso al léxico y construcción de oraciones, los problemas pragmáticos son cada vez más evidentes, comienza la dificultad de controlar los turnos conversacionales, el discurso del interlocutor es irrelevante para el sujeto por lo que el intercambio de información se encuentra muy limitado.

DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DE LA COMUNICACIÓN EN DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN ESTADIO SEVERO

	Semántica	Sintáctica	Fonológica	Pragmática	Lectoescritura
Comprensión	Comprensión únicamente de elementos significativos limitaciones importantes para nominar y recuperar las palabras comprensión solamente de palabras u oraciones muy cortas o con elementos familiares	Comprensión severamente alterada para frases o limitada palabras cortas y familiares	Imprecisiones en la conversación fonológica	Indiferencia casi total hacia su entorno e interlocutor Pérdida de ideas clave del discurso del otro No reconoce patrones de intencionalidad	Afectación severa para la comprensión lectora
Expresión	Reducción del vocabulario Utilización únicamente de elementos significativos Predominio de parafasias semánticas	Limitación en el uso del lenguaje automático Repetición casi extinta, incluso para palabras monosílabas Omisión frecuente de palabras funcionales	Parafasias fonológicas. Ecolalia Palilalia Logoclonías	Conversación casi ausente, limitada o imprecisa. Circunloquios Ausencia de automonitoreo y autocorrección Mutismo Imposibilidad para mantener el tópico	Afectación casi total de la escritura por componente apráxico. Puede conservarse la escritura de letras y/o palabras monosílabas

En el **estadio final de la enfermedad de Alzheimer, las alteraciones en el lenguaje son importantes, aparecen dificultades en todos los niveles lingüísticos**. Estos imposibilitan un intercambio comunicativo entre interlocutor y paciente.

En esta fase, aparecen **problemas a nivel fonológico**, en el que puede ir desde una producción basada en ecolalias (repetición incontrolada de frases del interlocutor), palilalias (repetición incontrolada de palabras) o logoclonías (repetición

de sílabas) hasta un mutismo total y la pérdida de la capacidad comunicativa. O incluso, el sujeto puede alterar su producción distorsionando, omitiendo o sustituyendo fonemas formando un lenguaje de jerga incomprensible para su entorno.

Profesionales en la demencia. El papel del logopeda.

La enfermedad de Alzheimer es una patología que afecta de forma global al sujeto. Por ello, **la presencia de un equipo multidisciplinar será fundamental para elaborar un adecuado tratamiento para el enfermo.** Un grupo de especialistas que deberá estar formado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, logopedas, etc. **Se formará así un equipo de profesionales con sus propias competencias que trabajará conjuntamente en la búsqueda de un objetivo común, mejorar la calidad de vida del enfermo de Alzheimer.**

Una buena comunicación entre los profesionales será indispensable para una próspera rehabilitación. En esta relación *multidisciplinar* será fundamental conocer todos los puntos sobre los que están actuando el resto de los especialistas para que el paciente pueda aprovechar al máximo la terapia.

Una ejemplificación de la importancia de la comunicación entre profesionales son los procesos de evaluación, algunas pruebas pierden su fiabilidad si se repiten con demasiada frecuencia, por lo que mantener comunicación con los terapeutas será indispensable, como por ejemplo el Test Minimental de Lobo, el cual debe realizarse como mínimo cada seis meses.

Como se indicaba con anterioridad en el epígrafe *Lenguaje y demencia*, 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 primordial desde los inicios de la patología.** Incluso en aquellos individuos que presenten un GDS 1, ausencia de demencia, la intervención será de carácter preventivo.

De la misma forma, otros profesionales, como psicólogos, educadores sociales y terapeutas ocupacionales también trabajarán el lenguaje en sus sesiones. Por este motivo, se recomienda que la figura del logopeda también se encuentre presente de

una forma pasiva en este tipo de terapias. Así, el especialista del lenguaje será el que se encargue de enseñar al resto de profesionales las pautas y directrices que se deben llevar a cabo con los pacientes que presentan la enfermedad de Alzheimer.

Objetivos

El objetivo principal del trabajo es **ofrecer una guía de intervención a través de diferentes protocolos en las alteraciones lingüísticas producidas por la enfermedad de Alzheimer.**

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son:

- Sintetizar la información extraída mediante la revisión bibliográfica y la experiencia para determinar las alteraciones en el lenguaje en la enfermedad de Alzheimer.
- Determinar las necesidades de la población con Alzheimer
- Diferenciar las fases de la enfermedad y las bases en las que se debe actuar.
- Establecer una secuenciación lógica y fiable de actuación logopédica en demencia.
- Acercarse al paciente desde la globalidad, física, psíquica y social.
- Diferenciar entre la actuación de diferentes profesionales y el logopeda, junto con su importancia en la geriatría.

Metodología

La creación de los protocolos comenzó mediante **una comparativa de las alteraciones en el lenguaje y comunicación** resultantes de cada grado de deterioro cognitivo establecido por la escala GDS, concretamente con la traducción realizada por J. Peña-Casanova (1982). Este autor realizó una separación de las diferentes alteraciones que sufren los pacientes con enfermedad de Alzheimer según su nivel de deterioro cognitivo. También se ha tenido en cuenta la síntesis realizada por Hernández Jaramillo (2010), descrita anteriormente.

Además, a este estudio se le suma la experiencia propia obtenida durante el proceso de prácticas de la Universidad, concretamente en la asociación de Alzheimer de Valladolid. En este periodo **se realizaron tratamientos**

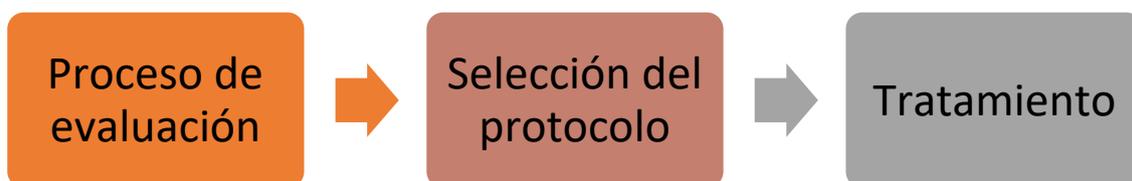
individualizados y grupales a pacientes en diferentes fases de la enfermedad. La actuación abarcó desde el proceso de evaluación hasta la creación del programa de intervención logopédica.

Utilizando estos datos de apoyo, **se han creado los protocolos de intervención logopédica centrados en el lenguaje**, dejando el resto de las funciones cognitivas para futuros trabajos e investigaciones.

Actuación

La actuación que se llevará a cabo con sujetos con demencia tipo Alzheimer consistirá en la realización de un proceso de evaluación en el que se individualizará al paciente acorde a sus dificultades y características, la selección del protocolo más adecuado y la puesta en marcha del tratamiento. A la hora de comenzar con el tratamiento propiamente dicho, una actitud inflexible, es decir, aquella que no considera las opciones de cambio en su actuación, no será beneficiosa para el paciente. En aquellos casos que el protocolo no se ajuste a sus características, es viable mezclarlos para crear un programa de intervención adecuado, los cuales consigan alcanzar el objetivo principal, **la mejora de la calidad de vida del sujeto**.

La secuenciación de la actuación logopédica será la siguiente:



Proceso de evaluación:

El primer paso de toda intervención es realizar una valoración integral del paciente, buscando sus puntos fuertes y dificultades.

El proceso de evaluación es igual en los tres protocolos. Una vez determinado el nivel de deterioro y las alteraciones lingüísticas del sujeto, se elegirá un camino u otro. Este proceso consistirá en el uso de diferentes pruebas:

1. **Anamnesis:** se realizará una entrevista con el paciente y la familia para recoger la máxima información posible, como por ejemplo antecedentes personales y familiares, inicio del deterioro y su evolución, características sociales y laborales, escolaridad, aficiones, intereses, etc. En este proceso se puede comenzar a realizar la historia de vida del sujeto, con la ayuda de la familia aportando material visual.
2. **Pruebas cognitivas:** Determinarán el nivel de deterioro cognitivo que padece el sujeto. Algunas de ellas son:
 - a. **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.
 - b. **Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC):** Su objetivo es la detección y evaluación del deterioro cognitivo mediante las siguientes áreas: orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria y lenguaje.
 - c. **Test del reloj:** Es una herramienta de *screening* que evalúa las siguientes funciones: visoperceptivas, visomotoras, visoconstructivas, planificación y ejecución motora. El sujeto debe dibujar un reloj (a la copia o dictado), y según el número de aciertos y errores determinará si existe un deterioro o no.
3. **Pruebas del lenguaje:** Muestran las alteraciones lingüísticas que presenta el individuo.
 - a. **Neurobel:** Consiste en una batería de evaluación del lenguaje destinada a una población con deterioro cognitivo leve. Posee ocho tareas, en las que se valora la expresión y comprensión del lenguaje.
 - b. **Test Ecco_Senior:** Evalúa la comprensión del lenguaje escrito, diseñado para una población con deterioro cognitivo leve.
 - c. **Test Denominación de Boston:** Evalúa la pérdida de las habilidades comunicativas: denominación y memoria semántica.
 - d. **Test Barcelona:** Evalúa el discurso del paciente mediante la descripción de una lámina y situaciones abstractas.
 - e. **Token test (Renzi y Vignolo, 1962):** Prueba que valora las alteraciones de la comprensión oral. Consiste en la presentación de 20

fichas diferentes con las que el paciente debe realizar una secuencia de instrucciones verbales.

- f. **Protocolo de exploración de Habilidades Metalinguísticas Naturales en la Afasia. MetAphas (Rosell Clari y Hernandez sancristán, 2014):** Esta prueba valora las habilidades metalinguísticas de la persona con demencia.
- g. **PREP-P. Protocolo rápido de evaluación pragmática revisado (Fernandez-Urquiza, Díaz, Moreno, Lázaro y Simón, 2015):** Evalúa la competencia pragmática y comunicativa del sujeto. Además, permite diferenciar entre las alteraciones pragmáticas de las gramaticales.

- 4. **Escala de deterioro global (GDS) de Reisberg**, con la que se determina la fase en el que se encuentra el sujeto. Se utiliza la puntuación extraída en el MEC.

En el proceso de evaluación de la demencia se debe tener en consideración la realización de una evaluación inicial y continua, pero dejando atrás una evaluación final, ya que la enfermedad de Alzheimer no se puede dar por finalizada por lo que el proceso de intervención será continuado en el tiempo.

Selección del protocolo

Una vez establecidos los puntos susceptibles de intervención, el siguiente paso será seleccionar un protocolo u otro. Se han diseñado según el grado de afectación según la escala de Reisberg.

PROTOCOLO BLANCO	Pacientes GDS 1, 2, 3
PROTOCOLO AMARILLO	Pacientes GDS 4, 5
PROTOCOLO ROJO	Pacientes GDS 6, 7

El protocolo Blanco está diseñado para sujetos sanos, con un leve deterioro o un inicio de demencia. En el caso de individuos en ausencia de patología, la actuación está planteada para la prevención de un futuro deterioro. En los casos de deterioro cognitivo leve, las alteraciones más significativas son las quejas de memoria, la dificultad de acceso al léxico y la pragmática, por lo que las actividades serán diseñadas para mejorar la denominación y descripción de objetos y personas,

la comprensión de oraciones u órdenes complejas, los turnos conversacionales, la fluidez verbal, la expresión espontánea, etc

El protocolo Amarillo, dirigido a una población con un deterioro cognitivo moderado-grave, trabajará, además de lo anterior, el nivel sintáctico. La formación y comprensión de oraciones simples y complejas, la coherencia y cohesión del discurso, el uso de información relevante, ...

El protocolo Rojo está diseñado para la población cuyo deterioro se encuentre en una fase grave-severa. Este estadio suma todas las alteraciones anteriores junto con una distorsión de la fonología del sujeto, creando un lenguaje de jerga incomprensible para los demás. Podrá llegar a un mutismo total y la pérdida de comunicación del individuo con su entorno.

Los niveles del lenguaje que serán tratados en cada uno de los protocolos serán los siguientes:

	PROTOCOLO BLANCO	PROTOCOLO AMARILLO	PROTOCOLO ROJO
Nivel pragmático	X	X	X
Nivel léxico-semántico	X	X	X
Nivel sintáctico		X	X
Nivel fonológico			X

Tratamiento:

Una vez evaluado al sujeto y seleccionado un protocolo, el siguiente paso es **llevar a cabo la intervención**. Se debe tener en cuenta la individualidad del paciente, considerado desde una perspectiva global. Conocer su historia de vida, sus preferencias, aficiones, miedos y preocupaciones es indispensable a la hora de llevar a cabo una buena intervención. Carece de importancia centrarse en exclusiva

en la realización de las tareas. Es necesario tener en cuenta los deseos y preocupaciones del paciente.

La intervención planteada **será de carácter semiestructurado y directo**, paciente-terapeuta. No se mantiene un guion fijo, sino que será el terapeuta el que cambiará el transcurso de la sesión según considere oportuno, adaptándose a las características del individuo. **Las personas con demencia tienden a presentar alteraciones conductuales que pueden llegar a perturbar toda una sesión**, por lo que será tarea del terapeuta reconducir al sujeto hacia el objetivo de la sesión y continuar con las tareas planteadas.

Temporalización:

El proceso de intervención no tiene una temporalización fija en las alteraciones neurodegenerativas, es decir, **no tiene fecha de finalización**. Pero según el protocolo será recomendable las siguientes sesiones semanales:

- BLANCO: 2-3: Sesiones semanales de 30-45 minutos
- AMARILLO: 3-4: Sesiones semanales de 30-45 minutos
- ROJO: 3-4: Sesiones semanales de 30 minutos

La duración de las sesiones será de 30-45 minutos, no se aumentará el tiempo para evitar la fatiga y frustración del individuo, ya que la demencia es una patología que se acompaña con alteraciones psíquicas (depresión, apatía, ...)

Objetivos:

Los objetivos planteados en cada uno de los protocolos van acordes con las dificultades que presentan en cada fase. Pero estos son susceptibles de modificaciones según las características del paciente, ya que el transcurso de la enfermedad es variable para cada sujeto, debido a que las alteraciones del lenguaje son heterogéneas.

Actividades:

La creación de actividades depende de cada profesional. Será el especialista quien tomará la decisión de crear su propio material e instrumental u optar por aquellos que se encuentran comercializados. En cualquiera de los casos, el terapeuta tendrá libertad a la hora de elegir uno u otro, siempre y cuando logre, alcanzar el objetivo planteado.

La enfermedad de Alzheimer es una patología que afecta a todos los niveles del lenguaje, por lo que las posibles tareas para llevar a cabo son infinitas. En una misma sesión se pueden llevar a cabo actividades de denominación de objetos, creación de oraciones y lectura de textos. En los protocolos están reflejadas las posibles combinaciones de actividades que se pueden realizar en cada fase de la enfermedad.

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

Las actividades planteadas para el protocolo Blanco serán más complejas y variadas proporcionando un amplio abanico de opciones para el tratamiento. En cambio, en el protocolo Rojo, las actividades serán sencillas y concretas, apoyándose de materiales visuales y táctiles, creando una representación de la realidad.

En el protocolo Amarillo, al ser un estadio intermedio, se combinarán ambas opciones. Se utilizarán tareas con un nivel de abstracción semejante al protocolo blanco, pero con el apoyo de materiales sensoriales para la correcta realización de la actividad.

A pesar de la adaptación de las tareas basada en el deterioro cognitivo del paciente, utilizar una misma actividad para todos los protocolos es absolutamente viable. Así, el terapeuta deberá ajustar la tarea al nivel de complejidad adecuado para el individuo, como se explica en el siguiente protocolo de actuación.

Actividad de denominación de objetos de un mismo campo semántico:

Protocolo Blanco: ¿Qué nos podemos encontrar en la cocina?

Esta actividad sería oral y escrita. Se proporciona al sujeto una lámina a completar. Primero se pide una respuesta completa verbal y después escrita. No se proporciona material de apoyo. Si presenta dificultades, como el uso de circunloquios, se ayudará con aproximaciones fonéticas. Además, se buscará una respuesta completa, si el terapeuta considera que el sujeto puede acceder a un léxico más complejo se incidirá en ello.

Protocolo Amarillo: ¿Qué nos podemos encontrar en la cocina?

Esta actividad sería oral y escrita (si se conserva la escritura), se proporciona una lámina a completar. Se pide una respuesta verbal y se escribirá paralelamente. La tarea se complementará con un apoyo visual, por ejemplo, imágenes de una cocina. Se rebajará la complejidad de la respuesta del sujeto, pero si se observa ocasión de mejora se incidirá en una respuesta más completa.

Protocolo Rojo: ¿Qué nos podemos encontrar en la cocina?

En este caso, la actividad sería oral. Apoyándose de materiales visuales y táctiles. Realizándose la pregunta y mostrando la imagen y los objetos para que los manipule y consiga acceder a la palabra buscada. Además, se proporcionarán ayudas fonéticas.

Algunas de las actividades que se pueden llevar a cabo son:

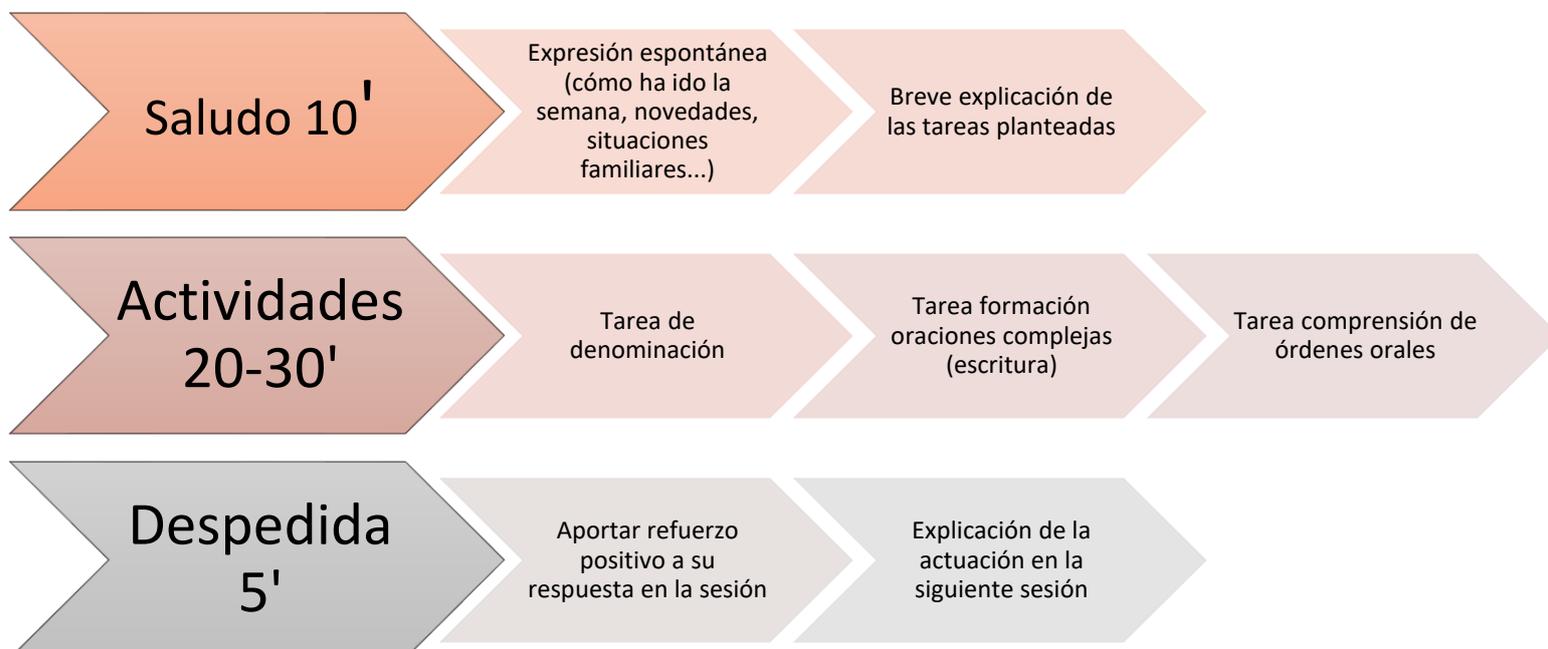
- **Tareas de denominación:** actividades de asociación semántica, acceso al léxico a partir de fonemas o letras, proporcionar una breve descripción de la palabra buscada, búsqueda de sinónimos y antónimos, palabras abstractas, etc.
- **Tareas de descripción:** formación de oraciones descriptivas sobre objetos, acciones o personas (¿Para qué sirve?, ¿de qué está compuesto?, ¿cómo es?).
- **Tareas de narración (escrita u oral):** de hechos, experiencias vividas, láminas e imágenes.

- **Tareas de lectoescritura:** dictados, lecturas de breves textos con cuestiones a responder o realizar juicios de valor a partir de la comprensión del texto.
- **Tareas de repetición (frases, palabras o sílabas).**
- **Tareas de reminiscencias:** realizar una vuelta al pasado donde se puede utilizar las vivencias del individuo a partir de un libro de vida, en el que se expresarán aquellos momentos más importantes del paciente.
- **Tareas de fluidez verbal:** realizar comentarios y opiniones sobre sucesos actuales o pasados.

Sesión tipo:

En el siguiente apartado se muestra una ejemplificación de una sesión que se puede llevar a cabo con pacientes con diferentes niveles de deterioro cognitivo. La complejidad de la sesión se encuentra en adecuar el nivel de complejidad de la actividad con las características individuales del sujeto.

Estructura de la sesión:



Actividades:

- Tarea de denominación

Se entregará al sujeto una ficha a completar, en la que aparecerá la siguiente tabla:

¿Qué objetos o personas nos podemos encontrar en?

FRUTERÍA	FERRETERÍA	MERCERÍA

Dependiendo del nivel del sujeto, la dificultad de la actividad será distinta. En el caso de sujetos con un deterioro leve se buscará una respuesta compleja combinándola con la formación de oraciones y una posible entrada de expresión espontánea sobre sus experiencias.

En sujetos con un deterioro moderado-grave, la respuesta esperada será menos compleja pero susceptible a giros en los que aumentemos y disminuyamos la dificultad de la tarea. En este caso nos apoyaríamos de material visual y ayudas fonéticas o semánticas que complementen el acceso al léxico.

Por último, en sujetos con un mayor deterioro, grave-severo, la tarea será lo más sencilla posible (oral) con el apoyo de material visual y tangible.

- **Tarea de formación de oraciones complejas**

Se presentan dos palabras relacionadas entre sí y se pide al sujeto que realice (oral y escrita) una oración con sentido. Si es posible, se utilizará la respuesta del sujeto para la producción espontánea de un tema.

Construye una oración con las siguientes palabras:

- Coche-accidente

- Perro-hueso

- Marido-Boda

- Plantas-Huerto

Como en la actividad anterior, se varía la dificultad según el nivel del paciente. Dejando la lectoescritura a los estadios mejor conservados de la enfermedad.

- **Tarea de comprensión de órdenes verbales**

El terapeuta dará una serie de órdenes verbales que el sujeto deberá llevar a cabo. Por ejemplo:

- Con la mano derecha coge el bolígrafo rojo y déjalo encima de la carpeta negra.
- Señala la puerta por la que hemos entrado y la ventana donde está el árbol.
- Enciende la luz y coge la mochila que está encima de la silla
- Levanta el brazo izquierdo y tócate la oreja derecha

Las pautas que toda actividad debe seguir son:

- Explicación clara y sencilla de la actividad para asegurar una comprensión de la tarea.
- Uso de un vocabulario conocido por el sujeto.
- Repetición de órdenes.
- Adaptar la dificultad de la tarea a las características del individuo.
- Aumentar la complejidad de las actividades a medida que avanza la intervención.
- Utilizar una misma actividad para alcanzar más de un objetivo.
- Acompañar al paciente en todo momento de la actividad, evitando las conductas de sobreprotección.
- Dejar el tiempo de latencia que requiera el individuo.

Pautas a cuidadores y familiares:

Además de los protocolos de actuación con el sujeto con la patología, se ha creado otro, destinado a los cuidadores y familiares que se encuentran en contacto con el paciente. Están orientados a cómo debe actuar el profesional a la hora de dar las explicaciones y pautas de actuación que se llevarán a cabo durante el proceso de rehabilitación.

PROTOCOLO BLANCO

	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
OBJETIVOS	Mantener las funciones cognitivas preservadas o retrasar su deterioro para aumentar la calidad de vida del paciente.	Mejorar las manifestaciones lingüísticas del deterioro: <ul style="list-style-type: none"> - Abarcar las dificultades de acceso al léxico. - Aumentar la capacidad de repetir oraciones complejas. - Mejorar la comprensión de palabras, oraciones y órdenes complejas. - Mejorar la calidad del discurso, en forma y contenido. 	
POBLACIÓN DIANA	Es un protocolo aplicable a personas sanas y con un deterioro leve (GDS 1,2 y 3). Puede utilizarse como prevención.		
EVALUACIÓN	ANAMNESIS: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares. - Antecedentes personales. - Inicio y evolución del deterioro. - Características del sujeto: escolaridad, aficiones, laborales, sociales, ... 	PRUEBAS COGNITIVAS <ul style="list-style-type: none"> - Mini-mental State Examination. - Miniexamen cognoscitivo de Lobo. - Test del reloj. 	PRUEBAS DEL LENGUAJE <ul style="list-style-type: none"> - Neurobel. - Test Ecco Senior. - Test Barcelona. - MetAphas. - PREP-P. - Test denominación de Boston.
TRATAMIENTO	TEMPORALIZACIÓN	Se realizarán 2-3 sesiones semanales de 30-45 minutos. El tiempo total de la intervención es variable, según las circunstancias del sujeto.	
	ACTIVIDADES	TAREAS	Denominación, descripción, lectoescritura, reminiscencias, fluidez verbal, conversación espontánea, repetición, narración, funciones ejecutivas.
		NIVEL DE COMPLEJIDAD: el nivel de dificultad será elevado y progresivo. La respuesta del sujeto será impredecible. El terapeuta debe sacar el mayor partido a las respuestas del individuo, siendo posible alargar una actividad combinando su nivel de complejidad. Por ejemplo: una actividad de denominación se convierte en una tarea de narración oral-escrita.	
		MATERIALES: apoyos visuales y audibles para crear sesiones atractivas y motivadores para el sujeto.	

PROTOCOLO AMARILLO

OBJETIVOS GENERALES		OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
OBJETIVOS	Mantener las funciones cognitivas preservadas o retrasar su deterioro para aumentar la calidad de vida del paciente.	Mejorar las manifestaciones lingüísticas del deterioro: <ul style="list-style-type: none"> - Abarcar las dificultades de acceso al léxico. - Aumentar la capacidad de repetir oraciones complejas. - Mejorar la comprensión y expresión de palabras, oraciones y órdenes. - Mejorar la calidad del discurso, en forma y contenido. - Abarcar las dificultades pragmáticas: turnos conversacionales, temas de conversación, información relevante. 	
POBLACIÓN DIANA	Es un protocolo aplicable a personas con un deterioro cognitivo moderado-grave (GDS 4-5)		
EVALUACIÓN	ANAMNESIS: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares. - Antecedentes personales. - Inicio y evolución del deterioro. - Características del sujeto: escolaridad, aficiones, laborales, sociales, ... 	PRUEBAS COGNITIVAS <ul style="list-style-type: none"> - Mini-mental State Examination. - Miniexamen cognoscitivo de Lobo. - Test del reloj. 	PRUEBAS DEL LENGUAJE <ul style="list-style-type: none"> - Test Barcelona. - MetAphas. - PREP-P. - Test denominación de Boston.
TRATAMIENTO	TEMPORALIZACIÓN	Se realizarán 3-4 sesiones semanales de 30-45 minutos. El tiempo total de la intervención es variable, según las circunstancias del sujeto.	
	ACTIVIDADES	TAREAS:	Denominación, descripción, lectoescritura, reminiscencias, fluidez verbal, conversación espontánea, repetición, narración, funciones ejecutivas.
		NIVEL DE COMPLEJIDAD: el nivel de dificultad de ste protocolo es intermedio, en aquellas actividades en el que el sujeto sea capaz de llegar a un nivel más elevado del esperado, se fomentará superar los objetivos planteados.	
		MATERIALES: materiales visuales (videos, imágenes, láminas, ...) y audibles (canciones, música).	

PROTOCOLO ROJO

	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
OBJETIVOS	Mantener las funciones cognitivas preservadas o retrasar su deterioro para aumentar la calidad de vida del paciente.	Mejorar las manifestaciones lingüísticas del deterioro: <ul style="list-style-type: none"> - Abarcar las dificultades fonológicas. - Aumentar la capacidad de repetición. - Mejorar la comprensión de palabras, oraciones y órdenes. - Mejorar la calidad del discurso, en forma y contenido. 	
POBLACIÓN DIANA	Es un protocolo aplicable a personas con un deterioro cognitivo grave-severo (GDS 6-7).		
EVALUACIÓN	ANAMNESIS: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares. - Antecedentes personales. - Inicio y evolución del deterioro. - Características del sujeto: escolaridad, aficiones, laborales, sociales, ... 	PRUEBAS COGNITIVAS <ul style="list-style-type: none"> - Mini-mental State Examination. - Miniexamen cognoscitivo de Lobo. - Test del reloj. 	PRUEBAS DEL LENGUAJE <ul style="list-style-type: none"> - Test Barcelona. - MetAphas. - PREP-P. - Test denominación de Boston.
TRATAMIENTO	TEMPORALIZACIÓN	Se realizarán 3-4 sesiones semanales de 30 minutos. El tiempo total de la intervención es variable, según las circunstancias del sujeto.	
	TAREAS	Denominación, descripción, lenguaje automático, fluidez verbal, repetición, narración, funciones ejecutivas.	
	ACTIVIDADES	NIVEL DE DIFICULTAD: La complejidad de las actividades será significativamente menor que en los anteriores protocolos. Utilizando todos los posibles apoyos para la realización de las actividades. La respuesta esperada será concreta a lo preguntado en cada actividad.	
		MATERIALES: instrumentos visuales (imágenes), material tangible (objetos manipulables por el individuo).	

PAUTAS A FAMILIAS Y CUIDADORES

OBJETIVO	Proporcionar a las familias y cuidadores estrategias y técnicas para mejorar la convivencia y comunicación con personas con la enfermedad de Alzheimer
POBLACIÓN DIANA	Profesionales que se encuentren en contacto con los familiares y cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer
ACTUACIÓN	<p>Proporcionar una explicación clara y sencilla sobre la patología y sus implicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de un vocabulario coloquial, dejando atrás un lenguaje técnico que imposibilite de comprensión de la alteración. - Utilizar la asertividad en la explicación de la enfermedad. - Mantener informados en todo momento a los familiares sobre las mejoras y complicaciones de la intervención. - No adornar la intervención: ser objetivo en todo momento, aunque el paciente presente un retroceso en el tratamiento. - Facilitar respuestas a todas las cuestiones que presente el familiar/cuidador. - Mostrar empatía con el familiar/cuidador. - El familiar/cuidador no es terapeuta, no debe realizar una intervención en casa. Se pueden proporcionar actividades para realizar en el hogar, pero con la supervisión del profesional. <p>Proporcionar pautas y estrategias comunicativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respetar los tiempos de latencia del individuo - No responder a las preguntas por ellos. - Proporcionar ayudas semánticas y fonológicas para ayudar en el acceso al léxico. - Controlar los turnos conversacionales. - Fomentar la intencionalidad comunicativa. - En conversación espontánea, reubicar en tiempo y espacio cuando sea necesario. - Mantener un contacto visual con el familiar. - No desplazar al individuo en conversaciones grupales: evitar referirse al enfermo en tercera persona en conversaciones grupales

Conclusiones

La creación de una guía de actuación para profesionales para la rehabilitación del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias está motivado por la propia la incertidumbre experimentada durante el periodo de prácticas de la Universidad.

Este proceso llevó consigo la modificación constante de la respuesta del terapeuta hacia el paciente, como, por ejemplo, la individualización y customización de las sesiones dando importancia a sus preferencias y deseos. De la misma forma, resultó fundamental abandonar actividades generalizadas para todos los pacientes con un semejante nivel de deterioro, otorgar mayor importancia a la expresión espontánea y organización del discurso, establecer los niveles de dificultad de las tareas, pautar los tiempos de cada sesión según el nivel del sujeto, proporcionar estrategias para la comunicación entre terapeuta-cuidador, etc. Todas estas aportaciones fueron las que ayudaron en la intervención individual y grupal en pacientes con deterioro cognitivo y así han sido plasmadas en los protocolos de actuación.

Con todo ello, el principal objetivo de la elaboración de estos protocolos es llevarlos a la práctica, concretamente al centro de día de personas y familiares de Alzheimer de Valladolid, en el que no existe el papel del logopeda, pero sus profesionales, provenientes de otras ramas de la ciencia, trabajan diariamente con el lenguaje. **Por ello, disponer de una guía de actuación en alteraciones lingüísticas en deterioro cognitivo leve-moderado-grave supondría una gran herramienta para su intervención.** Debido a las circunstancias producidas por el COVID-19 no se pudo proporcionar el material al centro, pero con la esperanza de continuar colaborando con esta institución se entregará el instrumento para su uso en el futuro.

Como se ha explicado anteriormente, la enfermedad de Alzheimer es una patología que afecta de forma global al individuo, aparecen alterados todos los componentes del sujeto. **El logopeda intervendrá a nivel lingüístico, aunque también aparecerá en aquellas situaciones en las que la patología sea orgánica y**

clínica, como son el caso de las disfagias, disglosias u otras alteraciones miofuncionales, las cuales serán objeto de futuros estudios.

Bibliografía

Brañas, F., & Serra, J. A. (2002). Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26(3), 65-77.

González Martín, E., Mendizábal de la Cruz, N., Jimeno Bulnes, N., & Sánchez Gil, C. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(1), 29-50.

Hernández, J. (2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. *Acta Neurológica Colombiana*, 26, 101-111.

Martín-Carrasco, M. (2009). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. *Psicogeriatría*, 1 (2), 101-114.

Peña-Casanova, J. (1999). Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades. Barcelona, España: Fundación La Caixa.

Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 57-66.

Tarazaga, M. I. (2014). Evaluación neuropsicológica y plan de tratamiento de un caso de demencia tipo Alzheimer. *Revista Discapacidad Clínica Neurociencias*, 1 (1), 1-16.

Anexos

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

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

- El paciente olvida los lugares donde ha dejado objetos familiares
- El paciente olvidar 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 has conocido recientemente
- f) El paciente puede haber perdido un objeto de valor o haberlo colocado en un lugar equivocado

- g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración

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

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 con 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 e 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 quién, 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 bastante 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 de un 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, sólo emite sonidos inarticulados. Se han perdido también las habilidades psicomotoras básicas por ejemplo caminar. aparecen incontinencia urinaria. 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.

Material de la actividad tipo

