

**D T C L**

**Documentos de Traballo  
en Ciencias da Linguaxe**

Documento #2

**O tratamento dos déficits da  
linguaxe nas terapias para  
persoas con demencia**

**Ana Varela Suárez**

Outubro 2016

ISSN: 2530-2752



Esta obra ten unha licenza Creative Commons [Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

# O tratamento dos déficits da linguaxe nas terapias para persoas con demencia

Ana Varela Suárez

Universidade de Vigo (anavarela@uvigo.es)

## Resumo

O deterioro da linguaxe é un dos principais problemas que afecta ás persoas que padecen demencia. Para tratar de paliar os efectos deste deterioro, os centros especializados no coidado de persoas con esta doenza ofrecen talleres que axudan a estes pacientes a minimizar a perda da linguaxe e a manter na mellor situación posible os niveis de competencia comunicativa. Porén, non existen datos sobre en que proporción se tratan os diferentes niveis da linguaxe nestas actividades. Para contribuír a encher ese baleiro, o presente traballo ten como obxecto de estudo a análise das actividades que se efectúan nos talleres de linguaxe nos centros especializados no coidado de persoas con demencia en España. Os obxectivos son: (i) identificar cales son os exercicios que se realizan habitualmente nos talleres; (ii) observar a proporción na que se tratan os distintos niveis da linguaxe durante as actividades; (iii) comprobar a percepción do persoal encargado de facer os talleres sobre o efecto destas actividades no desenvolvemento do déficit lingüístico das persoas con demencia e (iv) verificar se as ferramentas de diagnose de déficits lingüísticos que existen na actualidade son útiles na actividade diaria destes terapeutas.

Para isto, desenvolveuse un cuestionario con preguntas sobre os participantes, os exercicios e os protocolos que foi enviado ao persoal a cargo dos talleres de todas as asociacións de Alzheimer e outras demencias que se atopan no marco da CEAFA (Confederación Española de Asociacións de Familiares de Persoas con Alzheimer e Outras Demencias). Os resultados amosan que estes e estas profesionais traballan todas as áreas da linguaxe, mais os exercicios específicos de sintaxe, pragmática e morfoloxía practícanse menos adoito cás outras. Hai consenso en que os protocolos constitúen ferramentas útiles para avaliar o deterioro e seleccionar exercicios para os talleres. A este respecto considérase que estes instrumentos de intervención no diagnóstico mellorarían se requirisen menos tempo, se adecuasen máis ás distintas fases da enfermidade e tivesen máis en conta o nivel cultural dos pacientes.

**Palabras chave:** demencia; Enfermidade de Alzheimer; terapias de linguaxe, protocolos de análise.

## 1. Introducción

A día de hoxe, a demencia figura como un dos principais factores causantes de dependencia entre as persoas de idade avanzada, debido a que deteriora de forma progresiva ou crónica a función cognitiva, afectando áreas como a memoria, a orientación,

a capacidade de aprendizaxe, o cálculo, o pensamento, o xuízo e a linguaxe, tanto a nivel de produción como de comprensión. Igualmente, pode ocasionar trastornos da conducta que contribúen a que as persoas que a padecen non se poidan desenvolver sen axuda (OMS, 2016).

Dentro do termo demencia agrúpanse distintas enfermidades de etioloxía variada, pero todas derivan de danos en distintas áreas cerebrais. Nas seguintes liñas descríbense os tipos demencias máis habituais segundo a Fundación Alzheimer España (FAE) (2015):

- **Enfermidade de Alzheimer:** é a causa máis habitual de demencia, pois supón entre 60-70% dos casos (OMS, 2016). Trátase dunha afección de tipo cortical provocada pola atrofia e posterior morte das neuronas. Os síntomas máis característicos son a perda progresiva da memoria e da orientación e dificultades co pensamento e o xuízo, xunto con trastornos da conducta e da personalidade.
- **Demencia vascular:** é a segunda causa de demencia. Está causada por accidentes cerebrovasculares, é dicir, interrupcións no fluxo de sangue cerebral que derivan en trombos, hemorraxias ou infartos que privan de osixeno ao cerebro. Orixina problemas de memoria, conducta, linguaxe e trastornos do xuízo e pensamento. Entre as formas máis frecuentes están a demencia multiinfarto, a demencia tipo Binswanger ou a encefalopatía arterioesclerótica subaguda.
- **Demencia mixta:** presenta afeccións características tanto do Alzheimer como da demencia vascular. Os síntomas son similares as destas dúas demencias: problemas de memoria, concentración, confusión e delirios.
- **Demencia frontotemporal:** é o termo que se emprega para aglutinar todas as dexeneracións nas áreas frontal e temporal. Entre os síntomas máis habituais están os cambios de personalidade e a incapacidade para manter as convencións sociais. A máis común é a **Enfermidade de Pick**, que se caracteriza pola aparición duns corpos

denominados “células de Pick” dentro das neuronas. O síntoma principal son as alteracións de comportamento.

- **Demencia con corpos de Lewy:** ten a súa orixe na formación anormal de agregados de proteínas no interior das células nerviosas denominados “corpos de Lewy”. Presenta trastornos de atención, alucinacións e síndrome motoras semellantes aos do párkinson. Tamén está asociada aos trastornos de memoria.
- **Enfermidade de Parkinson:** orixínase cando as neuronas deixan de segregar os niveis adecuados dunha substancia denominada dopamina. A principal característica do Parkinson son as afeccións motoras, como tremor, rixidez e inestabilidade. Porén, tamén é común que aparezan problemas cognitivos como trastornos de atención, planificación ou resolución de problemas.
- **Enfermidade de Huntington:** trátase dunha enfermidade hereditaria que provoca o desgaste ou dexeneración das neuronas. O síntoma máis evidente é a Corea, que consiste en movementos corporais involuntarios que no final da enfermidade derivan en movementos bruscos que afectan a todo o corpo. No que respecta aos problemas cognitivos, afecta sobre todo ás funcións executivas, pero tamén provoca danos na memoria e a linguaxe.
- **Enfermidade de Creutzfeld-Jakob:** consiste na dexeneración celular provocada por unha proteína chamada prión. Os síntomas son alteración da marcha e rixidez muscular no ámbito físico e problemas de memoria e pensamento no ámbito cognitivo.
- **Demencia asociada a SIDA:** está causada polo virus do VIH. Afecta á memoria, ao aprendizaxe e está tamén ten asociados trastornos da conducta.
- **Síndrome de Korsakoff:** xorde a causa dun déficit da vitamina B1, normalmente provocado por alcoholismo ou unha mala absorción dos alimentos. Presenta perda de memoria, alucinacións e fabulacións.

Para facilitar o seu tratamento e valorar a progresión da enfermidade, na demencia distínguense tres etapas en función do deterioro cognitivo e do grado de dependencia. Segundo a OMS (2016), a **fase inicial** confúndense moitas veces cos síntomas típicos do envellecemento e caracterízase polas perdas de memoria leves e pola desorientación temporal e espacial. Na **fase moderada**, agrávanse os problemas de memoria, particularmente a corto prazo así como os da orientación espazotemporal. Igualmente, inician os déficits de orientación persoal, de linguaxe, comezan a ser usual os trastornos da conducta e aumenta o grado de dependencia para asearse e vestirse. Na **fase severa** a dependencia é total, a orientación temporal, espacial e persoal está gravemente danada e preséntanse problemas para camiñar.

Á parte dos trastornos que ocasiona aos enfermos e máis ao seu entorno, a demencia constitúe un problema social de envergadura. Consonte aos datos da OMS (2016) actualmente 47,5 millóns de persoas (5-8% de persoas maiores de 60) sofren demencia no mundo, cunha incidencia de 7,7 millóns de casos ao ano. Ademais, as previsións apuntan a que no 2050 os casos se multiplicarán ata chegar aos 135,5 millóns de casos. Consonte o informe CEAFA (2014) en España entre o 5 e o 8% de persoas maiores de 65 anos padecen a Enfermidade de Alzheimer e a cifra enténdese ao 25-50% das maiores de 85 anos, o que coloca o país como o terceiro coa taxa de prevalencia de demencia máis alta. No caso de Galicia, que conta cunha distribución demográfica considerablemente envellecida, o informe CEAFA (2014) cifra en 96.000 o número de persoas afectadas por Alzheimer.

O aumento significativo do número de casos provocou que o sector da investigación se centre cada vez máis no estudo da demencia e sobre todo no Alzheimer. Davis & Guendouzi (2013) fixeron un repaso do número de citas de artigos sobre demencia rexistrados en PubMed, portal que presenta unha ampla relación de artigos relevantes do

ámbito médico-sanitario, e atoparon que se en 1994 había 2061 citas, en 2006 dobráranse a 4436 e en 2013 creceran a 9942. Así e todo, este aumento do interese por parte da comunidade científica non se reflicte no investimento: o cancro recibe 10 veces máis financiamento que o Alzheimer, as enfermidades cardiovasculares cinco veces máis e a diabetes o dobre (OMS, 2012).

Finalmente, cabe salientar que os casos de demencia implican un coste económico elevado tanto para as familias como para as institucións. O informe CEAFA 2003 calculou que a atención dun familiar con Alzheimer en España implica un coste medio aproximado de 31.890€ anuais e elévase a 36.635€ na fase moderada, polo que para moitas familias afrontar unha situación de demencia é economicamente inabarcable.

#### *As terapias para enfermos de demencia*

Unha das axudas máis significativas coa que contan en España as persoas que padecen demencia e os seus cuidadores é a das Asociacións de Familiares de Alzheimer e outras Demencias, que ofrecen asistencia legal, psicolóxica e psicoterapéutica aos afectados pola enfermidade. Na actualidade, en España existen máis de 300 asociacións distribuídas por todas as comunidades autónomas. A Confederación Española de Asociacións de Familiares de Persoas con Alzheimer e outras Demencias (CEAFA) asiste a 200.000 persoas (CEAFA, 2016). No caso da Federación Galega (FAGAL) proporciónase axuda a 5.000 familias.

Entre os servizos destas asociacións é mester destacar os talleres de terapia non farmacolóxica (TNFs). Neles trabállanse as principais capacidades afectadas co obxectivo de que o deterioro cognitivo e físico se produza o máis lentamente posible, mediante o exercicio das distintas habilidades cognitivas, como a memoria, a orientación, o cálculo e as distintas áreas da linguaxe.

Sobre a relevancia deste tipo de talleres, Olazarán et al. (2010) presenta os resultados dunha investigación internacional que analizou a eficacia das TNFs a través da revisión exhaustiva de 179 traballos sobre o tema e concluíu que estas contribúen efectivamente a atrasar a institucionalización dos enfermos e que axudan a paliar o deterioro nos ámbitos de cognición, e estado de ánimo. Ademais, o estudo apunta que aínda que non producen retribución económica, as TNFs son unha opción moito menos custosa que as terapias farmacolóxicas.

### *Demencia e linguaxe*

Os problemas de linguaxe que xorden coa demencia son uns dos primeiros déficits que detectan os familiares e os propios enfermos, pois impiden que as persoas que a sofren poidan expresar os seus sentimentos, desexos e necesidades con normalidade. De feito, a incidencia dos problemas de linguaxe na demencia está entre 88 e 95%, e nos casos de EA chega ao 100% (Cecato et al. 2010).

Ademais, cada tipo de demencia ten asociados uns déficits de linguaxe distintos, dependendo da área cerebral danada. Así, na demencia frontotemporal son comúns problemas como a ecolalia, a linguaxe repetitiva e a diminución no número de palabras (Knopman et al. 1989; Mendez et al. 1993; Wechsler et al. 1982). A Enfermidade de Pick, que tamén afecta aos lóbulos temporal e frontal, presenta trastornos como a ecolalia e a diminución do léxico. Á parte, tamén son habituais o uso de estereotipos e os problemas para seleccionar o léxico (Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012). Ambos tipos de demencia poden chegar a causar mutismo na fase máis avanzada (Cummings & Benson 1992; Mendez et al. 1993, Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012).

As persoas que padecen demencias con problemas motores asociados adoitan presentar déficits fonéticos graves. No caso da enfermidade de Huntington hai unha perda da iniciativa conversacional, a causa dos problemas de disartria que poden chegar a tornar

incomprensible o seu discurso (Gordon & Illes, 1987; Podoll et al. 1988). As persoas que padecen Huntington tamén teñen amosan problemas de comprensión (Podoll et al. 1988, Speedie et al, 1990) e de escritura, pois os casos con corea grave adoitan presentar macrografía (Diéguez-Vide & Peña-Casanova 2012). A parálise supranuclear progresiva ten un cadro lingüístico similar, xa que tamén ten asociada a disartria (David, Mackey & Smith 1968; Albert et al. 1974; Janati & Appel, 1984) e mais problemas de comprensión da información complexa (Podoll, Schwarz & Noth, 1991).

A enfermidade de Parkinson tamén provoca afeccións na linguaxe, como micrografía Diéguez-Vide & Peña-Casanova (2012) e problemas relacionados coa perda de memoria e cuestión de aprendizaxe (Cohen, 1998). Menos claros están os efectos que ten a Enfermidade de Creutzfeldt-Jakob, pois hai investigacións que proban que non todos os enfermos amosan problemas de linguaxe (Drobny et al. ,1991), pero tamén provoca casos de afasia (Mandell, Alexander & Carpenter, 1989, McPherson et al., 1994).

No caso da Enfermidade de Alzheimer, as persoas que a sofren adoitan preservar as capacidades sintácticas e fonéticas ata o final do estadio moderado da enfermidade (Bayles, 1993; Bayles 1994; Kempler, Curtiss & Jackson 1987). Porén, tenden a presentar especiais problemas de denominación (Bayles, Tomoeda & Trosset 1990, Hodges, Salmon & Butters 1991, Silveri, Cappa & Mariotti, 2002) e de índole pragmática (García & Joannette, 1994; Hamilton 1994; Guendouzi & Müller, 2006; Davis & Guendozi, 2013). No que respecta á demencia vascular tamén son característicos os problemas de denominación (Kontiola et al., 1990; Kertesz & Clydesdale, 1994).

Por último, convén recordar que as demencias non son uniformes, cada caso é único e presenta uns danos característicos dentro dun patrón común, o que tamén se reflicte na linguaxe. Polo tanto, ser diagnosticado cunha destas enfermidades non implica desenvolver inevitablemente estes problemas de linguaxe. De feito, dous individuos diagnosticados co



mesmo tipo de demencia e clasificados baixo o mesmo nivel de deterioro cognitivo poden presentar un perfil lingüístico moi afastado e un presentar déficits comunicativos dende o principio da enfermidade e o outro non desenvolver problemas serios ata as fases finais. Así, o persoal que traballa con persoas con demencia recorren con asiduidade aos protocolos de análise da linguaxe.

#### *Protocolos de análise*

Os protocolos de análise son ferramentas de exploración neuropsicolóxica deseñadas para avaliar o estado cognitivo dun paciente con lesión cerebral, controlar a súa evolución e desenvolver un tratamento acorde ao dano (Lezak, Howieson & Lorin, 2004). Quintana Aparicio (2009) distingue dous tipos de baterías de análise: as fixas e as flexibles. As primeiras son aquelas que avalían ao mesmo tempo varias funcións cognitivas, mentres que as flexibles permiten elixir que capacidade queremos avaliar en función da prognose do diagnóstico.

Normalmente no caso da linguaxe empréganse a sección de linguaxe das baterías flexibles. A continuación descríbense algúns dos test e baterías máis empregados polo persoal profesional á hora de avaliar a os déficits lingüísticos:

- **Mini Mental State Examination (MMSE)** (Folstein et al., 1975): o test completo inclúe preguntas para avaliar distintas habilidades cognitivas, como orientación temporal e espacial, fixación e cálculo. Así mesmo, tamén presenta un apartado para a avaliación da linguaxe que contempla tarefas de denominación, repetición, comprensión de ordes, lectura e escritura.
- **Test Boston** (Godglass & Kaplan, 1996): é unha ferramenta deseñada para os trastornos afásicos en adultos. Está creado fundamentalmente para avaliar as capacidades de denominación a través dun manual que inclúe un libro de actividades e

fichas con imaxes. As áreas de linguaxe que contempla son a conversación, a comprensión oral e escrita, a expresión e a escritura.

- **Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX) & Cambridge Cognition Examination (CAMCOG)** (Roth et al. 1986): o CAMDEX é un test deseñado pola Universidade de Cambridge para avaliar os trastornos mentais das persoas anciás. Dentro desta ferramenta está incluído o CAMCOG que é o test que avalía en que grado se atopa a demencia. Inclúe probas das distintas funcións executivas como atención, memoria, orientación ou cálculo. A sección de linguaxe divídese en comprensión (resposta motora, resposta verbal e lectura) e expresión (denominación, fluidez, definicións, repetición e escritura dun ditado).
- **Test Barcelona** (Peña-Casanova, 1990): esta batería de análise agrupa as probas en áreas funcionais. Contempla distintos ámbitos cognitivos (orientación, control mental, funcións visuoperceptivas, memoria visual, problemas aritméticos e problemas) pero tamén ten un número amplo de probas específicas da linguaxe (series verbais, repeticións, denominación de imaxes, evocación categorial, comprensión verbal, lectura e escritura (Quintana Aparicio, 2009).
- **Test de Borregón e González** (Borregón Sanz & González Calvo, 2000): é unha ferramenta creada para a avaliación de trastornos afásicos. Contén tarefas para a observación da comunicación a escritura, a comprensión lectora e auditiva, automatismos, repetición tarefas non verbais, expresión oral, lectora e escrita, fluencia e eficacia comunicativa.
- **SET Test** (Isaacs & Akhtar, 1972): é un test deseñado especificamente para pacientes cun nivel cultural baixo ou con problemas de percepción. Consiste nunha tarefa de denominación na que a persoa que está a ser avaliada ten que emitir todos os nomes que se lle ocorran dentro das categorías cores, animais, froitas e cidades. O paciente dispón dun minuto por categoría.

- **Test de Alteración de Memoria (T@M)** (Rami et al., 2007): trátase dun test deseñado para a avaliación do deterioro cognitivo en demencias e en cadros de amnesia. Non inclúe ningunha proba de linguaxe *per se*, mais contén algunhas tarefas de repetición e de denominación.
- **Test dos sete minutos** (Solomon & Pendelbury, 1998): é unha compilación de tests creada para analizar o deterioro en casos de demencia, polo que revisa as habilidades cognitivas habitualmente danadas na EA. Contén as seguintes probas: “Test de orientación de Benton” (para avaliar a orientación temporal); o “Test de recordo libre e facilitado” (para a observación da memoria episódica) e O “Test do Reloxo” (coordinación visomotora, percepción e planificación e execución motora). Por último, tamén inclúe un apartado para a análise da linguaxe a través do Test de fluidez categorial, que revisa a memoria semántica e a estratexia de recuperación de palabras).
- **Batería Memoriza** (González-Hernández s/d): trátase dunha batería composta por algunha das probas que empregan os e as profesionais da neuropsicología para observar a linguaxe. Inclúe as seguintes probas: “Test de Aprendizaxe Auditivo Verbal” (centrado na avaliación da memoria episódica verbal), “MMSE”, “Treito de díxitos” (para a atención e a memoria de traballo), “Test do Reloxo”, “Trail Making Test: A e B” (ubicación, flexibilidade mental, función motora e memoria de traballo). Para a parte da linguaxe, ademais do MMSE inclúe o “Test de Xeración de Palabras”, que observa a fonoloxía e maila semántica.

## 2. Obxectivos

Este traballo enmárcase dentro dun proxecto de tese de doutoramento que ten como obxectivo principal elaborar un protocolo de análise que permita avaliar os déficits de coherencia e cohesión das persoas con patoloxías da linguaxe, coa finalidade de que se poida empregar como ferramenta de diagnose. Posto que hoxe en día o persoal que traballa decotío cos problemas de linguaxe das persoas con demencia son os encargados dos

talleres de terapia cognitiva e ocupacional, considerouse que antes de deseñar un protocolo era procedente coñecer as pautas de intervención que estes seguen respecto á linguaxe así como a súa valoración das ferramentas de avaliación existentes. Así, os obxectivos da nosa achega son:

- (i) Identificar os exercicios que se realizan habitualmente nos talleres.
- (ii) Observar a proporción na que se tratan os distintos niveis da linguaxe durante as actividades.
- (iii) Comprobar a percepción do persoal encargado de facer os talleres sobre o efecto destas actividades no desenvolvemento do déficit lingüístico das persoas con demencia.
- (iv) Verificar se as ferramentas de diagnose de déficits lingüísticos que existen na actualidade son útiles na actividade diaria destes terapeutas.

### **3. Materiais e métodos**

Este traballo aporta os resultados obtidos a través unha enquisa online aplicada sobre unha cohorte de profesionais a cargo de talleres cognitivos en centros de axuda a persoas que padecen demencia.

#### *Selección de informantes*

O obxectivo de este estudo era preguntar a profesionais a cargo de talleres cognitivos de todas as partes do Estado español sobre as dinámicas dos seus talleres e as súas necesidades á hora de avaliar a linguaxe. A selección dos participantes fíxose a partir da páxina web da CEAFa, que contén un directorio con asociacións de todas as rexións do país, ordenado por comunidades. Deste xeito, enviouse un correo electrónico coa invitación á enquisa ás 283 asociacións e federacións que figuraban na páxina. En total, o formulario foi cuberto por 27 asociacións, o que constitúe unha porcentaxe de resposta do 9,5%.

### *Deseño da enquisa*

A enquisa deseñouse a través da plataforma Google Forms e enviouse aos participantes a través dun correo electrónico cunha ligazón segura. En base os obxectivos do estudo, creáronse cinco bloques de preguntas:

1. Cuestións relacionadas ca composición dos talleres (idade, nº de participantes, lingua na que se imparten, perfil patolóxico dos usuarios e perfil profesional dos encargados).
2. Cuestións relacionadas cos medios que se empregan ao levar a cabo as actividades de linguaxe (axuda con presentacións de diapositivas, obxectos reais e xogos).
3. Cuestións relacionadas co tipo de exercicios de linguaxe que se realizan nos talleres. En concreto, preguntouse pola frecuencia (sempre, frecuentemente, habitualmente ou nunca) coa que se realizan exercicios de diálogo, denominación, construción de frases, cambio de categoría, pronunciación, narración, descrición de imaxes, lectura e escritura. Tamén se engadiu unha pregunta aberta para que o persoal profesional engadise outros exercicios cos que traballan.
4. Cuestións relacionadas cos protocolos de avaliación (nivel de satisfacción, vantaxes e desvantaxes e posibles melloras).
5. Unha cuestión relacionada coa súa experiencia sobre a efectividade de realizar exercicios de linguaxe para minorar a perda de capacidades comunicativas.

### *Análise de datos*

Os resultados deste estudo foron calculados tanto a través dos datos que ofreceu a propia plataforma online Google Forms como mediante métodos de cálculo estatístico estándar. Para avaliar a frecuencia coa que se realizan as distintas actividades de linguaxe nos talleres, creouse un “índice de asiduidade”. Para a súa elaboración, procedemos do seguinte xeito: cada actividade que é realizada “sempre” recibe 3 puntos; aquelas que se practican

“frecuentemente” obteñen 2 puntos e as que se efectúan ocasionalmente reciben un punto. Despois, adaptouse o resultado a unha escala do 1 ao 3, na que 3 equivale a sempre, 2 a frecuentemente, 1 ocasionalmente e 0 equivale a nunca.

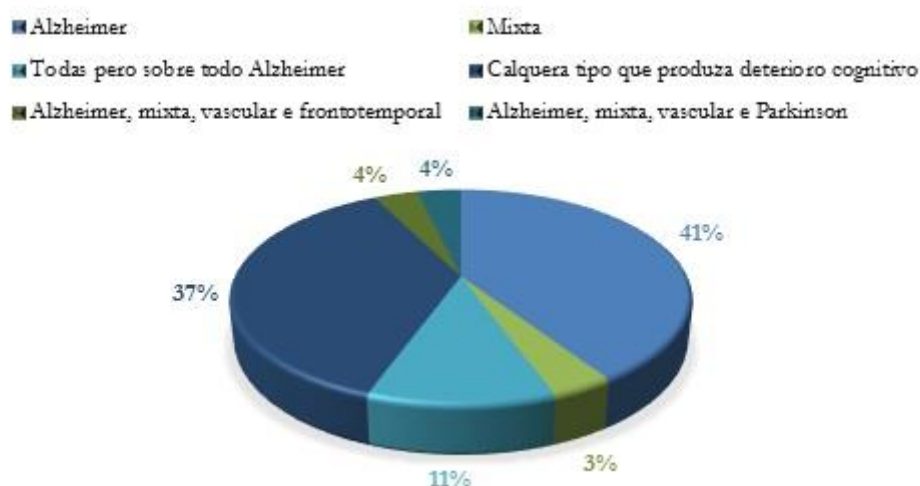
## 4. Resultados

### 4.1. Descrición xeral dos talleres

#### *Perfil dos participantes*

No tocante ao tipo de demencia, os talleres dos centros entrevistados para este estudo non teñen un perfil homoxéneo. Por unha banda, hai centros que traballan exclusivamente con persoas que padecen Enfermidade de Alzheimer (41%) ou que a pesar de ter usuarios con distintos tipos de demencia, a maioría deles padecen Alzheimer (11%). Pola outra, hai centros que non só traballan con todos os distintos tipos de demencia, senón que tamén contan con usuarios con outras enfermidades que implican deterioro cognitivo (37%), como afasia progresiva da linguaxe, apraxia ideomotora, atrofia cortical posterior, ictus ou deterioro cognitivo amnésico). O gráfico 1 amosa os perfís patolóxicos dos usuarios dos talleres nos centros entrevistados.

Gráfico 1 Perfil patolóxico dos usuarios dos talleres cognitivos dos centros entrevistados.

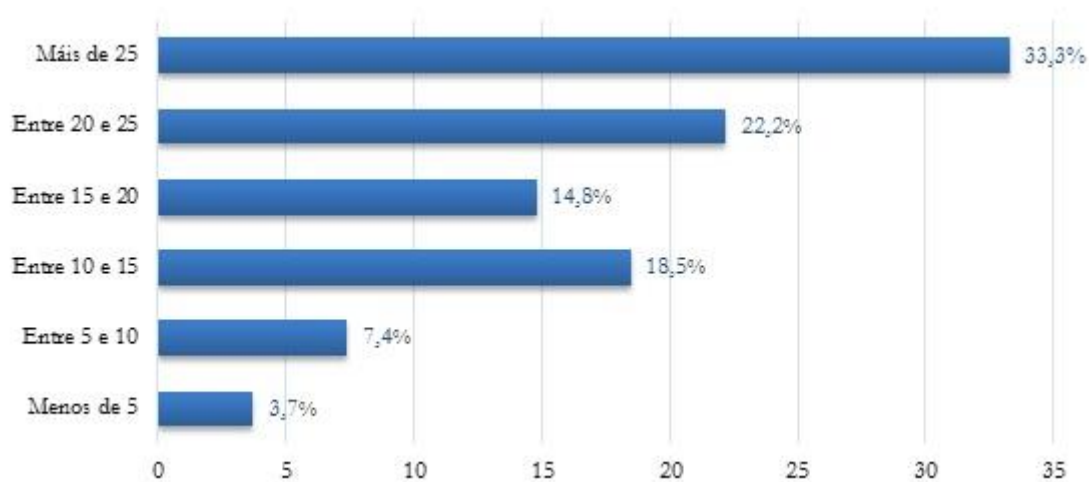


Tampouco existe homoxeneidade no número de persoas que compoñen os grupos. Algúns centros teñen máis de 20 (55%) outros entre 10 e 15 (18%), outros entre 15 e 20 (15%) e

outros menos de 10 (11%). O gráfico 2 amosa en detalle o número de usuarios por grupo nos distintos centros.

O tramo de idade máis común neste grupo son as persoas entre 70 e 80 anos (77,8%), aínda que tamén hai centros que traballan máis cos tramos entre 80 e 90 (18,5%) e entre 65 e 90 (7.4%).

Gráfico 2 Número de usuarios que compoñen os grupos dos talleres cognitivos nos centros entrevistados.



### *Lingua na que se imparten*

Os resultados amosan que na maioría dos centros situados en comunidades con dúas linguas oficiais impera o uso da lingua propia da comunidade. Dos centros situados en Galicia que responderon á enquisa o 60% imparte os talleres maioritariamente en lingua galega e no caso dos situados en zona de fala catalá, na Comunidade Valenciana o 67% utiliza o catalá, e o único centro que respondeu de Cataluña tamén utiliza esta lingua. Ao non recibirmos ningunha resposta dos centros situados no País Vasco non dispoñemos de datos sobre o Euskera.

### *Perfil do persoal a cargo dos talleres*

O tipo de perfil máis común entre as persoas a cargo dos talleres cognitivos é a de estudos en psicoloxía xeral (48%), aínda que hai moitos centros que contan con profesionais especializados en neuropsicoloxía (30%)e logopedia (22%). Tamén atopamos centros con

profesionais con outro tipo de formación como especialización en trastornos da linguaxe, educación social, terapia ocupacional ou pedagogía.

## **4.2.Os exercicios de linguaxe nos talleres**

### *Tratamento das áreas da linguaxe*

Os centros entrevistados teñen moi en conta a linguaxe nos seus talleres: o 63% realiza actividades relacionadas coa linguaxe sempre, o 33% frecuentemente e o 4% ocasionalmente. En termos xerais, os exercicios que realizan son variados e cobren todas as áreas da linguaxe. A Táboa 1 amosa o índice asiduidade coa que se fan as distintas actividades ordenadas de máis a menos frecuente.

No que respecta a semántica, a actividade máis habitual son os exercicios de denominación, pois o 41% dos centros enquisados os inclúe sempre nos seus talleres e o 57% frecuentemente. Ademais, o 67% afirma facer frecuentemente tarefas de descrición de imaxes. Porén, as actividades de morfoloxía son menos comúns, o 30% realiza actividades de cambio de categoría frecuentemente e o 55% só ocasionalmente.

A sintaxe tamén se traballa adoito, particularmente o 70% dos centros fai exercicios de construción de frases frecuentemente. Así mesmo, os exercicios de lectoescritura tamén son habituais: a lectura exercítana un 37% sempre e un 52% frecuentemente e a escritura un 56% sempre e un 41% frecuentemente. A comprensión oral tamén se traballa con asiduidade, pois un 37% incluíuna como un tipo de actividade común nos seus talleres.

No tocante á fonética, un 41% propón exercicios de pronunciación ocasionalmente e un 11% non os fai nunca. Emporiso, no apartado do cuestionario no que os centros debían describir os exercicios de linguaxe que fan habitualmente un 19% afirmou que traballan a fluidez oral dos seus usuarios. Por outro lado, no nivel da pragmática, un 44% fai prácticas



de diálogo frecuentemente e un 41% ocasionalmente e con respecto á narración de historias un 41% a exercita frecuentemente e un 52% ocasionalmente.

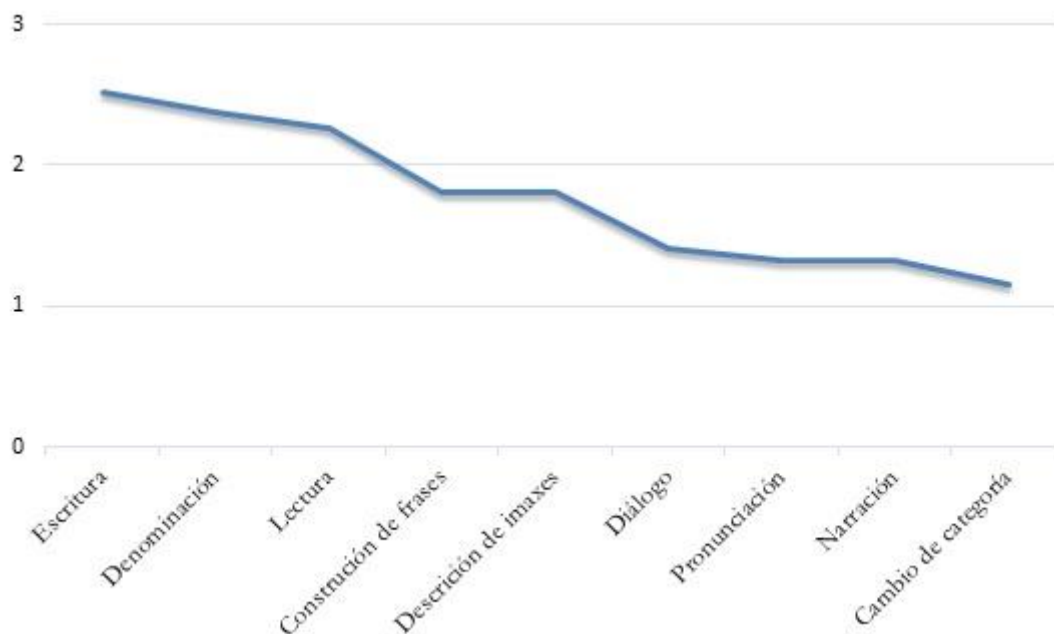
Por último cómpre salientar que o persoal a cargo dos talleres inclúen numerosas actividades de linguaxe que non figuraban no formulario, como por exemplo exercicios sobre familias léxicas, prosodia, sinónimos e antónimos, deletreo, formación de palabras a partir de letras ou sílabas, adiviñanzas, refráns, ditados, trabalinguas así como praxes bucofonatorías e exercicios de musculación da lingua.

Táboa 1. Relación de actividades realizadas nos talleres cognitivos ordenadas por asiduidade.

<b>Exercicio</b>	<b>Sempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Índice de asiduidade</b>
Escritura	15 (56%)	11 (41%)	1 (11%)	-	2,52
Denominación	11 (41%)	15 (55%)	1 (4%)	-	2,37
Lectura	10 (37%)	14 (52%)	3 (11%)	-	2,26
Construción de frases	2 (7%)	19 (70%)	5 (18%)	1 (7%)	1,81
Descrición de imaxes	2 (7%)	18 (67%)	7 (26%)	-	1,81
Diálogo	1 (4%)	12 (44%)	11 (41%)	3 (11%)	1,41
Pronunciación	4 (15%)	5 (18%)	14 (52%)	4 (15%)	1,33
Narración	-	11 (41%)	14 (52%)	2 (7%)	1,33
Cambio de categoría	-	8 (30%)	15 (55%)	4 (15%)	1,15

Co obxectivo de poder comprender mellor cales son as actividades máis habituais nos talleres, desenvolveuse un índice de asiduidade. O método empregado para calcular o índice explícase en detalle no apartado “2. Materiais e métodos” deste documento. O gráfico 3 recolle as actividades ordenadas por índice de asiduidade, de forma que 3 representa que se realizan sempre, 2 frecuentemente, 1 ocasionalmente e 0 nunca. O primeiro que se observa é que todas as actividades incluídas enquisa se realizan nos talleres aínda que, nalgún caso, sexa moi ocasional. As actividades relacionadas coa escritura (2,52), a denominación (2,37) e a lectura (2,26) son as que se levan a cabo con máis frecuencia. Nun segundo nivel estarían a construción de frases (1,81) e a descrición de imaxes (1,81). Por último, as actividades que teñen lugar en menor medida son as prácticas de diálogo (1,41), pronunciación (1,33), narración (1,33) e cambio de categoría.

Gráfico 3 Gráfico de actividades realizadas nos talleres cognitivos ordenadas por asiduidade



Se observamos estes datos dende a perspectiva dos niveis da linguaxe, se conclúe que en maior ou menor medida o persoal dos talleres cobre todos os niveis. Por unha banda, a lectoescritura, a sintaxe e a semántica son as que se practican máis mentres que as actividades de fonética, pragmática e morfoloxía se practican con menos frecuencia.

#### *Medios empregados*

Uns dos recursos que se utilizan nos talleres cognitivos son as presentacións de diapositivas para realizar exercicios de denominación. No caso dos centros que cubriron a enquisa, un 63% emprega este medio ocasionalmente, o 15% úsao de forma frecuente e o 22% non o emprega nunca. Igualmente, é habitual recorrer a obxectos reais nos exercicios de linguaxe. O 7% dos centros enquisados utilízaos sempre, o 59% frecuentemente, o 30% ocasionalmente. Só o 4% non os emprega nunca. Por último, os responsables dos talleres cognitivos tamén exercitan a linguaxe a través de xogos. Un 11% dos entrevistados emprégao sempre, un 67% frecuentemente e un 22% faino de forma ocasional.

### **4.3.Os protocolos de avaliación da linguaxe**

Os resultados de este estudo amosan que non existe unanimidade con respecto a cal é o test máis idóneo para avaliar os déficits de linguaxe. Ao seren preguntados cales eran as ferramentas que utilizaban para detectar este tipo de problemas o 33% declarou empregar test de elaboración propia, mentres que o 11% afirmou non utilizar ningún. Igualmente, hai casos (4%) nos que en vez de utilizar un protocolo avalían a linguaxe a través de informes diarios. En canto aos protocolos estandarizados, os máis empregados son o Test Boston (19%) e o CAMCOG (19%), seguido do MMSE (16%). Os outros (Test de Borregón & González, Batería Memoriza, T@M, SET Test e o Test dos sete minutos) non se utilizan tan frecuentemente e só foron nomeados por un 4% do persoal. A táboa 2 amosa a relación de todos os test nomeados polo persoal enquisado e a porcentaxe de utilización de cada un.

Táboa 2. Porcentaxes de utilización dos test de linguaxe por parte do persoal enquisado.

<b>Test</b>	<b>Profesionais enquisados/as que o empregan</b>
Test de elaboración propia	33%
Test Boston	19%
CAMCOG	19%
MMSE	16%
Ningún	11%
Test de Borregón & González	4%
Batería Memoriza	4%
Rexistro diario propio	4%
T@M	4%
SET Test	4%
Test dos sete minutos	4%
Test Barcelona	4%

Esta disparidade tamén se reflicte á hora de valorar a utilidade dos devanditos tests: o 48% do persoal enquisado opinan que son ferramentas útiles. Entre as súas vantaxes destacan que aporta información útil sobre o estado dos niveis da linguaxe (22%) e así poder seleccionar actividades, aprender como comunicarse cos pacientes e facer un seguimento de como avanza a enfermidade.

Porén, o 41% opina que estas ferramentas non supoñen unha axuda no seu traballo. Entre os inconvenientes o persoal profesional destaca que son moi densos e requiren moito tempo (15%), que é moi difícil avaliar con eles o grado de deterioro (11%), que moitos son demasiado xerais e que polo tanto hai que usar varios para obter unha visión completa (7%). En menor medida, tamén critican que son pouco adaptables aos estadios finais (4%), que non están adaptados a poboación cun nivel cultural baixo (4%) e que non reflicten a competencia instrumental da linguaxe (4%). O 11% do persoal enquisado non emitiu unha opinión ao respecto porque afirmou non coñecer os protocolos.

Finalmente, ao seren preguntados que melloras introducirían eles nos protocolos existentes, o persoal enquisado propuxo que estes se adecúen máis ás fases da enfermidade (7%), que diferencien entre os distintos niveis culturais (7%), que se desenvolvan máis protocolos específicos para demencias (4%) e que contemplen as áreas cerebrais relacionadas coa perda da linguaxe (4%).

#### **4.4.Efectividade dos talleres**

O 96% dos e das profesionais que responderon á enquisa coinciden no feito de que os exercicios específicos de linguaxe axudan a retrasar a perda do mesmo por parte das persoas que padecen, demencia. Non só por seren bos como exercicio cognitivo, senón porque tamén axudan a xerar confianza en si mesmos nos usuarios.

### **5. DISCUSIÓN**

Este estudo revisou o tratamento das distintas áreas da linguaxe (semántica, sintaxe, morfoloxía, pragmática, fonética, lectura, escritura e lectura) nos talleres cognitivos para persoas con demencia. Os resultados amosan que en termos xerais, as persoas ao cargo do taller inclúen exercicios para traballar todas as áreas. Non obstante, os exercicios de sintaxe, pragmática e morfoloxía practícanse menos adoito que os outros.

Se atendemos aos datos da composición dos grupos dos talleres, observamos que o habitual é traballar con grupos de máis de 20 persoas, que ademais padecen unha patoloxía que deteriora a función sostida. Isto implica que hai exercicios como as prácticas de diálogo ou as narracións, que son máis difíciles de levar a cabo en grupos tan grandes. Esta situación podería resolverse cun mellor financiamento por parte das institucións públicas, xa que así se poderían contratar máis profesionais e organizar grupos máis pequenos.

Alén disto, a formación dos responsables dos talleres é principalmente en psicoloxía xeral, neuropsicoloxía e logopedia . Neste sentido, as achegas que mobiliza unha lingüística aplicada cada vez máis interdisciplinar poderían contribuír a través da elaboración de propostas de manuais de exercicios máis específicos e técnicos que poidan axudar ao o traballo tan importante que levan a cabo os e as profesionais dos talleres

Por outra banda, este traballo tamén indagou sobre a utilizade dos protocolos de avaliación de linguaxe para o persoal que traballa nos talleres. Os resultados indican que aproximadamente a metade destes profesionais considera que estes protocolos son útiles, xa que axudan a coñecer o estado cognitivo dos pacientes e a escoller actividades para as terapias. Porén, a opción máis habitual é traballar con ferramentas propias o cal implica que aínda queda camiño que recorrer neste sentido.

Así, ao persoal dos talleres gustaríalle ter unha ferramenta que implique menos tempo, se adecúe máis ás fases da enfermidade e que diferencie entre os distintos niveis culturais. Posto que se trata de persoas que traballan a diario con estes protocolos e que basean parte do seu traballo neles, é esencial que calquera instrumento que se desenvolva teña en conta estes requirimentos para facer unha proposta o máis útil posible.

Por último, tanto os estudos precedentes (Olazarán et al., 2010) como a maioría dos enquisados (96%) coinciden en que as terapias cognitivas axudan a que o avance da

demencia sexa máis lento. Deste xeito, o traballo que fan as Asociacións de Familiares de Alzheimer e outras Demencias, conságrase como unha axuda esencial para os enfermos e as súas familias e, polo tanto, é esencial que as institucións as sigan promovendo económica e socialmente.

## **6. CONCLUSIÓNS**

Neste estudo presentamos unha primeira aproximación ao tratamento das distintas áreas da linguaxe nos talleres cognitivos para persoas con demencia e a opinión do personal a cargo destes talleres sobre a utilidade dos protocolos existentes á hora de avaliar os déficits de linguaxe. Os resultados amosan que amosan que en termos xerais, as persoas ao cargo do taller inclúen exercicios para traballar todos os niveis da linguaxe. Non obstante, os exercicios específicos de sintaxe, pragmática e morfoloxía practícanse menos adoito que os outros, probablemente por falta de medios. Un maior investimento por parte das institucións e a colaboración de profesionais doutras áreas epistemolóxicas poderían axudar a este respecto. No que respecta os protocolos, aínda que as persoas enquisadas opinan que funcionan como ferramentas útiles para avaliar o deterioro e seleccionar exercicios para os talleres, tamén consideran que poderían mellorarse se requirisen menos tempo, se adecuasen máis ás distintas fases da enfermidade e tivesen máis en conta o nivel cultural. Finalmente, os estudos e os e as profesionais enquisados coinciden que a terapia cognitiva axuda a minorar o progreso da demencia, polo cal é esencial que sigan promovéndose.

### **Agradecementos**

Gustaríame agradecer a súa colaboración as 27 asociacións de Familiares de Enfermos de Alzheimer que cubriron a enquisa que sustentaba este estudo. Igualmente, quero agradecer a CEFAFA que respondese a petición de axuda coa compilación de datos demográficos tan dunha forma tan rápida e eficaz.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Albert, M. L., Feldman, R. G. & Willis, A. L. (1974). The subcortical dementia of progressive supranuclear palsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 37, 121-130.
- Bayles, K. A. (1993). Pathology of language behaviour in dementia. En G. Blanken, J. Dittman, H. Grimm, J. Marshall, & Wallesch (ed.): *Linguistic disorders and pathologies*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bayles, K. A. (1994). Management of neurogenic communication disorders associated with dementia. En R. Chapey (ed.): *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore: Williams & Wilkins, 535-545.
- Bayles, K. A., Tomoeda, C. K & Trosset, M. W. (1990). Naming and categorical knowledge in Alzheimer's disease: The process of semantic memory deterioration. *Brain and Language*, 39, 498-510.
- Borregón Sanz, S. & González Calvo, A. (2000). *La Afasia. Exploración y diagnóstico y tratamiento*. Madrid: CEPE.
- CEAFA (2003). *El coste de la enfermedad de Alzheimer*.
- CEAFA (2014). *Jornada de Trabajo CEAFA-Lilly. Conclusiones y propuestas para avanzar en la definición de la Política de Estado de Alzheimer*.
- CEAFA (2016): *La confederación*. Publicado en: <<http://www.ceafa.es/es/ceafa/la-confederacion>> [Consultado o 6 de outubro de 2016]
- CEAFA (s/d). *Asociaciones de CEAFA*. Publicado en: <<http://www.ceafa.es/es/asociaciones-alzheimer>>. [Consultado o 17 de xullo de 2016].
- Cecato, J. F., Martinellil, J. E., Bartholomeu, L. L., Basqueira, A. P., Yassuda, M. S. & Aprahamian, I., (2010). Verbal behaviour in Alzheimer disease patients. Analysis of phrase repetition. *Dement Neuropsychol*, 4(3), 202-6.
- Cohen, H. (1998). Language impairment in Parkinson's disease. En B. Stemmer & H.A. Whitaker (ed.), *Handbook of Neurolinguistics*. London: Academic Press, 475-483. 72.
- Cummings, J. L. & Benson, D. F. (1992). *Dementia: A clinical approach* (2º ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.

- David, N. J., Mackey, E. A. & Smith, J. L. (1968). Further observations in progressive supranuclear palsy. *Neurology*, 18, 349-356.
- Davis, B. H. & Guendouzi, J. (ed.) (2013). *Pragmatics in Dementia Discourse*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Diéguez-Vide, F. & Peña-Casanova, J. (2012). *Cerebro y lenguaje: sintomatología neurolingüística*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Dijkstra, K., Bourgeois, M., Petrie, G., Burgio, L. & Allen-Burge, R. (2002). My Recaller Is on Vacation: Discourse Analysis of Nursing-Home Residents with Dementia. *Discourse Processes*. 33 (1), 53–76.
- Drobny, M., Krajnak, V., Svalekova, A. & Pithova, B. (1991). Creutzfeldt-Jakob disease: Clinical picture analysis. *European Journal of Epidemiology*, 7, 511-516.
- Folstein, M.F, Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Fundación Alzheimer España (2016). *Clasificación de demencias*. Publicado en: <<http://www.alzfae.org/cuidador/95-que-es-alzheimer/clasificacion-demencias>>. [Consultado o 5 de outubro de 2016].
- García, L. J. & Joannette, Y. (1994). Conversational topic-shifting analysis in dementia. En R. L. Bloom, L. K. Obler, S. De Santi & J. S. Ehrlich (ed.), *Discourse analysis and applications: Studies in adult clinical populations*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glosser, G. & Deser, T. (1990). Patterns of Discourse Production among Neurological Patients with Fluent Language Disorders. *Brain and Language* 40 (1), 67–88
- González-Hernández, J. (s/d). Bateria neuropsicológica “memoriza”. Publicado en: <<http://www.memoriza.com>>. [Consultado o 6 de outubro de 2016].
- Gordon, W. P. & Illes, J. (1987), Neurolinguistic characteristics of language production in Huntington’s disease. *Brain and Language*, 31, 1-10.
- Guendouzi, J. & Müller, N. (2006). *Approaches to Discourse in Dementia*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.



- Hamilton, H. E. (1994). *Conversations with an Alzheimer's patient: An interactional sociolinguistic study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hodges, J. R., Salmon, D. P. & Butters, N. (1991). The nature of the naming deficit in Alzheimer's and Huntington's disease. *Brain*, *114*, 1547-1558.
- Isaacs, B. & Akhtar, A.J. (1972). The Set-Test. *Age and ageing*, *1*, 222-226.
- Kaplan, E., Goodglass, H. & Weintraub, S. (1978). *The Boston Naming, experimental edition*. Boston: Lea and Febiger.
- Keller, J. & Rech T. (1998). Towards a modular description of the deficits in spontaneous speech in dementia. *Journal of Pragmatics*, *29*, 313-332.
- Kempler, D., Curtiss, S. & Jackson, C. (1987). Syntactic preservation in Alzheimer's disease. *Journal of Speech and Hearing Research*, *30*, 343-350.
- Kertesz, A. & Clydesdale, S. (1994). Neuropsychological deficits in vascular dementia vs. Alzheimer's disease. Frontal lobe deficits prominent in vascular dementia. *Archives of Neurology*, *51*(12), 1226-1231.
- Knopman, D. S., Christensen, K. J., Schut, L.J., Harbaugh, R. E., Reeder, T., Ngo, T. & Frey, W. (1989). The spectrum of imaging and neuropsychological findings in Pick's disease. *Neurology*, *39*, 362-368.
- Kontiola, P., Laaksonen, R., Suikava, R. & Erkinjuntti, T. (1990). Pattern of language impairment is different in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia. *Brain and Language*, *38*, 364-383.
- Laine, M., Laakso, M., Vuorinen, E. & Rinne, J (1998). Coherence and Informativeness of Discourse in Two Dementia Types. *Journal of Neurolinguistics*, *11* (1), 79-87.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B. & Loring, D.W. (2004) *Neuropsychological Assessment* (4<sup>a</sup> ed.) New York: Oxford University Press.
- Mandell, A. M., Alexander, M. P. & Carpenter, S. (1989). Creutzfeld-Jakob disease presenting as an isolated aphasia. *Neurology*, *39*, 55-58.

- McPherson, S. E., Kuratani, J. D., Cummings, J. L., Shih, J., Mischel, P.S. & Vinters, H. V. (1994). Creutzfeldt-Jakob disease with mixed transcortical aphasia: Insights into echolalia *Behavioral Neurology*, 7, 197-203.
- Mendez, M. F. & Ashla-Mendez, M. (1991). Differences between multi-infarct dementia and Alzheimer's disease on unstructured neuropsychological tasks. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 923-932.
- Olazarán et al. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- OMS (2012). Dementia: a public health priority. Publicado en: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)> [Consultado o 2 de outubro de 2016].
- OMS (2016). Demencia. Publicado en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>> [Consultado o 26 de setembro de 2016].
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado en la exploración neuropsicológica. Test Barcelona. Manual*. Barcelona: Masson.
- Podoll, K. Schwarz, M. & Noth, J. (1991). Language functions in progressive supranuclear palsy. *Brain*, 114, 1457-1472.
- Quintana Aparicio, M. (2009). *Test Barcelona Abreviado: Datos normativos. Aproximación desde la Teoría de Respuesta a los ítems y redes neuronales artificiales en el deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rami L, Molinuevo JL, Bosch B, Sanchez-Valle R & Villar A (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population, *Int J Geriatr Psychiatry*, 22 (4), 294-304
- Roth, M., Tym. E, Mountjoy, C.Q., Huppert, F.A., Hendrie, H., Verma, S. (1986). CAMDEX. A standardized Instrument for the diagnosis of mental disorders in the Elderly with the Special reference to the Early detection of dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 146, 698-709.

- Silveri, M. C., Cappa, A., Mariotti, P. & Puopolo, M., (2002). Naming in patients with Alzheimer's disease: Influence of age of acquisition and categorical effects. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(6), 755–764.
- Solomon, P.R. & Pendelbury, W.W. (1998). Recognition of Alzheimer's disease: the 7 Minute Screen. *Family Medicine*, 30, 265-271.
- Speedie, L., Brake, N., Folstein, S. Bowers, D. & Heilman, K. (1990). Comprehension of prosody in Huntington's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 53, 607-610.
- Wechsler, A., Verity, A., Rosenchein, S., Fried, I. & Schrebel, A. (1982). A clinical, computed tomographic, and histologic study with Golgi impregnation observations. *Archives of Neurology*, 39, 287-290.