

Trastorns lingüístico- cognitius adquirits

Com citar aquest document:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastorns lingüístico-cognitius adquirits. A: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 84-103. Disponible a: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Trastorns lingüístico-cognitius adquirits. A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. [pp. 94-103]. Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, març de 2026. Amb les modificacions aprovades a l'Assemblea General Ordinària del 21 de març de 2026.

4

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a la prevenció, el diagnòstic i la intervenció en els trastorns lingüístico-cognitius adquirits, i ha de mantenir una formació especialitzada i actualitzada per atendre les necessitats específiques de persones amb deteriorament cognitiu, demències o fragilitat associada a l'edat.
- 2 El CLC impulsa la recerca per conèixer-ne la prevalença local, per desenvolupar instruments d'avaluació adaptats als contextos lingüístics i culturals, i per establir intervencions basades en l'evidència científica, orientades a millorar la comunicació i la qualitat de vida de les persones afectades.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari per garantir una atenció integral, amb la coordinació de logopedes, neuròlegs, geriatres, rehabilitadors, psicòlegs, treballadors socials, infermers i altres professionals, i promou la formació en conversa assistida per a una millor interacció amb pacients fràgils o amb limitacions comunicatives.

Què és?

Definició

En aquest capítol s'inclouen els trastorns que afecten les funcions comunicatives del llenguatge i les funcions cognitives en què el llenguatge resulta imprescindible, derivats tant de les demències i els trastorns degeneratius, com del deteriorament cognitiu lleu, la fragilitat i les minves sensorials i motores pròpies de l'edat.

La demència és una síndrome derivada d'una malaltia cerebral adquirida. Es caracteritza per una disminució progressiva de la memòria i d'altres dominis cognitius que, quan és prou greu, interfereix en la vida diària i en el funcionament independent.

Els símptomes associats a la demència continuen progressant en gravetat fins a la mort. A continuació, es presenta una llista no exhaustiva dels trastorns neurodegeneratius més comuns que causen demència:

- Malaltia d'Alzheimer (primera causa de demència).
- Malaltia de cossos de Lewy.
- Demència vascular (per exemple: demència multiinfàrtica).
- Demència frontotemporal.
- Malaltia de Pick (variant conductual).
- Afàsia progressiva primària (variant del llenguatge).
- Malaltia de Huntington.
- Malaltia de Parkinson.

Altres afeccions que poden provocar demència a causa de canvis progressius en la funció cerebral són:

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff secundària a l'abús crònic d'alcohol.
- Traumatisme cranioencefàlic.
- Encefalopatia traumàtica crònica a causa d'un traumatisme repetit (per exemple: demència pugilística).
- Esclerosi múltiple.
- Virus de la immunodeficiència humana.

En relació amb l'envelliment, el deteriorament cognitiu lleu (DCL) es descriu com una etapa intermèdia del deteriorament cognitiu que sovint, però no sempre, és una fase de transició dels canvis cognitius en l'envelliment normal dels que es presenten típicament en la demència. L'avaluació i identificació primerenca del deteriorament lingüístic podria facilitar aquesta diferenciació i permetre l'ús d'intervencions cognitives per millorar o bé alentir la progressió del declivi.

La fragilitat en la vellesa es defineix com l'estat de vulnerabilitat de la persona anciana davant de factors estressants, siguin endògens o exògens, que es relaciona amb resultats negatius de salut, com el deteriorament funcional (sensorial o motor), la dependència, la institu-

cionalització, l'hospitalització, un alt cost sanitari o la morbiditat. La fragilitat es pot equiparar a un problema de salut crònic, ja que és un estat que no es pot curar, tot i que pot millorar en les fases inicials. Cal estar amatent a les situacions comunicatives que presenten les persones fràgils d'edat avançada per promoure espais d'intercanvi comunicatiu.

Signes clínics

Els símptomes de la demència poden diferir en funció de la causa i l'etapa de la malaltia. Tot i que els signes i símptomes de l'etapa tardana poden ser similars en totes les etiologies, els símptomes de l'etapa primerenca poden variar considerablement.

A continuació, s'enumeren exemples de signes i símptomes del llenguatge comuns en la demència. No totes les persones amb demència experimenten tots aquests símptomes i aquests poden variar en funció de la neuropatologia subjacent i de les diferències individuals.

En general i de forma progressiva el llenguatge expressiu es va buidant de contingut, el discurs és més vague i tangencial, repetitiu o perseverant. Apareixen parafràsies i substitucions de paraules, dificultat d'evocació, sobretot de noms propis, augmenta l'ús de circumloquis i d'errors gramaticals com l'ús incorrecte d'articles, preposicions i verbs auxiliars, i molts enunciats queden inconclusos perquè la persona no pot continuar-los. Progressivament, la parla significativa és substituïda per l'ús d'argot i, finalment, s'instaura el mutisme.

En el vessant comprensiu s'imposen les dificultats per seguir ordres complexes i frases llargues i, progressivament, per poder seguir una conversa. Aquestes dificultats també es van manifestant en el llenguatge escrit, tant en lectura com en l'escriptura. En persones bilingües s'observa errors en la selecció i el manteniment de la llengua emprada durant la conversa, així com regressió a la llengua primària.

Els canvis cognitius associats a la demència poden tenir un impacte significatiu en la comunicació del dia a dia. La disminució de la memòria, l'atenció, el funcionament executiu i el processament del llenguatge poden dificultar el seguiment i la participació en la conversa.

En la vellesa, les persones amb DCL poden processar la informació més lentament, perdre el tema, perdre el punt i poden repetir informació. Amb un deteriorament cognitiu més significatiu les persones afectades poden desorientar-se en el temps i el lloc, poden tenir dificultats per recordar esdeveniments recents, la seva expressió verbal pot ser reduïda i menys substantiva i la seva capacitat d'expressar pensaments, desitjos i necessitats es poden veure afectats.

La CIF (per les sigles en anglès d'ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) va ser desenvolupada per l'OMS (2001) amb l'objectiu d'oferir una perspectiva biopsicosocial de la salut. Proporciona un marc per abordar la discapacitat i el funcionament d'una persona en el seu context i en la seva vida quotidiana. Els trastorns lingüístic-cognitius impliquen funcions mentals globals (b110-b139) com són la consciència, l'orientació, el temperament i la personalitat, i específiques (b140-b189) com el llenguatge, el càlcul i la memòria.

Codificació CIM-11

Codi	Concepte
MG2A	Disminució de la capacitat intrínseca associada a l'envel·liment
6D71	Trastorn neurocognitiu lleu
6D80	Demència deguda a la malaltia d'Alzheimer
6D81	Demència deguda a una malaltia cerebrovascular
6D82	Demència deguda a la malaltia per cossos de Lewy
6D83	Demència frontotemporal
6D84	Demència per substàncies psicoactives, inclosos els medicaments
6D85	Demència deguda a malalties classificades en un altre apartat
6D8Y	Demència, altra causa especificada
6D8Z	Demència, causa desconeguda o sense especificació



Trastorns lingüístico-cognitius adquirits

Causes

La malaltia d'Alzheimer és la causa més freqüent de demència, i representa aproximadament el 70 % de tots els casos.

La resta de casos són comptabilitzats per demència vascular, demència amb cossos de Lewy, malaltia de Parkinson, demència frontotemporal i demència mixta (per exemple, malaltia d'Alzheimer amb patologia amb cossos de Lewy o la malaltia d'Alzheimer amb patologia vascular).

Els factors de risc modificables per a la demència són aquells que, si s'eliminen, potencialment poden prevenir alguns casos de demència. A partir de les dades disponibles i dels models de risc de demència, es descriuen nou factors de risc modificables en el curs de la vida. Aquests factors s'agrupen per franges d'edat al llarg de la vida.

Primers anys (< 18 anys)

- Menys educació (cap o només primària).

Vida mitjana (45-65 anys)

- Hipertensió.
- Obesitat.
- Pèrdua d'audició.

Darrers anys (> 65 anys)

- Fumar.
- Depressió.
- Inactivitat física.

- Aïllament social.
- Diabetis.

S'estima que al voltant del 35 % de les demències es poden atribuir a una combinació d'aquests nou factors. Els mecanismes que poden estar relacionats amb aquests factors de risc inclouen: danys vasculars al cervell que augmenten el risc de lesions vasculars, atròfia i neurodegeneració, menys reserva cognitiva disponible i canvis metabòlics que afecten l'aclariment amiloide.

Els factors de risc no modificables són aquells que no poden ser canviats o modificats per la persona, com ara l'edat i l'herència. L'edat és el factor més gran de risc no modificable per a la demència. Cada cinc anys a partir dels 65 anys, el nombre de persones amb malaltia d'Alzheimer es duplica; al voltant d'un terç de les persones majors de 85 anys tenen aquesta malaltia. L'herència pot jugar un paper en el risc de demència. Per exemple, el risc d'adquirir demència és més alt si una persona té un parent de primer grau amb la malaltia.

Epidemiologia

A tot el món s'estima que 50 milions de persones viuen amb demència. Es preveu que aquestes xifres arribin als 82 milions l'any 2030 i als 152 milions el 2050, amb la majoria de persones procedents de països d'ingressos baixos i mitjans. En l'àmbit mundial, el nombre anual de casos nous de demència és de 9,9 milions. Aquestes estimacions són aproximadament un 30 % superiors a les xifres anuals reportades el 2010 (7,7 milions de casos nous, segons un informe de 2012 de l'OMS i Alzheimer's Disease International).

Segons dades del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, a Espanya les persones majors de 65 anys presenten una prevalença de fragilitat aproximada del 10 %, i augmenta fins al 25 % en majors de 80 anys. En l'estudi *Health Initiative*, la prevalença de fragilitat és més gran en les dones que en els homes i en un estudi de l'any 2006 les dones presentaven una fragilitat del 30,9 %, respecte a un 9,3 % dels homes. Alguns estudis relacionen aquesta diferència amb una major sarcopènia en les dones.

Segons l'Institut Nacional d'Estadística es preveu que el 2050 a Espanya el 30 % de la població siguin persones majors de 65 anys (gairebé 13 milions), i que els octogenaris siguin el 12 % de la població, més de 4 milions. Atesa l'alta relació entre fragilitat i envelliment, s'espera que la incidència de fragilitat augmenti els pròxims anys.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per conèixer la prevalença local al nostre país dels trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

Impacte en la vida de la persona

La classificació internacional de funcionalitat (CIF, per les sigles en anglès d'ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) va ser desenvolupada per l'OMS (2001) amb l'objectiu d'oferir

una perspectiva biopsicosocial de la salut, proporciona un marc per abordar la discapacitat i el funcionament d'una persona en el seu context i en la seva vida quotidiana. La demència i la fragilitat incideixen en la comunicació, tant en la recepció (d310-d329) com en la producció (d330-d349) i conversa (d350-d369), a banda de les interaccions i relacions interpersonals (d7) i la vida comunitària, social i cívica (d9). Al final del capítol, trobareu detallats els codis CIF relacionats en el quadre de la codificació CIF. A més, s'ha de tenir en compte l'impacte en la comunicació, el llenguatge i les funcions orals no verbals de les malalties neurodegeneratives.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per crear conjunts bàsics de categories de la CIF (Core Set) per a la identificació dels elements en què incideixen els trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

Gradació de severitat, conseqüències i suports

Grau 0: limitació mínima per entendre o expressar-se

Ocasionalment, es manifesten alteracions en l'articulació, paraules poc precises, alteracions lleus en sintaxi o dificultat lleu en comprensió de frases o expressions complexes. El pacient pot expressar dificultats subjectives no evidents per a l'interlocutor. El pacient continua participant en les activitats de la comunitat.

Grau I: alteració moderada per entendre o expressar-se

Es tracta de persones independents que es queixen de sentir-se alentides, amb sensació de cansament, pèrdua de pes no intencionada o inseguretat per sortir al carrer. Baixa fluència o limitacions en la comprensió. Dificultats per trobar la paraula adient amb un discurs imprecís, articulació lenta amb esforç articulatori i sovint distorsionada. Hi ha dificultats en la comprensió que es poden fer evidents per a l'interlocutor. Aquestes dificultats es compensen amb ajuda de l'interlocutor o per les estratègies del pacient. Els pacients en aquest grau no són regularment actius més enllà de la rutina.

Grau II: limitació severa per comprendre o expressar-se

Són persones que han disminuït la velocitat de marxa, necessiten ajuda en diferents activitats instrumentals (anar a comprar, ús de transport públic, tasques domèstiques, etc.) i poden presentar una limitació greu de l'expressió o la comprensió, que fan gairebé impossible seguir una conversa. La conversa es limita a temes quotidians i molt coneguts per al pacient. La comunicació està severament alterada amb interlocutors no familiaritzats amb la problemàtica. Normalment, han reduït força les seves activitats socials i comunitàries.

Grau III: limitació greu per comprendre o expressar-se

Es tracta de persones que necessiten ajuda per a totes les activitats dins i fora de casa. Freqüentment tenen problemes per pujar i

baixar escales. Necessiten assistència per banyar-se o vestir-se. El seu llenguatge es veu reduït a paraules aïllades amb errors articulatoris o parafràsies que poden donar lloc a jargó. Comprensió molt limitada, atenent només ordres simples. Amb ajuda, el pacient pot mantenir una mínima conversa sobre temes molt coneguts; no aconsegueix expressar les idees, però col·labora amb l'examinador i comparteix el pes de la conversa. Aquests pacients han reduït gairebé del tot les seves activitats socials i comunitàries.

Grau IV: limitació total per entendre o expressar-se

Aquests pacients són completament dependents en les activitats de la vida diària o molt discapacitats. Pot haver-hi manca total de parla o estar reduïda a estereotípies verbals. En altres casos, amb nul·la comprensió i jargó amb logorrea com a única expressió. La comunicació es redueix a expressions incompletes, l'oient necessita fer inferències, preguntes o endevinació. L'intercanvi d'informació és mínim i el pes de la comunicació el porta l'oient.

Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a la realització dels diagnòstics logopèdics i dels tractaments preventius, diagnòstics, rehabilitadors i de manteniment dels trastorns del llenguatge. Aquesta atribució es desprèn de l'article 7.2f de la LOPS, que afirma que els logopedes desenvolupen les activitats de prevenció, avaluació i tractament dels trastorns del llenguatge, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina. De la mateixa manera, de l'Ordre CIN/726/2009 que estableix els requisits mínims per a la verificació dels títols que habiliten per a l'exercici de la professió de logopeda, és palès que els logopedes graduats coneixen les bases anatomicofisiològiques del llenguatge, els seus trastorns i les tècniques i instruments per al seu diagnòstic logopèdic i les estratègies terapèutiques. Aquesta visió la comparteixen els documents de perfil professional, que declaren que la logopèdia té com a finalitat millorar les qualitats alterades del llenguatge o proporcionar altres sistemes alternatius i augmentatius de comunicació (SAAC).

Tal com indica el Codi deontològic del CLC, els logopedes han d'exercir la seva professió amb competència, per tant, les professionals que atenen aquesta població han d'estar adequadament formades per fer-ho. L'atenció a la gent gran, als pacients amb malalties neurodegeneratives i les seves famílies exigeix una formació especialitzada i un estil relacional que cal anar adquirint progressivament després de la formació inicial dels logopedes. Per aquest motiu, cal que els professionals d'aquest àmbit complementin i actualitzin la seva formació.

Orientació interdisciplinària

Per al tractament de les dificultats de comunicació derivades tant de la fragilitat per envelliment com dels trastorns degeneratius s'ha de disposar d'un equip interdisciplinari de: metges neuròlegs, metges geriatres, metges especialistes en rehabilitació, logopedes, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, infermeres, treballadors socials i psicòlegs.

El CLC aconsella que tots els membres de l'equip professional estiguin formats en conversa assistida per poder interactuar amb pacients fràgils amb limitacions de comunicació.

Diagnòstic logopèdic

Informació mínima necessària del derivador

En el context de l'atenció primària o hospitalària, l'usuari serà derivat al servei de logopèdia pel neuròleg, pel metge rehabilitador o pel seu metge de família o geriatra si ha realitzat una visita prèvia i valoració neurològica; caldrà que aporti informació relativa a:

- Resultats de les exploracions neurofisiològiques amb l'accés a les fonts primàries (imatges, àudios, gràfiques, etc.).
- Orientació diagnòstica: sobretot cal la identificació de la malaltia de base i la diferenciació entre origen agut, subagut, progressiu, regressiu o estable.
- Temps d'evolució de la clínica.
- Tractaments relacionats realitzats, siguin farmacològics, rehabilitadors o quirúrgics, amb data de realització.
- Proves complementàries relacionades realitzades, resultat, interpretació i data de realització.
- Repercussió de la clínica en les activitats de la vida diària del pacient i en l'àmbit laboral.

En context d'hospitalització es derivarà segons interconsulta hospitalària per realitzar una primera valoració i intervenció a peu de llit.

Exploració clínica

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a avaluar els següents elements dels trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

D'acord amb la CIF, es fa una avaluació integral per identificar i descriure:

- Deficiències en l'estructura i la funció corporal, incloses les relacionades amb el llenguatge i la comunicació.
- Limitacions en l'activitat i la participació, inclosa la comunicació funcional i les interaccions socials i l'impacte de les alteracions del llenguatge i la comunicació en la qualitat de vida, inclòs

l'impacte de les limitacions en els rols socials de l'individu dins de la seva comunitat.

- Factors contextuals (ambientals i personals) que serveixen de barrera o facilitadors de l'èxit de la comunicació i la participació en la vida.

1 / Avaluació de l'estructura i de les funcions corporals

Caldrà avaluar les característiques que incidiran progressivament en la pèrdua de les habilitats lingüístiques que es faran evidents en les diferents fases de l'evolució, des de la semàntica a la fonologia, la sintaxi, la lectoescriptura i la gramàtica.

En la malaltia d'Alzheimer les alteracions del llenguatge són un dels primers indicis importants de deteriorament. Les primeres limitacions en l'ús del llenguatge a causa de deteriorament poden ser emmascarades pel mateix pacient, sovint limitant les relacions socials i/o la comunicació. S'ha d'avaluar l'escala de cognició i comunicació:

- Identificar si progressivament fa servir produccions verbals més curtes, amb poca informació i cada vegada menys freqüents.
- Valorar si progressivament apareixen conductes més indiferents envers el contacte social amb més aïllament voluntari i menys participació comunicativa.
- Avaluar les limitacions de vocabulari identificades en la conversa, així com les perseveracions, la utilització de «crosses» o de circumloquis.
- Valorar el paper compensador dels interlocutors segons s'avança en les diferents fases de deteriorament i proposar o mantenir les estratègies com el llenguatge verbal adaptat, el llenguatge no verbal o l'ús de Sistemes Alternatius de Comunicació.
- Avaluació del control executiu o autoregulador (p. ex.: capacitat per establir objectius, planificar, iniciar i inhibir, autocontrolar-se i autoavaluar-se, resoldre problemes i pensar i actuar estratègicament).

Les proves estandarditzades que cal utilitzar per a la valoració del llenguatge s'orientaran de la següent manera:

- Proves de denominació de dibuixos o imatges.
- Capacitat semàntica amb aparellament de dibuixos o paraules.
- Tasques de fluïdesa categorial semàntica.
- Comprensió d'oracions gramaticals complexes.
- Concordances gramaticals entre oracions.
- Coherència del discurs.
- Afectació de la prosòdia.

La gravetat de la demència s'ha de tenir en compte a l'hora de seleccionar les proves. Algunes proves són massa difícils per a les persones amb demència greu i no proporcionen informació útil. En aquests casos, cal recórrer a l'observació clínica en interaccions naturals.

En la fragilitat, a causa de l'edat, si hi ha queixes subjectives de memòria caldrà administrar el test *Quick Mild Cognitive Impairment Screen* (QMCI), dissenyat específicament per a la gent gran, per determinar si hi ha un inici de deteriorament cognitiu.

El CLC recomana que el logopeda utilitzi, a més de les proves de llenguatge, proves cognitives, de funcions executives i de qualsevol altra funció relacionada amb el llenguatge i la comunicació per entendre millor les habilitats de la persona, tant verbals com no verbals. Aquest enfocament permet obtenir una valoració més completa, identificar amb més precisió les dificultats i les capacitats conservades i garantir un diagnòstic més acurat.

Aquesta avaluació detallada facilita el disseny d'un tractament més adequat a cada persona, amb estratègies que millorin la comunicació diària. A més, contribueix a evitar errors en el diagnòstic i assegura una intervenció basada en l'evidència científica. Aquest procediment garanteix una pràctica ètica i responsable, ajustant el tractament a les necessitats específiques de cada persona per optimitzar-ne l'eficàcia i afavorir la qualitat de vida i l'autonomia en la comunicació.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per crear i/o traduir instruments d'avaluació en català i castellà dels trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

2 / Avaluació de la participació, activitats i qualitat de vida

L'avaluació de l'impacte de les dificultats de comunicació derivades tant de la fragilitat per envelliment com dels trastorns degeneratius en la vida dels pacients requereix una atenció específica en les entrevistes amb el pacient i el seu entorn. També poden ser d'utilitat algunes proves com l'*Escala de calidad de vida para el ictus* (ECVI-38).

3 / Avaluació del context

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn han de servir per identificar barreres contextuais i facilitadors. Cal avaluar els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats. Entre aquests, trobem les relacions familiars (e310 i e315), els cuidadors i personal d'ajuda (e340) i l'ús de productes i tecnologia per a la comunicació (e125).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca per crear instruments d'avaluació en català i castellà de les necessitats de la persona i el seu context.

A qui s'adreça la intervenció?

Críteris per a la indicació del tractament

En general, són tributaris de logopèdia els pacients que presenten trastorns comunicatius adquirits susceptibles de millora amb tractament logopèdic, en la seva simptomatologia o en l'impacte del trastorn en la seva vida quotidiana.

Hi ha un consens generalitzat sobre el fet que la rehabilitació és essencial per facilitar el manteniment o la millora funcional dels pacients amb deteriorament general i fragilitat. Els programes de rehabilitació multidisciplinaris i coordinats han demostrat no només disminuir la mortalitat d'aquests pacients sinó també millorar-ne la funcionalitat, el grau de participació i la qualitat de vida de pacients i cuidadors independentment de factors com l'edat, la cronicitat o la gravetat inicial.

Críteris per regular el tractament

Es regularà la intensitat del tractament logopèdic davant d'alguna circumstància que impedeixi o interfereixi en l'evolució correcta del procés i en la millora funcional del pacient. Concretament, els pacients que presentin:

- Manca de col·laboració, amb rebuig a la teràpia, incompareixença al tractament o no compliment de les pautes indicades. Rebuig a la corresponsabilitat del pacient en el seu procés assistencial.
- Manca de nivells mínims d'alerta, de consciència, atenció, cognició i col·laboració per participar d'una rehabilitació de la comunicació.
- Pacients que presenten trastorns de conducta o d'addicció que impedeixen l'aprenentatge.
- Manca de suport sociofamiliar adequat si aquest resulta imprescindible per al tractament.
- Circumstàncies externes que impedeixin o interfereixin en l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

Com intervenir-hi?

Objectius

Els objectius generals de la rehabilitació dels trastorns lingüístico-cognitius adquirits són: maximitzar les habilitats, l'activitat, l'expressió del llenguatge i la participació de les persones en activitats comunicatives a partir de:

- **Habilitats:** recuperar el processament lingüístic en el context de diverses activitats i entorns, inclosa la comprensió del llenguatge i la capacitat d'utilitzar un llenguatge expressiu. Potenciar les

habilitats executives o d'autoregulació, com ara l'establiment d'objectius, l'autocontrol i la resolució de problemes.

- **Activitat:** minimitzar la discapacitat en la comunicació garantint un ús màxim de les habilitats actuals. Pot incloure estratègies compensatòries i mitjans de comunicació alternatius per millorar les habilitats de conversa.
- **Participació:** permetre la participació segons les circumstàncies de cada persona i preferències. Desenvolupar habilitats i confiança social, promoure la independència i presa de decisions. Reduir l'aïllament i augmentar la integració social.
- **Benestar:** maximitzar la sensació de benestar i la qualitat de vida de les persones. Desenvolupar estratègies d'afrontament.

Intervencions preventives

En els trastorns lingüístico-cognitius adquirits la intervenció logopèdica es contempla amb objectius de manteniment i màxim aprofitament de les capacitats comunicatives i lingüístiques. Això es concreta en programes específics de comunicació i llenguatge desenvolupats en activitats quotidianes, culturals i recreatives (centres de dia, centres cívics, llars de la tercera edat o residències geriàtriques). S'han de preservar les habilitats d'interacció, de conversa: control dels torns, manteniment temàtic, etc.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre intervencions preventives en els trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

Intervencions de millora i rehabilitació

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a intervenir en els següents elements dels trastorns lingüístico-cognitius adquirits:

- Manteniment del tema de conversa.
- Inhibició d'informació irrellevant.
- Control de torns.
- Atenció sostinguda.
- Estratègies de facilitació per l'evocació de noms.

Els programes específics per al deteriorament cognitiu lleu es complementen amb programes d'estimulació cognitiva, activitats de la vida diària i socials.

Es recomana que la intervenció del llenguatge per fragilitat a causa de l'edat sigui en grups de quatre a sis persones més el logopeda.

Quan una persona té el diagnòstic d'afàsia progressiva primària, cal implementar SAAC al més aviat possible per mantenir les possibilitats comunicatives mentre no es manifesti la demència de manera severa.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre la intervenció logopèdica en els trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

Intervencions de manteniment

Per a la fragilitat a causa de l'edat es recomanen programes sistemàtics de manteniment que incloguin estratègies de facilitació per a l'evocació de noms (anòmia) i estratègies per a l'estructuració del discurs. Quan sigui possible, el treball amb la llengua escrita també actua de suport i manteniment.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre la intervenció de manteniment dels trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

Intervencions en l'entorn

Els membres de la família i les persones que tenen cura de persones amb trastorns lingüístico-cognitius adquirits s'enfronten a reptes que poden afectar la seva pròpia salut i benestar. Els canvis en el funcionament de la comunicació a causa del deteriorament cognitiu, juntament amb els canvis de comportament, poden tenir un impacte significatiu en les interaccions del dia a dia i poden provocar una frustració considerable. Els logopedes treballen amb famílies i cuidadors per ajudar-los a comprendre i gestionar aquests canvis, minimitzar l'estrès i la frustració i proporcionar un entorn de suport a la persona amb dificultats comunicatives.

La formació de famílies i cuidadors per utilitzar estratègies efectives que millorin la comunicació pot ajudar-los a comprendre i reparar les alteracions de la comunicació, participar en la conversa amb més èxit i millorar la qualitat de vida de la persona amb les dificultats.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer recerca sobre la intervenció en l'entorn.

Intervencions no recomanades

En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen intervencions no recomanades per la literatura científica. El CLC considera que no és recomanable l'aplicació de tractaments sense una evidència científica contrastada o un sòlid coneixement professional.

Equipament

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a tenir els següents elements d'equipaments a la seva disposició a l'hora d'intervenir en persones amb trastorns lingüístico-cognitius adquirits.

La tecnologia d'assistència inclou dispositius i serveis adaptatius i rehabilitadors per a persones amb discapacitat. Un dispositiu de tecnologia d'assistència és qualsevol element, equip o sistema, sigui comercial, modificat o personalitzat, que s'utilitza per augmentar, mantenir o millorar les capacitats funcionals d'una persona amb discapacitat.

Diverses tecnologies d'assistència emergents i disponibles comercialment poden tenir aplicacions per a l'atenció a la demència. La selecció de dispositius i sistemes de tecnologia d'assistència específics dependrà de l'etapa de la demència; és probable que les persones en les primeres etapes de la malaltia puguin utilitzar una gamma més àmplia de dispositius i sistemes que les persones en les etapes posteriors.

És important valorar l'efecte negatiu que pot tenir l'ús de material amb aspecte infantil en adults amb trastorns lingüístico-cognitius adquirits. En aquests casos, és recomanable utilitzar materials neutres, relacionats amb la cultura de l'entorn i de l'individu, per evitar qualsevol forma d'infantilització.

És fonamental que els logopedes apliquin mesures d'higiene rigoroses per garantir la seguretat tant dels pacients com d'ells mateixos. Aquestes mesures inclouen la desinfecció regular del material i superfícies de treball, el rentat de mans abans i després de cada sessió, l'ús d'utilatge d'un sol ús quan sigui possible, i la ventilació adequada dels espais. A més, en els casos que ho requereixin, com en situacions de risc de contagi, és important utilitzar mascareta i guants, i seguir els protocols establerts per les autoritats sanitàries. Aquestes pràctiques són essencials per prevenir infeccions i crear un entorn terapèutic segur i de confiança.

Informació d'alta

Requisits d'alta

La majoria dels trastorns que causen els trastorns lingüístico-cognitius adquirits no tenen un pronòstic favorable. Molt sovint no rebran l'alta mèdica sinó que les dificultats de comunicació i llenguatge estaran presents fins al final de la vida. En aquests moments, els objectius se centraran a facilitar al màxim la comunicació per a l'acompanyament.

Una planificació efectiva és essencial per a transicions fluides a través de la continuïtat assistencial. El logopeda ha d'avaluar les possibilitats del pacient i l'entorn per a la comunicació efectiva amb la implementació dels suports necessaris i avaluar també si el manteniment de serveis hospitalaris i assistencials suposa una millora en les condicions del pacient.

Orientacions per a després de l'alta

Els familiars i el pacient han de rebre les informacions, els materials i la tecnologia disponible per afavorir les possibilitats de comunicació entre ells per a un final digne de vida. La vinculació entre pacient i logopeda s'ha d'anar regulant en funció de les necessitats del pacient i la capacitat de l'entorn de donar resposta a aquestes necessitats comunicatives.

Codificació CIF

Els codis CIF que es veuen afectats en la **demència**, que inclou la demència per trastorns neurodegeneratius, són:

Capítol	Codi i descripció
FUNCIONS CORPORALS	
b1 Funcions mentals	b110-b139 Funcions mentals globals b110 Funcions de la consciència b114 Funcions de l'orientació b117 Funcions intel·lectuals b122 Funcions psicosocials globals b126 Funcions del temperament i la personalitat b130 Funcions relacionades amb l'energia i els impulsos b134 Funcions del son b139 Funcions mentals globals, altres especificades i no especificades
	b140-b189 Funcions mentals específiques b140 Funcions de l'atenció b144 Funcions de la memòria b152 Funcions emocionals b156 Funcions de la percepció b160 Funcions del pensament b164 Funcions cognitives superiors b167 Funcions mentals del llenguatge b172 Funcions relacionades amb el càlcul b176 Funcions mentals relacionades amb l'encadenament de moviments complexos b180 Experiències relacionades amb un mateix i amb el temps b189 Funcions mentals específiques, altres especificades i no especificades

ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ

**d3
Comunicació****d310-d329 Comunicació-recepció**

- d310 Comunicació-recepció de missatges parlats
- d315 Comunicació-recepció de missatges no verbals
- d320 Comunicació-recepció de missatges en llenguatge de signes convencional
- d325 Comunicació-recepció de missatges escrits
- d329 Comunicació-recepció, especificada i no especificada

d3 Comunicació-producció

- d330 Parlar
- d335 Producció de missatges no verbals
- d340 Producció de missatges en llengua de signes convencional
- d345 Missatges escrits
- d349 Comunicació-producció, especificada i no especificada

d350-d369 Conversar i utilitzar aparells i tècniques de comunicació

- d350 Conversa
- d355 Discussió
- d360 Utilització de dispositius i tècniques de comunicació.
- d369 Conversa i utilització de dispositius i tècniques de comunicació, especificats i no especificats

**d7
Interaccions i relacions
interpersonals**

- d710 Interaccions interpersonals bàsiques
- d720 Interaccions personals complexes

d730-d779 Interaccions interpersonals particulars, no especificades

- d730 Relacionar-se amb estranys
- d740 Relacions formals
- d750 Relacions socials informals
- d760 Relacions familiars
- d770 Relacions íntimes
- d779 Relacions interpersonals particulars, altres específiques i no específiques

- d798 Interaccions i relacions interpersonals, altres especificades

**d9
Vida comunitària, social i cívica**

- d910 Vida comunitària
- d920 Temps lliure i oci
- d930 Religió i espiritualitat

FACTORS AMBIENTALS

e1 Productes i tecnologia	e125 Productes i tecnologia per a la comunicació
e3 Suport i relacions	e310 Familiars propers e315 Altres familiars e340 Cuidadors i personal d'ajuda

En la **fragilitat** a causa de l'edat es veuen afectades:

101

Capítol	Codi i descripció
---------	-------------------

FUNCIONS CORPORALS

b1 Funcions mentals	b167 Funcions mentals del llenguatge
--------------------------------------	--------------------------------------

ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ

d3 Comunicació	d350-d369 Conversar i utilitzar aparells i tècniques de comunicació d350 Conversa d355 Discussió d360 Utilització de dispositius i tècniques de comunicació d369 Conversa i utilització de dispositius i tècniques de comunicació, especificats i no especificats
d7 Interaccions i relacions interpersonals	d710-d729 Interaccions interpersonals generals d710 Interaccions interpersonals bàsiques d720 Interaccions personals complexes d729 Interaccions interpersonals generals, altres especificades i no especificades d730-d779 Interaccions interpersonals particulars, no especificades d730 Relacionar-se amb estranys d740 Relacions formals d750 Relacions socials informals d760 Relacions familiars d770 Relacions íntimes d779 Relacions interpersonals particulars, altres específiques i no específiques

Bibliografia

- Ambllàs J, Amil P, Bocanegra I, Bullich I, Contel JC, Gil E, Giráldez G, González A, Melendo EM, Mir V, Ruiz R, Santauegènia S. Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa [PCC] o avançada [MACA]. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2020. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/7007>
- Apóstolo J, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018 Jan;16(1):140-232. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382>
- Eklund K, et al. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x>
- Friedland D, Miller N. Language mixing in bilingual speakers with Alzheimer's dementia: A conversation analysis approach. *Aphasiology*. 1999;13: 427-444.
- Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. *Arch Intern Med*. 2006;166: 418. Disponible a: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418> [citad el 26 gener de 2020].
- Goodwin VA, Abbott RA, Whear R, Bethel A, Ukoumunne OC, Thompson-Coon J, Stein K. Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injuries among older people: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2014 Feb 5;14:1. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-15>
- Juncos-Rabadán O, Pereiro AX, Facal D. Comunicación y lenguaje en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n. 67. Lecciones de Gerontología, XI. 2006.
- Mahendra N, Hopper T. Dementia and related cognitive disorders. A I Papathanasiou, P Coppens, C Potagas (eds.), *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 2013: 397-430.
- Mendez MF, Perryman KM, Pontón MO, Cummings JL. Bilingualism and dementia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999;11:411-412.
- Nussbaum JF, Coupland J. Handbook of communication and aging research. 2a edició. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2024.
- Organización Panamericana de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS. 2013. Disponible a: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=3EA6F66B-C163902A7067A94744AC1F07?sequence=1 [citad el 2 d'abril de 2024].
- Peña-Casanova J. Teoría e interpretación: Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Programa Integrado de exploración neuropsicológica. Test Barcelona-2. Services S.L. 2019.
- Worrall LE, Hickson LM. Communication disability in aging: From prevention to intervention. Clifton Park: Delmar Learning. 2003.
- Woods NF, LaCroix AZ, Gray SL, Aragaki A, Cochrane BB, Brunner RL, Masaki K, Murray A, Newman AB, Women's Health Initiative. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Aug;53(8):1321-30. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53405.x>

