

MLS – INCLUSION AND SOCIETY JOURNAL

<https://www.mlsjournals.com/MLS-Inclusion-Society>



Como citar este artigo:

Moraes, Y., Henrique Silva Carvalho, P., Cassia Ietto Montilha, P. & Cláudia Fernandes, A. (2021). A fonoaudiologia na reabilitação de pessoas com deficiência visual. *MLS Inclusion and Society Journal*, 1(1), 42-57.

A FONOAUDIOLOGIA NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Yara Moraes

Universidade Estadual de Campinas (Brasil)

ydemoraes3@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-0935-4089>

Pedro Henrique Silva Carvalho

Universidade Estadual de Campinas (Brasil)

pedrinhocarvalho48@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-1639-4361>

Rita de Cassia Ietto Montilha

Universidade Estadual de Campinas (Brasil)

rita.montilha@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-3741-0006>

Ana Cláudia Fernandes

Universidade Estadual de Campinas (Brasil)

ana.claudia2221@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-4091-3555>

Resumo. A literatura aponta que a fonoaudiologia é área complementar e de fundamental atuação na reabilitação de pessoas com deficiência. Quando se trata da deficiência visual, então, o papel da fonoaudiologia na prevenção de outras deficiências associadas e na promoção da qualidade de vida, autonomia e independência é indispensável, visto a relevância da intervenção precoce na preservação, uso e funcionalidade dos sentidos remanescentes para o desenvolvimento humano e interação social. O objetivo desse trabalho foi verificar conhecimento e percepção de usuários e familiares sobre a atuação da Fonoaudiologia no processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo transversal em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas usuários com deficiência visual e seus familiares. Os dados foram tratados e categorizados a partir da análise de conteúdo. Emergiram duas categorias de análise: a) Conhecimento e percepção de usuários e familiares com relação à atuação da Fonoaudiologia no campo da deficiência visual b) Pessoas com deficiência visual que receberam atendimento fonoaudiológico e sua percepção sobre tal atendimento. Os participantes que não tiveram contato direto com a Fonoaudiologia durante o processo de reabilitação apresentaram conhecimento geral e do senso comum, restringindo a atuação do fonoaudiólogo à fala e audição. Por outro lado, aqueles que tiveram contato destacaram o papel desse profissional ao processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual, auxiliando-as na linguagem, comunicação, leitura e escrita, na disfluência e na seletividade alimentar. Reforça-se a relevância da Fonoaudiologia no processo de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência visual.

Palavras-chave: fonoaudiologia, transtornos da visão, reabilitação.

SPEECH THERAPY IN THE REHABILITATION OF VISUALLY IMPAIRED PEOPLE

Abstract. The literature indicates that the Speech Language Pathology is a complementary and fundamental area of action in the rehabilitation of people with disabilities. Regarding visual impairment, then, the role of Speech Language Pathology in the prevention of other associated disabilities and in promoting quality of life, autonomy and independence is fundamental given the relevance of early intervention in the preservation, use and functionality of the senses that lead to social human development and social interaction. The objective of this study was to verify the knowledge and perception of users and family members about the role of Speech Language Pathology in the rehabilitation process of people with visual impairment. This is a cross-sectional descriptive qualitative study in which semi-structured interviews were conducted with nine visually impaired users and six of their family members. Data were treated and categorized based on content analysis. Two categories of analysis emerged: a) Knowledge and perception of users and family members regarding the role of Speech Language Pathology in the field of visual impairment b) People with visual impairment who received Speech Language Pathology and their perception of such care. Participants who had no direct contact with Speech Language Pathology during the rehabilitation process had general knowledge and common sense, restricting the role of Speech Language Pathology to speech and hearing. On the other hand, those who had contact highlighted the role of this professional in the rehabilitation of people with visual impairment, helping them in language, communication, reading and writing, stuttering, and food selectivity. In this context, the relevance of Speech Language Pathology in the rehabilitation process of visually impaired people is reinforced.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences, Vision Disorders, Rehabilitation.

LA LOGOPEDIA EN LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

Resumen. La literatura indica que la logopedia es un área complementaria y de desempeño fundamental en la rehabilitación de personas con discapacidad. Cuando se trata de discapacidad visual, entonces, el papel de la terapia del habla en la prevención de otras deficiencias asociadas y en la promoción de la calidad de vida, la autonomía y la independencia es indispensable, dada la relevancia de la intervención temprana en la preservación, el uso y la funcionalidad de los significados restantes para el desarrollo humano y la interacción social. El objetivo de este trabajo fue verificar el conocimiento y la percepción de los usuarios y familiares sobre la realización de la Logopedia en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad visual. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo transversal en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas a usuarios con discapacidad visual y sus familias. Los datos fueron tratados y categorizados a partir del análisis de contenido. Surgieron dos categorías de análisis: a) Conocimiento y percepción de los usuarios y familiares sobre el desempeño de la Logopedia en el campo de la discapacidad visual b) Personas con discapacidad visual que recibieron logopedia y su percepción de dicha atención. Los participantes que no tuvieron contacto directo con la terapia del habla durante el proceso de rehabilitación presentaron conocimientos generales y sentido común, restringiendo el rendimiento del logopeda al habla y la audición. Por otro lado, quienes tuvieron contacto destacaron el papel de este profesional en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad visual, ayudándoles en el lenguaje, la comunicación, la lectura y la escritura, la disfluencia y la selectividad alimentaria. Se refuerza la relevancia de la logopedia en el proceso de habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad visual.

Palabras clave: Ciencias del Habla, Audición y Lenguaje, Trastornos de la Visión, Rehabilitación.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), a Deficiência Visual (DV) é entendida como qualquer comprometimento ligado a enfermidades oculares que acometem o funcionamento ideal da visão, podendo levar à ausência total da capacidade visual no indivíduo. Essa deficiência é classificada em DV de longe e DV de perto. Aquela é genericamente conhecida por perda visual de graus variáveis e esta por perda total da visão. Assim, verifica-se que há variações nessa deficiência: desde baixa visão à cegueira. Essa perda visual pode ser congênita ou adquirida, devido a diversas causas, das quais aproximadamente 80% são evitáveis (WHO, 2019).

A deficiência visual favorece a vulnerabilidade comunicativa da pessoa, pois, nesse caso, não existe um retorno visual do interlocutor, de expressões faciais, “olhares” e jogos corporais que estão pressupostos na linguagem e na comunicação. *Devido a esse fato, é observada uma falta de respostas da criança com DV em período pré-linguístico (0 a 12 meses) aos intentos comunicativos visuais produzidos pelo adulto, como gestos e olhares, o que leva este último a interpretar, erroneamente, que a criança não está interessada em interagir, o que prejudica as interações entre ambos (Rattray & Zeedykb, 2005; Moura e Oliveira, 2011).

Outro fator que pode limitar tais interações é o luto vivenciado pelos pais em razão da perda de um “filho idealizado”, o que causa neles um sentimento de frustração, o que faz com que interajam com a criança de forma menos frequente que o observado para crianças sem deficiência (Kaodoiniski e Toniazzo, 2017; Monteiro e Montilha, 2010).

Sabe-se, porém, que o estabelecimento de interações entre adultos e criança é fundamental para a constituição do “eu”, isto é, da subjetividade da criança, bem como para o desenvolvimento de habilidades sociocomunicativas, cognitivas e linguísticas, além do que, a partir dessa situação interativa, o adulto transmite à criança o conhecimento histórico-cultural de uma determinada comunidade (Kaodoiniski e Toniazzo, 2017; Lemos, Medeiros, Agripino-Ramos e Salomão, 2020).

No caso da DV, são necessários os serviços de reabilitação, os quais têm como prioridade o atendimento e acompanhamento para pessoas que apresentam deficiência física, auditiva, intelectual e visual. Esses serviços funcionam de forma multiprofissional e interdisciplinar, já que, desse modo, o cuidado se dá de maneira mais integral (Monteiro e Montilha, 2010). No caso do processo reabilitativo de pessoas com DV, essa lógica de trabalho é essencial, a fim de que haja o desenvolvimento de habilidades para as Atividades de Vida Diária (AVD), com intervenção precoce, buscando favorecer o desenvolvimento global.

O fonoaudiólogo é o profissional capaz de auxiliar essas pessoas com DV no processo de reabilitação, ajudando-as na obtenção da comunicação efetiva, para que tenham melhor desenvolvimento escolar e profissional, bem como maior independência e autonomia.

As áreas de atuação do fonoaudiólogo são abrangentes e interdisciplinares. Ele atua na habilitação e reabilitação de alterações na linguagem, voz, audição, órgãos fonoarticulatórios e funções do sistema estomatognático (mastigação, deglutição, sucção, respiração e fala) (Monteiro e Montilha, 2010; Silva, 2018). Assim, trabalham com diferentes serviços da saúde,

da educação, do terceiro setor e da administração corporativa e comunicação social, considerando as seguintes especialidades: audiologia, linguagem, motricidade orofacial, saúde coletiva, voz, disfagia, fonoaudiologia educacional, gerontologia, fonoaudiologia neurofuncional, fonoaudiologia do trabalho, neuropsicologia, fluência, perícia fonoaudiológica e fonoaudiologia hospitalar.

Esse profissional deve atuar em consonância com especialistas em reabilitação visual a partir da avaliação da visão funcional ou avaliação qualitativa, em que se avalia a acuidade visual, o campo visual, a visão de cores, a sensibilidade ao contraste e a adaptação visual. A partir dos resultados dessa avaliação e da discussão em equipe interdisciplinar, o fonoaudiólogo terá subsídios para realizar as devidas adaptações dos materiais utilizados junto à pessoa com DV em seus atendimentos, e elaborar estratégias que favoreçam o uso do resíduo visual para a comunicação além do uso da linguagem oral e escrita (Zerbetto, Lopes, Montilha e Gasparetto, 2015).

Considera-se fundamental a participação da família nas condutas terapêuticas e procedimentos da equipe, uma vez que, tal parceria favorece o olhar humanizado para a pessoa em atendimento (Fernandes, Rodríguez-Martín, Bittencourt, Gasparetto e Montilha, et al., 2020). Nesse sentido, para que haja participação efetiva das famílias é essencial que seja constituída uma rede intersetorial de apoio, a fim de abarcar as diversas necessidades de saúde (Fernandes et al., 2020). Assim, são favorecidos o vínculo e a confiança durante o acompanhamento terapêutico, afinal é de responsabilidade e um direito da família a tarefa de determinar quando, como e onde a pessoa receberá o atendimento necessário (Fernandes et al., 2020).

O convívio familiar beneficia, principalmente os pacientes infantis com DV. Nessa condição a criança adquire autonomia e autoconfiança, repercutindo, portanto, positivamente no seu desenvolvimento sociocomunicativo e afetivo. Assim, o fonoaudiólogo pode atuar em programas de intervenção na promoção do desenvolvimento sociocomunicativo, através da indicação de estratégias maternas que poderão facilitar a participação da criança com DV no processo interativo. A infância é, então, etapa fundamental para o desenvolvimento linguístico da pessoa com DV, pois é quando se inicia a interação com os parceiros sociais (Medeiros e Salomão, 2015).

O fonoaudiólogo também tem um papel importante diante de comportamentos estereotipados ocasionados pelo déficit no feedback visual, por pessoas com DV, principalmente com cegueira congênita. Esses comportamentos estereotipados apresentam-se de diversas formas como: bater palmas, movimentar o corpo de um lado para o outro (maneirismos), produzir falas repetitivas e descritivas (verbalismo), utilizar-se de objetos de uma maneira estereotipada, batendo-os para verificar o som que produzem ou atirando-os ao chão etc. (Kaodoiniski e Toniazzo, 2017). Assim, na infância, eles podem ser, muitas vezes, associados erroneamente ao quadro de Transtorno do Espectro Autista (TEA) (Mosca, Kritzinger & Van-der-Linde, 2015). Frente a isso, o profissional propõe à família, no trabalho de intervenção precoce, modos de ressignificá-los (Kaodoiniski e Toniazzo, 2017).

Dentre tais comportamentos, o verbalismo e a fala ecológica podem estar relacionados à busca da criança pela atenção do outro, a pedidos de esclarecimento sobre uma fala não entendida, ou uma situação não compreendida por meio da descrição realizada por outrem, ou também à necessidade da confirmação de que sua mensagem foi recebida e compreendida pelo parceiro de interação, ou ainda a uma tentativa de descobrir quem está próximo a ela e, assim, compreender o seu ambiente redor (Mosca et al., 2015). Portanto, esses comportamentos, quando observados sob o ponto de vista da interação entre criança e adulto, significam e apresentam sentido, a depender do contexto em que são produzidos (Lemos et al., 2020).

A observação de tais características na fala da criança com DV são fundamentais não somente para a interação com a família e com os parceiros de comunicação, mas, principalmente, para a avaliação fonoaudiológica e diagnóstico diferencial entre DV congênita e autismo.

Outra área de atuação do fonoaudiólogo é a surdocegueira, um quadro que associa déficits nas vias sensoriais visual e auditiva. O que restringe sobremaneira a comunicação e as interações sociais. E, por isso, caberá ao fonoaudiólogo investir em estratégias que favoreçam o desenvolvimento de habilidades comunicativas das quais o indivíduo poderá lançar mão no cotidiano, por meio do uso dos sentidos remanescentes e/ou dos resíduos visual e auditivo (Villas-Boas, Ferreira, Moura e Maia, 2012).

Tendo em vista os exemplos supracitados a respeito da atuação fonoaudiológica no processo de reabilitação de pessoas com acometimento visual, e o papel fundamental da família e do indivíduo em atendimento como sujeitos ativos no processo de cuidado, considera-se que conhecer percepções de usuários e familiares mostra-se relevante, uma vez que, a partir desses conhecimentos, podem ser trazidas à tona discussões no campo científico que permitam conhecer a prática clínica fonoaudiológica na área da DV em direção à humanização e à qualidade do atendimento prestado. Diante do exposto, esse trabalho teve por objetivo verificar conhecimento e percepção de usuários e familiares com relação à atuação da fonoaudiologia no processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual.

Método

O estudo foi realizado a partir dos dados coletados num projeto mais amplo, intitulado “O itinerário da pessoa com deficiência visual nos serviços de saúde e reabilitação em um município da Região Metropolitana de Campinas – São Paulo”, cuja coleta de dados ocorreu em um município da região metropolitana de Campinas – São Paulo/Brasil.

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo de corte transversal. Segundo Minayo (2015), a pesquisa qualitativa permite compreender uma situação, um discurso dentro de seu contexto histórico, cultural, social e coletivo a partir do campo das significações, dos fenômenos e representações sociais. Além disso possibilita interpretar o material compreendido, de forma que o pesquisador possa suscitar, ou melhor, projetar novas possibilidades de compreensão (Minayo, 2015).

No estudo participaram nove usuários e seis familiares, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) serem pacientes do Serviço de Reabilitação referenciados pela rede de saúde do município estudado; b) serem familiares de pacientes atendidos no Serviço de Reabilitação de referência para o município estudado; c) serem residentes do município estudado. Não houve exclusão com relação a gênero, idade ou tipo de doença ocular.

É importante evidenciar que os participantes da pesquisa foram devidamente informados e esclarecidos sobre quais eram os objetivos deste estudo, seguindo todas as diretrizes éticas de pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob o no CAAE: 46001215.7.0000.5404, número de parecer: 2.450.031. Vale ressaltar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos os participantes.

De forma a cumprir todas as diretrizes éticas e manter o sigilo da imagem dos participantes, foi utilizado o método de identificação por siglas, ou seja, U (usuário) e FU (familiar do usuário). Os nove usuários participantes do projeto foram quatro adultos (U1, U2, U3 E U9) e cinco crianças (U4, U5, U6, U7 E U8); desse total, três são do sexo feminino e seis do masculino. Entre os usuários adultos, o nível de escolaridade foi: um usuário não alfabetizado, um usuário com ensino médio completo, um usuário com ensino superior incompleto e um usuário com ensino superior completo. A maioria deles apresenta baixa visão, sendo quatro com baixa visão congênita e três com baixa visão adquirida; com relação aos dois usuários cegos, um apresenta cegueira congênita e o outro adquirida.

Quanto aos familiares, são: quatro mães (FU3, FU4/5, FU6, FU8), uma tia (FU7) e um esposo (FU9). O usuário U3, devido às condições da deficiência, não pôde responder a entrevista, sendo assim, sua mãe a respondeu. A participante U9, foi entrevistada junto ao esposo, e ambos autorizaram o uso de seus relatos. Em relação aos usuários menores de idade, seus respectivos familiares responsáveis responderam a entrevista, de modo que os menores que se sentissem confortáveis em complementar e participar da entrevista realizada com a mãe, poderiam contribuir se assim a responsável autorizasse, este foi o caso de U8. Os usuários U4 e U5 são irmãos, assim a mãe (FU4/5) pôde contribuir com a pesquisa relatando diferentes experiências com ambos os filhos.

No momento da coleta de dados, realizou-se entrevista semiestruturada que se caracteriza por um roteiro com tópicos gerais selecionados e elaborados com questões abertas e fechadas, ou seja, com perguntas e possibilidades de respostas. No processo de construção desse instrumento, foi realizado pré-teste, o qual foi aplicado junto aos pacientes de um serviço de reabilitação clínica escola com o objetivo de garantir a autenticidade e aprimorar a sua forma como instrumento de coleta de dados.

Na análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de tipo categorial e temática, a qual, por meio de procedimentos sistemáticos, consiste em um conjunto de técnicas que visam a obtenção de um conteúdo coletivo (repetição e relevância) de experiências, mensagens, discursos e percepções sobre um dado tema (Bardin, 2016). Tal técnica de análise, conta com o auxílio de categorias, que, de modo geral, se constitui como uma síntese do conjunto das comunicações e mensagens em tratamento (Bardin, 2016). A partir do tratamento dos dados é

possível realizar uma leitura que permite ao pesquisador “assinalar oposições, que são codificadas na forma de temas pela sua presença ou ausência em cada texto” (Bardin, 2016, p. 180).

Em resumo, este tipo de análise é realizado por meio de “operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 2016, p. 200). E, uma vez, concluída essa etapa de “classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação” (Bardin, 2016, p. 145), são realizadas inferências e interpretações do material em análise.

Resultados

En la Tabla 1, se exponen los estadísticos descriptivos del grupo experimental y del grupo control en todas las subpruebas del Neurobel (Adrián et al., 2015), y se presenta la prueba de normalidad Shapiro-Wilk.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos del grupo experimental y del grupo control y la prueba de normalidad Shapiro-Wilk

Variables	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Shapiro-Wilk Sig.
Discriminación de fonemas pretest	G.E.	6	9.75	1.25	.51	.098
	G.C.	6	9.75	1.08	.44	
Discriminación de fonemas postest	G.E.	6	9.92	.917	.37	.291
	G.C.	6	8.25	1.29	.53	
Decisión léxica auditiva pretest	G.E.	6	9.25	1.78	.73	.100
	G.C.	6	9.50	1.18	.48	
Decisión léxica auditiva postest	G.E.	6	9.33	1.125	.46	.340
	G.C.	6	7.92	1.66	.68	
Emparejamiento palabra hablada - dibujo pretest	G.E.	6	10.17	2.79	1.14	.104
	G.C.	6	9.83	2.79	1.14	
Emparejamiento palabra hablada - dibujo postest	G.E.	6	11.00	3.63	1.48	.097
	G.C.	6	9.00	3.29	1.34	
Comprensión de oraciones pretest	G.E.	6	7.83	2.04	.83	.062
	G.C.	6	7.50	2.81	1.15	
Comprensión de oraciones postest	G.E.	6	7.67	2.42	.99	.443
	G.C.	6	6.50	2.43	.99	
Repetición pretest	G.E.	6	9.00	1.67	.68	.910
	G.C.	6	8.42	1.16	.47	
Repetición postest	G.E.	6	10.25	.69	.28	.066
	G.C.	6	7.25	1.44	.59	
	G.E.	6	6.83	.52	.21	

Denominación de dibujos pretest	G.C.	6	6.75	1.47	.60	
Denominación de dibujos posttest	G.E.	6	7.50	.84	.34	.615
	G.C.	6	5.58	1.11	.45	
Denominación de acciones pretest	G.E.	6	6.33	.82	.33	.011
	G.C.	6	6.17	.75	.31	
Denominación de acciones posttest	G.E.	6	5.67	.82	.33	.106
	G.C.	6	5.33	.82	.33	
Completa oraciones pretest	G.E.	6	5.33	1.75	.71	.051
	G.C.	6	4.50	2.17	.89	
Completa oraciones posttest	G.E.	6	6.17	.98	.40	.131
	G.C.	6	4.83	1.47	.60	
Neurobel total pretest	G.E.	6	63.42	9.82	4.00	.371
	G.C.	6	62.17	9.24	3.77	
Neurobel total posttest	G.E.	6	67.50	7.94	3.24	.643
	G.C.	6	54.67	9.67	3.95	

Nota: Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 1 observamos una pequeña diferencia entre algunas de las variables pretest, de mayor a menor diferencia encontramos las siguientes: Neurobel total; completa oraciones; repetición; emparejamiento palabra hablada-dibujo; comprensión de oraciones; decisión léxica auditiva; denominación de acciones; denominación de dibujos y una única variable pretest en la que no hay diferencia entre un grupo y otro la discriminación de fonemas.

En cambio, la diferencia entre las pruebas posttest es mucho más grande. A continuación, ordenamos las variables de mayor a menor diferencia: Neurobel Total; repetición; emparejamiento palabra hablada-dibujo; denominación de dibujos; discriminación de fonemas; decisión léxica auditiva; completa oraciones; comprensión de oraciones y denominación de acciones. En la prueba de Shapiro Wilk, observamos que todos los valores de la significancia son mayores de 0.05. Para valorar si la diferencia es significativa entre el G.E. y el G.C., se realiza la Prueba de U de Mann-Whitney; y para comparar los resultados del prest y posttest del G.E., se realiza la prueba W de Wilcoxon (véase Tabla 2).

Tabla 2

Resultados de la prueba de U de Mann-Whitney para comparar los resultados del G.E. y del G.C.

Variables	Prueba de U de Mann Whitney (G.E. y G.C.)	
	Sig. Asintótica (bilateral)	U de Mann-Whitney
Discriminación de fonemas pretest	0.870	38.00
Discriminación de fonemas postest	0.043	26.50
Decisión léxica auditiva pretest	0.871	38.00
Decisión léxica auditiva postest	0.125	29.50
Emparejamiento palabra hablada-dibujo pretest	0.806	37.50
Emparejamiento palabra hablada - dibujo postest	0.191	31.00
Comprensión de oraciones pretest	0.624	36.00
Comprensión de oraciones postest	0.373	33.50
Repetición pretest	0.469	34.50
Repetición postest	0.006	22.00
Denominación de dibujos pretest	0.569	35.50
Denominación de dibujos postest	0.012	23.50
Denominación de acciones pretest	0.665	35.50
Denominación de acciones postest	0.604	36.00
Completa oraciones pretest	0.624	36.00
Completa oraciones postest	0.099	29.00
Neurobel total pretest	0.687	36.50
Neurobel total postest	0.054	27.00

Nota: Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 2, vemos los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney en la que observamos si existen diferencias entre las medianas de las variables entre el G.E. y el G.C. Encontramos que se asumen varianzas iguales en todas las variables pretest. Esto nos hace corroborar que el G.E. y el G.C. en el momento en el que comenzó la intervención tenían unos resultados en las pruebas homogéneos, lo que es positivo en este estudio, porque de esta manera podemos corroborar y comprobar que ambos grupos son similares, y por lo tanto es pertinente la comparación entre ambos.

En cambio, cuando analizamos los resultados de las pruebas postest, esta situación cambia, ya que existe una diferencia significativa entre las medianas en tres variables: discriminación de fonemas postest ($0.043 < 0.05$), repetición postest ($0.006 < 0.05$), denominación de dibujos postest ($0.012 < 0.05$), y en el resto de las variables del postest no encontramos esa diferencia significativa entre grupos ($p\text{-valor} > 0.05$).

Tabla 3

Resultados de la prueba W de Wilcoxon.

Variables	Prueba de W de Wilcoxon (G.E. pretest y postest)		Prueba de W de Wilcoxon (G.C. pretest y postest)	
	Sig. Asintótica (bilateral)	Z	Sig. Asintótica (bilateral)	Z
Discriminación de fonemas pretest-postest	0.03	-2.2	0.317	-1.000
Decisión léxica auditiva pretest- postest	0.07	-1.84	0.914	-1.069
Emparejamiento palabra hablada-dibujo pretest-postest	0.13	-,1.51	0.285	-1.069
Comprensión de oraciones pretest-postest	0.06	-1.86	0.679	-0.414
Repetición pretest-postest	0.07	-1.84	0.058	-1.897
Denominación de dibujos pretest-postest	0.04	-2.07	0.102	-1.633
Denominación de acciones pretest-postest	0.03	-2.24	0.234	-1.190
Completa oraciones pretest- postest	0.48	-71	0.414	-0.816
Neurobel total pretest-postest	0.03	-2.21	0.046	-1.997

Nota: Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 3, podemos observar los resultados de la prueba W de Wilcoxon del G.C, con ellos se determina si se han producido cambios significativos entre los resultados pretest y postest de las siguientes variables:

- Discriminación de fonemas pretest-postest ($0.027 < 0.05$), los resultados son positivos. En la Tabla 1 se observa que la media del pretest es 9,7500 y la media del postest es 9,9167; por lo que este cambio ha sido positivo.
- Denominación de dibujos pretest-postest ($0.038 < 0.05$), los resultados son positivos ya que aparecen en la Tabla 1, la media en el pretest era de 6,8333 y en el postest 7,5000; por lo que este cambio ha sido positivo.
- El Neurobel total pretest-postest ($0.027 < 0.05$), al igual que ocurre en las variables anteriores, los resultados son positivos ya que la media del pretest es 63,4167, y la del postest 67,5000.
- Denominación de acciones pretest-postest ($0.025 < 0.05$); existe una diferencia significativa entre el resultado pretest y el postest. Pero esta diferencia es negativa, es decir aun recibiendo intervención han empeorado significativamente en esta área, como se puede observar en la Tabla 1, la media al inicio era de 5.67 y en cambio al final era de 5.33.

En la Tabla 3, también aparecen los resultados de W de Wilcoxon en el G.C., y estos indican solamente existen resultados significativos en el Neurobel Total ($0.046 < 0.05$), pero esta diferencia significativa es negativa, ya que, en la Tabla 1, vemos que la media en la evaluación inicial era de 62.17 y en la evaluación final 54.67; es decir el lenguaje de las personas del grupo control es significativamente peor en la evaluación final respecto a la evaluación inicial.

Si comparamos los resultados, del G.E. y del G.C. en W de Wilcoxon, podemos observar que los participantes sometidos a intervención logopédica muestran mejores resultados en las pruebas; ya que en tres variables se obtiene un resultado positivo; y en los participantes del G.C. no se muestra ningún resultado negativo.

A continuación, vamos a presentar la opinión de los participantes sobre la intervención logopédica (véase Figura 1).

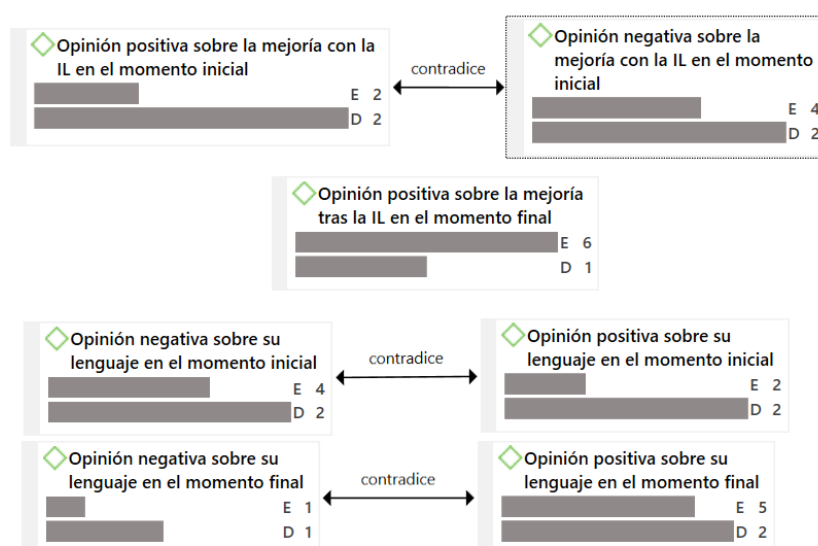


Figura 1. Red de códigos de la opinión de los participantes sobre su lenguaje y la intervención logopédica recibida.

Nota: Fuente: elaboración propia.

En la Figura 1 se observa el enraizamiento (E), que se puede describir como la cantidad de citas que están asociadas a ese código, y la densidad (D) de cada código que muestra el número de códigos asociados a una cita, Es decir, una cita que está asociada con “opinión negativa sobre la mejoría tras la intervención logopédica en el momento inicial” puede estar asociado con otros dos códigos.

En los códigos de la entrevista inicial existe un mayor número de citas codificadas con “opinión negativa sobre la mejoría con la intervención logopédica en el momento inicial” (E=4) que con el código “opinión positiva sobre la mejoría con la intervención logopédica en el momento inicial” (E=2), pero esto cambia en el momento final, cuando ya han realizado la intervención, ya que los seis tienen una opinión positiva sobre la intervención recibida (E=6).

A continuación, presentamos dos fragmentos de dos participantes que cambiaron de opinión, las citas categorizadas como “opinión negativa sobre la mejoría con la intervención logopédica en el momento inicial” son las siguientes:

“Yo hablo muy bien, así que yo pienso que no voy a mejorar nada” (Fragmento 1 de la entrevista a la participante 3).

“Pues... yo creo que no, yo ya soy mayor, y así estoy ya, es como andar, que viene todos los días conmigo el chico ese, pero yo ya no voy a andar, que ya he andado mucho” (Fragmento 2 de la entrevista a la participante 4).

Las citas categorizadas como “opinión positiva sobre la mejoría con la intervención logopédica en el momento final” de los mismos participantes anteriores son las siguientes:

“Si he mejorado, yo creo que (el nombre de su compañera) más, porque mira la pobrecilla, pero yo también” (Fragmento 3 de la entrevista a la participante 3).

“Si, todo lo que has trabajado, nos lo pasamos bien” (Fragmento 4 de la entrevista a la participante 4).

En relación con la autopercepción de su lenguaje, la mayoría no pensaba que su lenguaje era adecuado ya que es menor el enraizamiento en el código “opinión positiva sobre su lenguaje en el momento inicial” (E=2) que en el código “opinión negativa sobre su lenguaje en el momento inicial” (E=4); pero esto cambia después de la intervención logopédica, ya que es menor el enraizamiento en el código “opinión negativa sobre su lenguaje en el momento final” (E=1); que en el código “opinión positiva sobre su lenguaje en el momento final” (E=5). A continuación, presentamos dos fragmentos categorizados como “opinión negativa sobre su lenguaje en el momento inicial”:

“Mi habla está mal, a veces se me olvidan algunas palabras, voy a decir una cosa, y uy digo otra, y así”. (Fragmento 5 de la entrevista a la participante 6).

“Cometo errores”. (Fragmento 6 de la entrevista a la participante 2).

En los fragmentos siguientes, se aprecia el cambio en la autopercepción de los mismos participantes (Participante 6 y 2), ya que son dos fragmentos del código “opinión positiva sobre su lenguaje en el momento final”:

“Bien, yo pienso que bueno, se me olvidan menos las palabras yo creo” (Fragmento 7 de la entrevista a la participante 6).

“Pues bien, para la edad que tengo... tampoco vamos a pedir más ¿no?” (Fragmento 8 de la entrevista a la participante 2).

Discusión y Conclusión

Los resultados de esta investigación muestran que la intervención logopédica puede ser beneficiosa para las personas con DCL (Jara-Madrigal, 2007; Díaz y Sosa, 2010; Szelag & Skolimowska, 2012), y que es positivo para esta población recibir intervención logopédica de forma continuada ya que se logra que el deterioro cognitivo se detenga o reduzca su avance (López-Zamora et al., 2019). Estudios como los de Justo et al. (2019) también llegaban a esa conclusión, realizando 88 sesiones de intervención logopédica de manera individual, al contrario de nuestro estudio en el que solo se realizan 20 y por parejas; otro estudio que también demuestra la eficacia de las sesiones de logopedia con esta población es el de López-Zamora et al. (2019), pero aunque la cantidad de las sesiones recibidas por sus participantes es parecida a

la recibida en esta investigación (18 sesiones) la media de edad de los participantes es mucho más baja (75.9 años), no se han encontrado estudios de este tipo con una media de edad de la población tan alta como la de nuestra investigación; ahora bien, debemos tener en cuenta que los resultados mostrados se han realizado con una población muy pequeña, por lo que es conveniente ampliar la muestra y la cantidad de sesiones; como se ha realizado en el estudio de Justo et al. (2019), y de esta manera podemos seguir indagando en el único resultado negativo: que es que los participantes que han recibido intervención logopédica han empeorado en la denominación de acciones, algo que no podemos justificar con la literatura encontrada.

Dentro de los beneficios reportados con la aplicación de este programa de intervención, además de encontrar que existe una gran mejoría en el lenguaje en general, también existe una mejoría significativa en comparación con el grupo control, en la discriminación de fonemas, la repetición y la denominación de dibujos. Para entender estos resultados debemos fijarnos en lo que se ha trabajado durante esas 20 semanas con ellas. Incluimos actividades de discriminación fonológica y discriminación de pares de palabras, por lo que es natural encontrar mejoras en este aspecto.

El programa de intervención multidisciplinar en un caso de Enfermedad de Alzheimer de Cullell et al. (2006) también fomenta la estimulación de fonemas, en muchas ocasiones esta población tiene dificultades en el procesamiento auditivo, ya que es común que las personas mayores tengan dificultades en el procesamiento auditivo central (Rosell, 2018). Por otro lado, la repetición también se trabaja con los participantes de nuestra investigación, mediante la repetición de trabalenguas y de palabras nuevas; otros programas también incluyen estas actividades como el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) (Tárraga et al., 2006), el Programa de Actuación Cognitiva Integral de Demencias (PACID) (García y Carro, 2011) y “Smart-Brain” – Sistema interactivo de Estimulación Cognitiva- (Educamigos, 2018). Todos ellos incluyen la repetición dentro de sus actividades, porque la población con DCL al tener dificultades en la memoria de trabajo suele tener problemas en esta (Maestre et al., 2021). Por último, también encontramos beneficios en la denominación de dibujos, la dificultad para evocar palabras y/o frases es una de las características de la población con DCL (De la hoz et al., 2021; Rodríguez et al., 2008; Cerezo-Huerta, 2019; Juncos-Rabadán et al., 2010); otros programas lo incluyen en su diseño de actividades, y encuentran unos beneficios positivos en este trabajo (Justo et al., 2019; López-Zamora et al., 2019).

A diferencia de otros estudios, en los que solo se utilizan pruebas estandarizadas (López-Zamora et al., 2019; De la Hoz et al., 2021), en esta investigación se ha tenido en cuenta la opinión de los participantes del grupo experimental antes y después de la intervención, se observa que la opinión sobre la eficacia de la intervención logopédica de los propios participantes no era positiva en todos los casos, mientras que al final de la intervención todos los participantes opinaban que habían logrado beneficios con la terapia recibida. Esta opinión negativa sobre la figura y la intervención logopédica que tiene la población con DCL, quizás es una de las razones, de que solamente el 10% de los logopedas trabajen con población envejecida en centros sociosanitarios (COLCV, 2018), ya que como se ha demostrado en este estudio está totalmente demostrada su eficacia y la necesidad de incluir a la figura del logopeda en estos centros (Juncos y Pereiro, 2002; Vallés, 2011). La opinión mostrada en nuestro estudio también puede venir derivada del conocimiento general de la población en España sobre esta profesión, ya que en el estudio de Rubio-Iglesias et al. (2020) solamente el 57.5% opinaba que las personas con deterioro cognitivo podían beneficiarse de esta terapia, frente al otro 45.3% que pensaba que no era una población objeto de recibir este tipo de tratamientos. Además de esta opinión sobre el tratamiento, también hemos preguntado a los participantes sobre la autopercepción de su lenguaje al inicio y al final de la terapia; la gran mayoría muestra una mejoría en su

autopercepción, lo que puede ayudar a mejorar su autoconcepto y su autoestima, que a su vez disminuirá los síntomas depresivos que puedan existir, y que son comunes en la población con DCL institucionalizada (Da Silva et al., 2019; Camacho-Conde y Galán-López, 2021).

Teniendo en cuenta todo lo presentado anteriormente, podemos concluir con la afirmación de que las personas con DCL que reciben intervención logopédica tendrán más beneficios y su deterioro cognitivo se detendrá o avanzará más lentamente que los pacientes con DCL que no reciban esta ayuda. Asimismo, determinamos que estos beneficios se pueden apreciar en mayor medida en el lenguaje en general, la discriminación de fonemas, la repetición y en la denominación de imágenes. En el resto de las áreas no notamos una gran mejoría, por ello, es conveniente seguir realizando estudios ampliando la cantidad de variables recibidas para valorar si es una variable decisiva para observar mayores cambios en esta población.

Por otro lado, los resultados de este estudio indican que no todos los pacientes con DCL tienen una percepción negativa sobre la posible mejoría que les puede aportar la intervención logopédica, pero esta percepción cambia una vez reciben la intervención, siendo conscientes de la mejoría recibida en algunas ocasiones. Aunque no siempre son conscientes de los errores lingüísticos que presentan, pero aun así siguen pensando que ha sido beneficioso para ellos la terapia.

Para finalizar, se debe tener en cuenta una serie de limitaciones que presenta esta investigación, como es la baja potencia estadística de las comparaciones entre grupos, ya que existe un número reducido de participantes. Aun así, no son muchos los estudios realizados por logopedas en este sentido. Además de ampliar la muestra del estudio, es conveniente continuar trabajando para conocer qué actividades o qué diseño de programa de intervención logopédica es el más adecuado para esta muestra, y de esta manera conocer qué actividades debemos incluir en las sesiones de estimulación lingüística; y por último, sería conveniente realizar un estudio en mayor profundidad sobre la percepción de las personas con DCL del servicio de logopedia, para comprender en profundidad las causas del por qué siendo esta intervención beneficiosa, como se ha explicado en esta investigación, no solicitan ni reciben este tratamiento.

Referencias

- Adrián, J. A., Jorquera, J. y Cuertos, F. (2015). Neurobel: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 35(3), 101-113.
<https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.12.004>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 5ª Edición. DSM-5. Editorial Médica Panamericana.
- Camacho-Conde, J. A. y Galán-López, J. M. (2021). La Relación Entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas en Residencias Españolas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Cerezo-Huerta, K. (2019). *Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor: Evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica*. Manual Moderno.
- Cullell, N., Bruna, O. y Puyuelo, M. (2006). Intervención neuropsicológica y del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer: descripción de un caso clínico. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 26(2), 71-78. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(06\)70116-4](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(06)70116-4)
- Da Silva, C. Y., Cavalho, P. A. y Ramos, V. M. (2019). La depresión y su influencia en los cambios neuropsicológicos del adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de alzheimer. *CES Psicología*, 12(1), 69-79.
<https://doi.org/10.21615/4417>

- De la Hoz, M., Garrido del Águila, D. y García Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 72(3), 67-76. <https://doi.org/10.33588/rn.7203.2020411>
- Díaz, E. y Sosa, A. M. (2010). Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *Medisan*, 14(6), 1-12. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600015&script=sci_arttext&tlng=pt
- Educamigos (2018). *Smartbrain: sistema interactivo de Estimulación Cognitiva*. Recuperado de <https://www.smartbrain.net/smartbrainpro/>
- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A., Menendez de Lucena, V. y Ramos, F. (2010) Efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología*, 15, 115-123. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4090>
- Franco, M. A. y Bueno, Y. (2002). *Uso de las nuevas tecnologías como instrumentos de intervención en programas de psicoestimulación*. En L. Agüera, M. Martín, y J. Cervilla (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica* (pp. 665-677). Masson
- García, J. J., y Carro, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral de Demencias (PACID): Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Jara-Madrigal, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 22(2), 4-14
- Juncos-Rabadán, O. Pereiro, A. X., 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, 78-83. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70119-4](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70119-4)
- Juncos-Rabadán, O. y Pereiro-Rozas, A. (2002). Problemas del lenguaje y la tercera edad: orientaciones y perspectivas de la logopedia. *Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación*, 8, 387-398
- Justo, S. I., Marques-Castro, A. E., Otero, P., Vázquez, F. L. y Torres, Á. J. (2019). Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. *Rev. Neurol*, 68, 281-289. <https://doi.org/10.33588/rn.6807.2018321>
- Koepsell, T. D. & Monsell, S. E. (2012). Reversion from mild cognitive impairment to normal or near-normal cognition: Risk factors and prognosis. *Neurology*, 79, 1591-1598. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31826e26b7>
- López, B. (2001). Orientaciones en rehabilitación cognitiva. *Revista de Neurología*, 33, 383-387
- López, L., y Ullán, A. M. (2015). Arte y comunicación para la socialización de personas con Alzheimer y otras demencias. *Commons: revista de comunicación y ciudadanía digital*, 4(1), 5-5. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5177588>
- López-Zamora, M., Cánovas-Cano, M., & Aranda, L. (2019). Evaluación de una intervención logopédica en pacientes con la enfermedad de Alzheimer en tratamiento colinérgico: Un estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1).113. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.12.004>
- Maestre, D. I., Mora, E., Andrade, L. P. y Pinto, S. (2021). Sistemática: Implicaciones de la Memoria de Trabajo en el neurodesarrollo y el aprendizaje. *Sinergias Educativas*, 6(1), 50-81. <https://doi.org/10.37959/se.v6i1.163>
- Moreno, P. (2001). *Rehabilitación de funciones cerebrales por ordenador*. Hospital Universitario Son Dureta.

- Niño-Rojas, V. M. (2021). *Metodología de la Investigación: diseño, ejecución e informe*. Ediciones de la U.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Ritchie, K. & Ritchie, C. W. (2012). Mild cognitive impairment (MCI) twenty years on. *International Psychogeriatrics*, 24, 1-5. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002067>
- Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O. y Facal, D. (2008). El fenómeno de la punta de la lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1), 28-33. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(08\)70043-3](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(08)70043-3)
- Rosell, M. D. (2018). Acercamiento neuropsicológico al síndrome de procesamiento auditivo central. *Neuropsicología Latinoamericana*, 10(3), 1-11. Recuperado de: https://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/404
- Rubio-Iglesias, E., Martínez, M., Martínez, A. y Criado, J. J. (2020). Conocimiento de la logopedia. Un estudio descriptivo. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 6(2), 1-13. <https://doi.org/10.17561/riai.v6.n2.1>
- Sánchez, 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 audiolgía*, 32(2), 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.02.002>
- Szelag, E. & Skolimowska, J. (2012). Cognitive function in elderly can be ameliorated by training in temporal information processing. *Restorative neurology and neuroscience*, 30(5), 419-434. Recuperado de: <https://content.iospress.com/articles/restorative-neurology-and-neuroscience/rnn120240>
- Tárraga, L., Boada, M., Modinos, G., Espinosa, A., Diego, S., Morera, A., Guitart, M., Balcells, J., López, O. L. & Becker, J. T. (2006). A randomised pilot study to assess the efficacy of an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77(10), 1116–1121. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2005.086074>
- Vallés, B. (2011). Representaciones y creencias en torno a la evaluación lingüística del adulto mayor con trastorno cognitivo leve. *Revista de investigación en logopedia*, 1(1), 12-34. Recuperado de: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/2945>
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Data de recepción: 30/09/2021

Data de revisión: 09/12/2021

Data de aceptación: 14/12/2021