

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO, ARGENTINA
2026



**“Estimulación Cognitiva en Adultos Mayores y su abordaje
desde la Fonoaudiología.”**

ALUMNAS:

Puerto Philbois Aldana,
Riberos Judith

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. Peralta Silvina

Ensayo presentado por:

Puerto Philbois Aldana

Lujan.....
.....
.....

Riberos Judith

Macarena
.....
.....

Con la supervisión de:

Lic. Peralta

Silvina.....
.....
.....

Aprobada por:

.....
.....
.....

En Rosario, a los.....días del mes de..... del año.....

Legajo:P-1707/8

Legajo: R-1576/8

Agradecimientos

A la Facultad Pública por darnos la posibilidad de
estudiar y formarnos como profesionales.

A nuestras familias y amigos que nos apoyaron y
acompañaron a lo largo de estos años.

A nuestra tutora, Silvina, por su predisposición, guía y enseñanza.

Índice

Resumen.....	4
Introducción	5
Problematización.....	6
Justificación	8
Objetivos	9
Desarrollo	
Capítulo 1: Población.....	10
Capítulo 2: Cambios asociados al envejecimiento.....	12
Capítulo 3: Evaluación.....	21
Capítulo 4: Estimulación cognitiva en adultos mayores: habilidades y funciones cognitivas	24
Capítulo 5: Pautas generales del Tratamiento.....	31
Conclusión	48
Bibliografía	50

Resumen

En el presente ensayo se argumenta y reflexiona sobre la estimulación cognitiva en adultos mayores y su abordaje desde la Fonoaudiología. El trabajo se organiza en cinco capítulos, los cuales abordan de manera progresiva y articulada los principales ejes vinculados al envejecimiento, la estimulación cognitiva y las estrategias de evaluación e intervención fonoaudiológica.

En el Capítulo 1, se presenta una descripción de la población en estudio, con especial énfasis en las características sociodemográficas y en las implicancias del proceso de envejecimiento en el contexto actual. Este apartado ofrece el marco necesario para comprender la relevancia de abordar la estimulación cognitiva en adultos mayores desde una perspectiva integral.

El Capítulo 2, se enfoca en los cambios propios del proceso de envejecimiento, abordando sus principales características y definiciones desde una perspectiva normativa, incluyendo los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen. Además, se describe el deterioro cognitivo, sus principales causas y etiologías.

En el Capítulo 3, la evaluación se aborda como un eje esencial para identificar déficits y fortalezas cognitivas, junto con pruebas y modalidades de aplicación que permiten construir un perfil funcional orientador de las intervenciones posteriores.

El Capítulo 4 desarrolla la estimulación cognitiva en adultos mayores, destacando los aspectos cognitivos fundamentales y su valor preventivo y terapéutico para potenciar la calidad de vida.

Finalmente, el Capítulo 5 presenta pautas generales del tratamiento fonoaudiológico, describiendo principios, estrategias clínicas y resaltando el trabajo interdisciplinario como condición indispensable para una atención integral, coordinada y ajustada a la complejidad de cada caso. De este modo, el ensayo integra teoría y práctica.

Palabras claves: adultos mayores - envejecimiento - evaluación - estimulación cognitiva - aspectos cognitivos - abordaje fonoaudiológico - trabajo interdisciplinario.

Introducción

En la actualidad, el incremento de la esperanza de vida ha generado la necesidad de priorizar la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, el envejecimiento activo debe entenderse no sólo como un concepto demográfico, sino como una estrategia para garantizar bienestar, autonomía y dignidad en la vejez (Favela-Ocaño & Castro-Vásquez, 2024). En este proceso, uno de los mayores desafíos es evitar el deterioro de las funciones cognitivas, como la memoria, la atención o el razonamiento, que pueden afectar la autonomía y el bienestar emocional de dicha población. Frente a esta realidad, la estimulación cognitiva se presenta como una estrategia eficaz para mantener activas las capacidades mentales, prevenir el deterioro progresivo y favorecer un envejecimiento más saludable.

Este ensayo tiene como propósito analizar la importancia de la estimulación cognitiva en la tercera edad, sus beneficios comprobados y la necesidad de implementarla de manera sistemática dentro de programas integrales de cuidado y acompañamiento para esta población. Dicho trabajo, destaca la importancia de la intervención Fonoaudiológica en Adultos Mayores, tanto en la promoción, prevención, así como también en el tratamiento.

Problematización

En muchos países, especialmente en América Latina, la población de adultos mayores está creciendo rápidamente. Este cambio, aunque representa un logro social y médico, plantea nuevos retos a la comunidad. Uno de ellos es cómo acompañar a las personas mayores en esta etapa de la vida para preservar su bienestar, su autonomía y, sobre todo, su dignidad.

Uno de los grandes temores al envejecer es perder las capacidades mentales: olvidar nombres, tener dificultades para concentrarse o no poder resolver tareas que antes eran simples. Estos cambios, aunque en parte normales, pueden ser señales de un deterioro cognitivo que afecta profundamente la calidad de vida. Si bien el envejecimiento cognitivo es un proceso natural, existen herramientas para retrasar su avance o disminuir su impacto. Una de ellas es la estimulación cognitiva, entendida como la realización de actividades y ejercicios diseñados para mantener el cerebro activo y funcional.

En ocasiones, la rutina diaria de una persona mayor se vuelve limitada: conversaciones, menos decisiones que tomar, menos oportunidades para resolver problemas o aprender cosas nuevas. Esta falta de estimulación no es solo se vincularía con inactividad; tiene consecuencias reales y profundas. En este sentido, Salthouse (2010) plantea que la falta de participación en actividades cognitivamente demandantes se asocia con un declive más acelerado en procesos como la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y la atención. Además, estas dificultades suelen estar acompañadas de limitaciones motoras propias de la edad, lo que puede generar dependencia, aislamiento, depresión y, en casos más graves, favorecer la aparición o el avance de enfermedades como la demencia.

Actividades simples como leer, conversar, escribir y participar en talleres pueden contribuir de manera significativa a preservar y fortalecer las capacidades cognitivas. Aun así, muchas personas mayores no acceden a estos estímulos, ya sea por falta de recursos, de información, de apoyo familiar o de políticas públicas. Como consecuencia, muchos adultos mayores pasan sus días sin oportunidades reales para mantener activa su mente.

Ante esta realidad surgen varias preguntas: ¿Qué consecuencias tiene para los adultos mayores la falta de acceso a programas de estimulación que favorecen la conservación de su autonomía y bienestar emocional? ¿La sociedad es consciente de la

importancia de la prevención del deterioro cognitivo? ¿De qué manera se puede intervenir?
¿Por dónde comenzar? Estas cuestiones no solo afectan a cada individuo, sino que también
refleja cómo se cuida a la población de la tercera edad.

Justificación

El crecimiento de la población adulta mayor trae consigo muchos desafíos, especialmente en lo que respecta a la salud mental y la calidad de vida. En efecto, en esta etapa de la vida comienzan a experimentar cambios en su memoria, atención y otras capacidades cognitivas, lo que puede afectar su día a día. La estimulación cognitiva surge como una estrategia valiosa para ayudar a estas personas a mantener sus habilidades y a vivir con mayor independencia. Desde la Fonoaudiología, disciplina orientada a mejorar la comunicación y el lenguaje, es fundamental reconocer que el cuidado de las funciones cognitivas está estrechamente vinculado con la forma en que nos expresamos y nos relacionamos con los demás. Este ensayo surge de la necesidad de reflexionar sobre el rol esencial que desempeñan los fonoaudiólogos en el acompañamiento a las personas mayores, mediante la estimulación cognitiva. Su labor no solo se enfoca en el tratamiento de posibles dificultades, sino también en la prevención y en la promoción de un envejecimiento activo, saludable y con mejor calidad de vida.

Objetivos

- Conocer los dominios fundamentales que sustentan a la estimulación cognitiva.
- Identificar los principales cambios cognitivos que afectan a la población de adultos mayores.
- Considerar los efectos del deterioro cognitivo en adultos mayores.
- Reflexionar sobre el rol interdisciplinario del fonoaudiólogo en el abordaje integral del adulto mayor con deterioro cognitivo.
- Destacar la importancia de la estimulación cognitiva en adultos mayores para conservar y mejorar sus funciones comunicativas y cognitivas.

Desarrollo

Capítulo 1: Población

El ser humano transita por distintas etapas a lo largo de su vida, cada una marcada por transformaciones biológicas, cognitivas y psicosociales que influyen en su desarrollo integral. En este sentido, Papalia, Olds y Feldman (2006) proponen una clasificación del ciclo vital en ocho fases, organizadas según la edad y las características propias de cada periodo. Estas etapas incluyen el periodo prenatal, la primera infancia, la niñez temprana, la niñez intermedia, la adolescencia, la adultez temprana, la adultez media y la adultez tardía, cada una con tareas evolutivas y cambios específicos que contribuyen a la construcción del desarrollo humano.

En primer lugar el periodo prenatal, que abarca desde la concepción hasta el nacimiento y durante el cual se forman las estructuras y órganos fundamentales del cuerpo. A continuación, se ubica la primera infancia (desde el nacimiento hasta los 3 años), etapa marcada por el funcionamiento inicial de los sentidos, un rápido desarrollo neurológico y una fuerte dependencia del entorno familiar.

La segunda infancia, que comprende de los 3 a los 6 años, se caracteriza por el avance de las habilidades cognitivas y la adquisición progresiva de una complexión corporal más semejante a la de un adulto. Posteriormente, la tercera infancia (de 6 a 11 años) supone un periodo de consolidación del pensamiento lógico, así como de mejoras en el lenguaje, la memoria y las competencias académicas.

La adolescencia (11 a aproximadamente 20 años) implica profundos cambios físicos asociados a la maduración sexual, junto con procesos psicológicos vinculados a la construcción de la identidad personal. Le sigue la fase de adultez joven (20 a 40 años), caracterizada por una relativa estabilidad emocional y de personalidad, y por el fortalecimiento de vínculos afectivos, laborales y familiares.

La edad media (40 a 65 años) se asocia con el inicio de ciertos cambios sensoriales, disminución gradual de la destreza física y, en las mujeres, transformaciones hormonales propias de la menopausia. Finalmente, la tercera edad (65 años o más) constituye la última

etapa del ciclo vital, en la que suelen producirse la jubilación, una reducción de la capacidad física y posibles cambios en la salud general.

Destacando la última fase, los autores Paul B. Baltes y Margret M. Baltes (1990) conceptualizan la adultez mayor como una fase integral y dinámica del ciclo vital humano, caracterizada por una considerable heterogeneidad en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Lejos de concebir la vejez únicamente como un periodo de declive, destacan que esta etapa puede constituir una oportunidad para el crecimiento personal, la reflexión, la transmisión intergeneracional de saberes y la participación activa en la vida social. Enfatizan la importancia de un enfoque multidimensional que considere factores individuales, culturales y sociales que inciden en la calidad de vida de las personas mayores.

Si bien la vejez puede ser una etapa de crecimiento y participación activa, es importante considerar que ciertas dificultades cognitivas pueden emerger y afectar la vida diaria. Por tal motivo, la estimulación cognitiva se presenta como una estrategia clave para preservar las capacidades mentales y la calidad de vida de los adultos mayores.

Capítulo 2: Cambios asociados al envejecimiento

En el presente capítulo presentaremos los cambios asociados al envejecimiento en relación a la esfera biológica y cognitiva. Papalia y Feldman (2012) definen el envejecimiento como un proceso de variaciones biológicas, psicológicas y sociales que se producen de manera progresiva a lo largo de la vida. De acuerdo con dichos autores, el envejecimiento normal constituye un proceso natural y señalan su previsibilidad, dichas modificaciones son consideradas propias del ciclo vital y no resultado de patologías. Además, lo consideran universal, ya que afecta a todas las personas independientemente de su contexto, y gradual, dado que estas variaciones se presentan de forma lenta y acumulativa a lo largo de los años.

Este proceso implica una serie de ajustes esperables a nivel biológico, caracterizados por una disminución paulatina de la reserva funcional de los órganos y sistemas. Esto significa que el cuerpo conserva la capacidad de funcionar adecuadamente, pero con menor eficiencia frente a las demandas. Se evidencian cambios en el sistema cardiovascular, respiratorio, inmunológico y nervioso, así como una reducción del metabolismo y de la densidad ósea.

Con respecto al aspecto físico, se producen modificaciones visibles y funcionales que incluyen la pérdida de masa muscular, la disminución de la fuerza y la flexibilidad, transformaciones en el cabello, la aparición de arrugas por pérdida de elasticidad cutánea, una leve reducción de la estatura y una mayor lentitud en los movimientos y en la coordinación motora. En cuanto a las funciones sensoriales, como la vista, el oído, el gusto y el olfato, pueden experimentar una disminución gradual, aunque muchas de estas variaciones pueden ser compensadas mediante la adaptación y la experiencia adquirida.

A nivel cognitivo, el envejecimiento se asocia con una disminución leve y progresiva en determinadas funciones cognitivas, mientras que otras se mantienen relativamente estables. Entre los cambios más relevantes se encuentran los vinculados a la función ejecutiva: disminución de la memoria de trabajo, disminución en la velocidad de procesamiento y el control inhibitorio, planificación.

En cuanto a la memoria de trabajo permite almacenar y procesar información de manera simultánea, lo que posibilita la ejecución de tareas complejas y de alta demanda cognitiva (Baddeley, 2000). Este sistema se asocia principalmente con el funcionamiento

de la corteza prefrontal y presenta un declive significativo con la edad, especialmente en su componente ejecutivo y de almacenamiento, lo cual ha sido vinculado con una menor eficiencia inhibitoria en adultos mayores (Blair, Vadaga, Shuchat & Li, 2011). Como consecuencia, los adultos mayores suelen experimentar dificultades para seguir instrucciones, tales como las indicaciones médicas, o en la comprensión lectora de estructuras oracionales complejas. A su vez, con el envejecimiento, la memoria de trabajo visuoespacial tiende a deteriorarse más que la memoria de trabajo verbal, aunque la educación puede actuar como un factor protector frente a este deterioro, mientras que el declive cognitivo parece ser más pronunciado en los varones (Pliatsikas et al., 2019). El deterioro de la memoria de trabajo se ha relacionado con una disminución en la velocidad de procesamiento, lo que afecta la capacidad de registrar y mantener información de manera eficiente (Salthouse, 1996), así como con deficiencias en los mecanismos inhibitorios, que reducen la capacidad de eliminar información irrelevante durante las actividades cognitivas (Hasher & Campbell, 2010).

Con respecto al control inhibitorio, entendido como una función ejecutiva esencial, implica la capacidad de suprimir respuestas inapropiadas o irrelevantes durante la ejecución de una tarea cognitiva (Diamond A, 2013). De acuerdo con la teoría inhibitoria de Hasher y Zacks (Hasher, 2015), este proceso actúa dentro de la memoria de trabajo mediante mecanismos de supresión o eliminación de información no pertinente. Cuando la capacidad inhibitoria se ve afectada, las personas mayores presentan dificultades para desechar información irrelevante, lo que repercute, por ejemplo, en tareas de comprensión del lenguaje o resolución de problemas complejos (Robert, Borella, Fagot, Lecerf, & de Ribaupierre, 2009).

En cuanto a la velocidad de procesamiento de la información se define como la capacidad para realizar operaciones cognitivas o responder a estímulos en un período de tiempo limitado (Salthouse, 1996). Este componente cognitivo desempeña un papel fundamental en el rendimiento mental durante el envejecimiento, ya que la disminución en la rapidez del procesamiento limita la cantidad de información que puede ser manejada de manera simultánea. A su vez, esta lentitud interfiere con la transmisión eficiente de los estímulos hacia niveles superiores de procesamiento, lo que repercute en la ejecución de tareas complejas (Salthouse, 1996). Si bien este enlentecimiento no afecta todas las capacidades por igual, se considera un mediador clave del rendimiento de la memoria de

trabajo, al facilitar la organización y el agrupamiento de la información para su adecuado almacenamiento y uso.

Glisky (2007) plantea, en relación con la memoria, que la memoria semántica, vinculada a los conocimientos generales y al vocabulario suele mantenerse estable o incluso incrementarse a lo largo de la vida. Del mismo modo, la memoria procedimental, asociada con habilidades y hábitos automatizados, permanece relativamente preservada. En cambio, la memoria episódica es la más vulnerable al paso del tiempo, ya que disminuye la capacidad para codificar y recuperar información reciente. Por su parte, la memoria de trabajo presenta un descenso moderado tanto en capacidad como en velocidad de procesamiento.

En relación con la atención, la autora plantea que en la atención sostenida se observa una disminución en la capacidad para mantener la concentración en una tarea durante períodos prolongados, lo que genera mayor fatiga mental al realizar actividades largas, repetitivas o monótonas. La atención dividida se encuentra afectada, en cuanto a la habilidad para atender a varias tareas al mismo tiempo, se vuelve más lenta o menos eficiente, lo que significa que realizar actividades duales como mantener una conversación mientras se lleva a cabo una tarea manual, requiere un mayor esfuerzo y concentración que en edades más tempranas (Glisky 2007).

En el envejecimiento normal, Ardila y Rosselli (2007) señalan que pueden observarse cambios en el rendimiento visuoespacial, especialmente en tareas que exigen organización, planificación y control ejecutivo, más que en la percepción visual básica. Esto implica que las dificultades en pruebas como la copia de figuras complejas o tareas constructivas no siempre reflejan un déficit visuoespacial primario, sino que pueden estar asociadas a una disminución en la capacidad de estructurar estrategias eficaces, frecuente en edades avanzadas. Los autores destacan que en población adulta mayor el desempeño visuoespacial está fuertemente influido por la escolaridad y la experiencia cultural previa. Personas con menor nivel educativo o escasa exposición a material gráfico pueden mostrar rendimientos bajos que no necesariamente indican patología, lo cual resulta especialmente relevante en contextos clínicos latinoamericanos. Por ello, los autores subrayan la importancia de utilizar normas ajustadas por edad y educación y de realizar una interpretación cualitativa del desempeño.

En lo que respecta al lenguaje, Juncos Rabadán y Pereiro Rozas (2002) sostienen que las dificultades lingüísticas observadas en el envejecimiento normal no responden a alteraciones específicas del mismo, sino al deterioro de la memoria operativa, especialmente del ejecutivo central, lo que afecta procesos como el acceso al léxico, la comprensión y producción de oraciones complejas y el procesamiento discursivo. Estas dificultades se manifiestan en el aumento de los tiempos de respuesta, la presencia de anomias y el uso de perífrasis y circunloquios, vinculados a un déficit en el acceso desde las representaciones semántico-sintácticas hacia las fonológicas, fenómeno comparable al efecto de “punta de la lengua”.

De manera concordante, Labos et al. (2009) describen una disminución en la activación léxica en adultos mayores, evidenciada en una menor producción verbal y disponibilidad de sinónimos, aunque la comprensión léxica y el vocabulario pasivo se mantienen o aumentan con la edad. Asimismo, las dificultades en la comprensión sintáctica se relacionan con la complejidad estructural de las oraciones y con limitaciones en la memoria de trabajo, en un contexto multifactorial que incluye déficits atencionales, inhibitorios y enlentecimiento del procesamiento. En el nivel discursivo, se observan dificultades en el recuerdo, la organización del discurso y la producción de relatos complejos, sin que ello implique un compromiso de la competencia lingüística básica, sino de los recursos cognitivos que la sostienen (Juncos Rabadán y Pereiro Rozas, 2002; Rincón Bustos et al., 2009).

Aunque las transformaciones descritas son características del envejecimiento normal, es importante reconocer que no todas las personas siguen el mismo ritmo ni presentan los mismos niveles de variación funcional o cognitiva. El envejecimiento saludable, según la Organización Mundial de la Salud (2002), no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que implica mantener la capacidad funcional y la autonomía a lo largo del tiempo. Esto supone que, aun frente a los cambios propios de la edad, las personas mayores pueden conservar un grado significativo de independencia, bienestar y participación en su entorno.

A lo largo de este proceso, se pueden evidenciar cambios en las funciones cognitivas. Mientras algunas se mantienen estables o incluso se fortalecen debido a la experiencia y a la reserva cognitiva acumulada, otras pueden presentar una disminución

gradual. En términos generales, estas transformaciones se desarrollan de manera progresiva, heterogénea y esperable dentro del curso del envejecimiento.

Desde el punto de vista morfológico, Borrás (2016, como se cita en *Manual de Estimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores*, 2023) describe una reducción progresiva en el número de células nerviosas, vinculada con las regiones cerebrales afectadas y con la presencia o ausencia de patologías neurológicas, lo que repercute directamente en la calidad de la neurotransmisión. Señala que durante el envejecimiento cerebral se acumulan diversas sustancias en los espacios intracelulares y extracelulares, favoreciendo un estado proinflamatorio crónico y alteraciones en la transmisión neuronal. A ello se suman posibles lesiones secundarias a eventos vasculares, como obstrucciones o rupturas de vasos sanguíneos que se observan con mayor frecuencia cuando existe un control inadecuado de enfermedades metabólicas.

El autor señala que, aunque el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno tienden a permanecer relativamente estables durante el envejecimiento, los cambios metabólicos asociados a la arteriosclerosis pueden aumentar el riesgo de episodios de hipoxia e hipoglucemia, afectando así el funcionamiento neuronal. Estas condiciones activan mecanismos compensatorios que incluyen la sobreestimulación de neurotransmisores excitatorios, lo que, a largo plazo, puede desencadenar procesos de toxicidad neuronal y muerte celular.

En relación con los cambios bioquímicos, Fjell et al. (2014, como se cita en *Manual de Estimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores*, 2023) destacan transformaciones en la síntesis, degradación, afinidad y disponibilidad de neurotransmisores, así como modificaciones en moléculas estructurales del sistema nervioso. Estos procesos inciden en la plasticidad neuronal, un mecanismo clave para la adaptación y el aprendizaje, cuya disminución es característica del envejecimiento cerebral.

Aunque muchos cambios neurobiológicos asociados al envejecimiento son parte del curso normal de la vida, algunas transformaciones superan los límites esperados para la edad, provocando una marcada alteración en las funciones cognitivas. Es en este contexto donde surge el concepto de deterioro cognitivo, un fenómeno que compromete la calidad de vida de los adultos mayores y representa un desafío clínico y social significativo. Comprender la diferencia entre envejecimiento cognitivo normal y patológico es

fundamental para desarrollar estrategias preventivas e intervenciones que favorezcan la autonomía y el bienestar.

Olvido benigno y el envejecimiento

En el envejecimiento normal pueden observarse algunos cambios leves en la memoria y en otras funciones cognitivas que no interfieren de manera significativa en la vida cotidiana. Es habitual que las personas experimenten olvidos de nombres o citas, aunque generalmente logran recordarlos con posterioridad. También pueden presentarse errores ocasionales al realizar cuentas o cálculos, así como la necesidad de ayuda para llevar a cabo tareas complejas o poco habituales, por ejemplo, el uso de un electrodoméstico nuevo. Es frecuente confundir el día o la fecha, aunque lo recuerden correctamente después. Además, pueden aparecer dificultades visuales vinculadas a condiciones comunes de la edad, como cataratas o presbicia, y dificultades esporádicas para encontrar una palabra específica al hablar. En ocasiones, las personas pueden perder u olvidar objetos de uso frecuente, como los anteojos o el control remoto, o tomar decisiones equivocadas de vez en cuando sin que ello implique un deterioro cognitivo. También puede observarse una disminución temporal del interés por participar en actividades sociales o laborales, así como cierta irritabilidad o tendencia a quejarse cuando las cosas no se hacen “a su manera” (Amengual & Chrem Méndez, 2013).

De este modo, el olvido benigno se considera parte del envejecimiento normal y, por lo general, la persona logra posteriormente recordar la información olvidada o evocarla con ayuda, sin que ello comprometa de manera significativa su autonomía funcional. En contraste, el olvido patológico refleja una alteración cognitiva que requiere evaluación clínica, dado que puede constituir una manifestación inicial de enfermedades neurodegenerativas.

¿Qué es el deterioro cognitivo?

En el envejecimiento normal, como fue mencionado anteriormente, es frecuente experimentar olvidos benignos, leves y transitorios. En contraste, los olvidos patológicos son persistentes, progresivos y pueden indicar la presencia de deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia, afectando la funcionalidad y la autonomía del adulto mayor. (Kral, 1962; Allegri, 2024).

De acuerdo con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la CIE-11, el trastorno neurocognitivo leve se define como un deterioro mayor al esperado para la edad en uno o más dominios cognitivos, con evidencia objetiva de disminución del rendimiento, pero sin una afectación significativa de la autonomía funcional (OMS, 2019).

Petersen y colaboradores (1999) plantean el DCL como un estado intermedio caracterizado por una queja subjetiva de pérdida de memoria, corroborada por un informante confiable, junto con un déficit objetivo en pruebas de memoria, preservando la independencia funcional y sin cumplir criterios diagnósticos de demencia. Con el desarrollo posterior de la investigación, este concepto fue ampliado. Petersen (2014) señala que el deterioro cognitivo leve representa una etapa intermedia entre el declive cognitivo esperado del envejecimiento normal y el deterioro más severo característico de la demencia. De este modo, la definición actual reconoce que el DCL no se limita exclusivamente a alteraciones en la memoria, sino que puede involucrar otros dominios cognitivos y presentar trayectorias evolutivas heterogéneas.

Rodríguez (2021) amplía esta definición, describiendo el DCL como un síndrome clínico en el que se observa una alteración parcial o total en uno o más dominios superiores de la cognición, como la memoria, la atención, la función ejecutiva, la capacidad visoespacial y el lenguaje, en relación con lo esperado para personas del mismo grupo etario y nivel educativo.

Es importante destacar que el deterioro cognitivo no constituye una enfermedad en sí misma, sino un conjunto de síntomas que puede obedecer a múltiples causas, diversas en cuanto a su reversibilidad, impacto y pronóstico. En función a ello, se establece una distinción general entre deterioro cognitivo primario o degenerativo, que tiende a progresar con el tiempo, y deterioro cognitivo secundario o potencialmente reversible, que puede mejorar cuando se aborda la causa subyacente.

Existen diferentes clasificaciones funcionales del deterioro cognitivo, entre ellas se encuentra la planteada por Morris (1993), llamada Clinical Dementia Rating (CDR), la misma establece grados que van desde el estado normal hasta la demencia severa, considerando el impacto funcional del deterioro.

Petersen y colaboradores (2000, como se cita en García Cuerva, Medina y Martín, 2013), desarrollaron una clasificación del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) que permite diferenciar cuatro subtipos en función del dominio cognitivo comprometido y de la cantidad de áreas afectadas. Esta propuesta distingue entre formas amnésicas y no amnésicas, así como entre presentaciones de dominio único y multidominio. En este marco, se describen los siguientes subtipos:

- DCL amnésico de dominio único: la queja cognitiva se circunscribe a fallas en la memoria, sin alteraciones en otras funciones.
- DCL amnésico multidominio: además del compromiso mnésico, se evidencian dificultades en otros procesos cognitivos, sin alcanzar el umbral clínico para el diagnóstico de demencia.
- DCL no amnésico de dominio único: se observa deterioro en un único dominio cognitivo distinto de la memoria, la cual se preserva.
- DCL no amnésico multidominio: se presentan alteraciones en dos o más funciones cognitivas, sin que exista déficit mnésico.

Jack Jr. (2010) propuso un modelo secuencial de biomarcadores que describe la progresión del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer, iniciando con alteraciones en las proteínas amiloides, seguido por disfunción de tau, cambios estructurales observables mediante neuroimagen y, finalmente, la aparición de síntomas clínicos. Por otro lado, el deterioro cognitivo secundario puede involucrar mecanismos funcionales y, por lo tanto, potencialmente reversibles. Entre estos se incluyen desequilibrios metabólicos, como el hipotiroidismo, deficiencias vitamínicas, efectos adversos de fármacos y trastornos del estado de ánimo, los cuales, con una intervención adecuada, pueden mejorar significativamente las funciones cognitivas.

Causas y etiologías del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo leve (DCL) se origina por diversas causas, que se agrupan principalmente en neurodegenerativas, vasculares y secundarias o reversibles. Las causas neurodegenerativas son las más frecuentes, se vinculan con los cambios neuropatológicos iniciales de enfermedades como la enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy o la demencia frontotemporal (Petersen & Morris, 2005; Jack & Holtzman, 2013).

Las causas vasculares derivan de microinfartos cerebrales o lesiones isquémicas de la sustancia blanca, que reducen el flujo sanguíneo cerebral y afectan la conectividad neuronal. Estas alteraciones repercuten especialmente en la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas (Salthouse, 2019). Entre sus principales factores de riesgo se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes, la dislipidemia y el tabaquismo (O'Brien & Thomas, 2015).

Finalmente, las causas secundarias o reversibles son menos comunes, posee gran relevancia clínica debido a su gran potencial de mejoría o reversión con un tratamiento oportuno. Dentro de este grupo se incluyen los trastornos metabólicos, como el hipotiroidismo o el déficit de vitamina B12 y ácido fólico, además, incluye los efectos adversos de ciertos fármacos, como las benzodiazepinas o los anticolinérgicos; las alteraciones del estado de ánimo, como la depresión o la ansiedad crónica; los trastornos del sueño; y el consumo de alcohol u otras sustancias neurotóxicas (Carrasco, 2021; Winblad et al., 2004).

En conjunto, estas causas evidencian la naturaleza multifactorial del deterioro cognitivo leve y subraya la importancia de un diagnóstico preciso que permita orientar estrategias terapéuticas efectivas.

Capítulo 3: Evaluación

Es fundamental comprender en profundidad cómo están funcionando las capacidades mentales y emocionales del adulto mayor. Cada persona es única y por lo tanto posee una historia de vida, experiencias acumuladas, aprendizajes valiosos y también desafíos propios. Sin embargo, no todos envejecen de la misma manera, por lo que un proceso de recolección de datos debe ser efectivo en tanto personalizado y planificado.

La evaluación neuropsicológica adquiere un rol central, no solo contribuye al establecimiento de un diagnóstico, sino que también permite describir el funcionamiento cognitivo actual del paciente, determina las capacidades alteradas y aquellas preservadas. Orienta la planificación de intervenciones de rehabilitación cognitiva, posibilita medir la eficacia de los tratamientos implementados, documenta la evolución a lo largo del tiempo y proporciona información relevante para el cuidado y seguimiento del paciente.

Dicha evaluación tiene como finalidad describir con precisión el desempeño cognitivo presente del paciente y determinar si dicho rendimiento difiere de su nivel previo o premórbido. Para ello, resulta indispensable identificar los dominios o subdominios que se encuentran preservados y aquellos que evidencian alteraciones, además, establecer la existencia o ausencia de cambios significativos. A partir del perfil cognitivo obtenido, el profesional debe discernir qué aspectos del desempeño corresponden al funcionamiento habitual del paciente y cuáles constituyen manifestaciones de una posible disfunción cerebral (Drake, 2007).

Más allá del motivo que genere dicha evaluación existe cierta lógica general que se debe seguir. En principio, previo a la administración de las pruebas neuropsicológicas, es necesario realizar una entrevista detallada de recolección de datos, a partir de la cual se seleccionarán las pruebas más adecuadas, las mismas deberán ser administradas, puntuadas y posteriormente interpretadas, concluyendo en la generación de un informe con su consiguiente devolución al paciente, familiar o profesional derivante.

(Drake, 2007, p.34)

El examen neuropsicológico es el método que permite poner en evidencia y registrar adecuadamente la alteración cognitiva, por lo tanto, es utilizado en los diferentes aspectos clínicos de abordaje del paciente. Se distinguen dos grupos de pruebas o test.

En el capítulo 2 del manual *Evaluación neuropsicológica en adultos*, elaborado por Simone, Serrano y Allegri (en Burin, Drake & Harris, 2007), se describen las pruebas de screening, instrumento de tamizaje utilizado en un consultorio médico, debería poder administrarse de manera rápida tanto por médicos como por enfermeros u otro personal capacitado. Su propósito principal es diferenciar los cambios cognitivos propios del envejecimiento normal de aquellos compatibles con la enfermedad de Alzheimer u otras demencias (Wallin y Blennow, 1992; Solomon y cols., 1998; Gifford y Cummings, 1999). Las baterías más utilizadas para la detección son el MMSE (Folstein et al., 1975), la Mini Batería de Eficiencia Cognitiva (Serrano et al., 2005), la Batería de los 7 minutos (Solomon et al., 1998), el Test del Reloj (Freedman et al., 1994) y el Cuestionario del Estado Mental (Pfeiffer, 1975).

Las pruebas de diagnóstico, las cuales se utilizan para establecer o confirmar un diagnóstico y suelen aplicarse en individuos que obtuvieron un resultado positivo en un test de detección (Gifford & Cummings, 1995). Estas evaluaciones son administradas por el servicio de Neuropsicología e incluyen baterías neuropsicológicas estandarizadas, como el ADAS (Rosen et al., 1984), el DRS (Mattis, 1988) y el SKT (Erzigkeit, 1989). El protocolo de neuropsicología comprende la evaluación mediante baterías y pruebas dirigidas a distintos dominios cognitivos (Lezak, 1995).

Test de Detección

Los siguientes test están dirigidos a personas adultas y adultas mayores, y su administración debe estar a cargo de profesionales capacitados, tales como neurólogos, psiquiatras, geriatras o neuropsicólogos. Entre las pruebas más utilizadas de screening, se encuentra el Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, M. P. y cols., 1975). Su aplicación requiere aproximadamente diez minutos, lo que lo convierte en una herramienta práctica dentro de la evaluación cognitiva inicial.

El MMSE permite detectar de manera general la presencia de deterioro cognitivo y se caracteriza por ser una prueba breve, sencilla y de fácil administración. Evalúa áreas como la memoria incluyendo orientación temporal y espacial, fijación y recuerdo, la

atención mediante tareas como el deletreo inverso de palabras o la sustracción seriada, y el lenguaje a través de ejercicios de denominación, comprensión, repetición, lectura y escritura. Además, incorpora una tarea de copia que permite valorar las habilidades visoconstructivas.

Mini Batería de Eficiencia Cognitiva (MEC) (Serrano y cols., 2005) permite detectar alteraciones cognitivas en pacientes con demencia, diferenciando entre deterioro cognitivo leve y los cambios propios del envejecimiento normal. Su aplicación requiere aproximadamente quince minutos y, aunque se considera una prueba sencilla, resulta más extensa debido a que integra diversos instrumentos clásicos de evaluación. Entre ellos se incluyen el Test de Orientación de Benton (1983), el Test de Detección de Deterioro de la Memoria (MIS, Buschke y cols., 1999), el span de dígitos del WAIS (1988), el Test del Reloj (Freedman y cols., 1994), el Test de Denominación (Serrano y cols., 2001) y tareas de secuencias gráficas.

El Test del Reloj o Clock Drawing Test (CDT) (Freedman y cols., 1994) su aplicación varía entre dos y veinte minutos y permite detectar alteraciones visuoespaciales, semánticas y ejecutivas en pacientes con deterioro cognitivo. Se trata de una prueba breve y sencilla que no requiere materiales complejos, lo que facilita su uso en diversos contextos clínicos. El CDT evalúa la capacidad visuoconstructiva, la organización espacial, la representación simbólica, así como diferentes aspectos de las funciones ejecutivas y de la transcodificación semántica (Gigena y cols., 1993; Freedman y cols., 1994; Royall y cols., 2003). En conjunto, constituye un instrumento útil para la valoración inicial del funcionamiento cognitivo.

En este contexto, la evaluación cognitiva se convierte en un pilar fundamental, no solo como mecanismo de detección, sino como punto de partida para estrategias de intervención orientadas a preservar la autonomía y la calidad de vida en la vejez.

Evaluar la cognición en la vejez no es solo una cuestión técnica sino que constituye la base sobre la cual se construyen las decisiones clínicas y terapéuticas. Orienta la selección de estrategias de estimulación y rehabilitación cognitivas más adecuadas para cada persona.

Capítulo 4: Estimulación cognitiva en adultos mayores: habilidades y funciones cognitivas

La estimulación cognitiva en adultos mayores constituye una estrategia central dentro del enfoque de envejecimiento activo promovido por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta intervención, tal como señalan Cañabate y Tirapu (2006) y la OMS (2002), posee un carácter proactivo, orientado no solo al tratamiento de déficits, sino también a la prevención del deterioro y al fortalecimiento de las capacidades cognitivas. Esta visión integral plantea tanto un desafío como una oportunidad para los profesionales de la salud, quienes deben diseñar y aplicar programas personalizados, sostenidos en el tiempo y basados en la evidencia científica.

En relación con ello, la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA, 2011) la define como:

“La estimulación cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden activar, estimular y entrenar las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias, cálculo, etc.), mediante una serie de situaciones y actividades concretas dirigidas a mejorar y/o mantener el funcionamiento cognitivo en general. La estimulación cognitiva es una terapia no farmacológica orientada a la persona enferma, que interviene en el área cognitiva, e implica la participación de los usuarios en actividades de estimulación general de funciones cognitivas basadas en la evocación de recuerdos, la orientación a la realidad y el procesamiento de información.”
(Confederación Española de Alzheimer (CEAFA), 2011, p. 9)

Desde una perspectiva neurobiológica, los beneficios de la estimulación cognitiva se sostienen en tres pilares fundamentales: la reserva cerebral, la reserva cognitiva y la neuroplasticidad, entendidos como mecanismos que permiten compensar el daño y optimizar el funcionamiento cerebral a lo largo del envejecimiento (Stern, 2009).

Villalba y Espert (2014), refieren que la reserva cerebral alude a la capacidad del cerebro para tolerar cierto grado de daño sin que aparezcan síntomas cognitivos o conductuales evidentes. Esta reserva se ve influenciada tanto por factores biológicos, como

el volumen cerebral, también por experiencias vitales tales como la educación, la complejidad laboral, el ejercicio físico, el ocio o el bilingüismo. En este sentido, Stern (2002) plantea que no siempre existe una relación directa entre el grado de patología cerebral y la manifestación clínica, ya que las personas pueden compensar los efectos del daño gracias a dicha reserva.

En efecto el autor, distingue dos formas de dicha reserva: la reserva cerebral, que se relaciona con la estructura del cerebro como su volumen, la densidad de conexiones neuronales y el número de neuronas que permite tolerar daño sin que se presenten síntomas clínicos, funcionando como una reserva protectora. En contraste, la reserva cognitiva, se refiere a la manera en que el cerebro aprende, se adapta y encuentra nuevas estrategias para seguir funcionando, influida por la educación, la actividad intelectual, la vida social y la estimulación cognitiva a lo largo de la vida, constituyendo una reserva compensatoria que permite mantener funciones cuando el daño ya está presente.

La reserva cognitiva se encuentra estrechamente vinculada con la neuroplasticidad cerebral. En efecto, ambas son el sustrato neurofisiológico sobre el que se asienta la estimulación cognitiva, Villalba y Espert (2014), la neuroplasticidad es la capacidad del sistema nervioso para reorganizar su estructura y funcionamiento ante nuevas experiencias o lesiones, favoreciendo la recuperación y el mantenimiento de las funciones cognitivas. Este proceso incluye fenómenos como la neurogénesis, la plasticidad sináptica y la plasticidad funcional compensatoria, los cuales explican cómo el cerebro puede generar nuevas neuronas, fortalecer conexiones entre ellas y reorganizar circuitos neuronales para preservar sus capacidades cognitivas pese al envejecimiento o al daño estructural (Kolb et al., 2011).

Investigaciones recientes respaldan esta postura. Parra y colaboradores (2020) señalan que, cuando las intervenciones cognitivas se diseñan de manera estructurada y adaptada al contexto de los adultos mayores, no solo contribuyen a retrasar el avance del deterioro cognitivo, sino que también generan mejoras significativas en la autoestima, el bienestar emocional y la percepción de calidad de vida. Estos hallazgos muestran que el impacto de la estimulación cognitiva trasciende el ámbito estrictamente neuropsicológico, favoreciendo además la dimensión afectiva y social de la persona mayor.

La estimulación cognitiva no debe entenderse únicamente como una técnica clínica, sino como una estrategia integral para promover la autonomía, la participación activa y el bienestar global de las personas mayores. Para lograr estos beneficios, es fundamental identificar los aspectos cognitivos que deben ser estimulados y abordados con el fin de planificar y aplicar estrategias efectivas orientadas a preservar las funciones mentales y la calidad de vida durante la vejez.

Dominios Cognitivos e Interacción

Dentro del estudio de la estimulación cognitiva en adultos mayores, resulta fundamental comprender el origen y la organización de las funciones mentales superiores (FMS), ya que constituyen el núcleo de las capacidades que se buscan preservar o rehabilitar. En este sentido, el aporte de José León Azcoaga (1989) es especialmente relevante, al integrar una visión neurolingüística y socio-histórica del desarrollo cognitivo. Azcoaga sostiene que las funciones mentales superiores son procesos funcionales complejos, organizados de manera jerárquica y sistemática, que permiten al ser humano regular su conducta, comunicarse, resolver problemas y adaptarse al entorno. Estas funciones no se desarrollan de forma aislada, sino que emergen a partir de la interacción social, el lenguaje y la experiencia acumulada a lo largo de la vida.

Desde la perspectiva de Luria y Vygotsky, el lenguaje cumple un rol central como mediador del pensamiento y organizador de las funciones mentales superiores (Vygotsky, 1987; Luria, 1980). En consonancia con esta mirada, Azcoaga afirma que el lenguaje no solo sirve para comunicar, sino que actúa como una estructura interna que regula procesos como la atención, la memoria y la planificación (Azcoaga, 1998). Por ello, la estimulación cognitiva en adultos mayores no debe limitarse a tareas mecánicas o repetitivas, sino orientarse hacia actividades que incluyan el lenguaje, la interacción social y el componente cultural del pensamiento. Por lo tanto, estimular el lenguaje, entendido a este último como herramienta psicológica central, contribuye al desarrollo cognitivo, la construcción de la identidad y la autorregulación, actuando además como mediador de la interacción social y la participación cultural (Vygotsky, 1987). En este sentido, se promueve el trabajo en contextos significativos que permitan a la persona mayor organizar su experiencia, adaptarse a nuevas situaciones y sostener vínculos interpersonales que inciden directamente en su calidad de vida.

La atención constituye otro dominio esencial de las funciones mentales superiores. Luria (1973) plantea que la atención forma parte de un sistema funcional del cerebro y cumple un papel clave como mecanismo regulador de la actividad consciente. A través de este sistema, el individuo puede seleccionar estímulos relevantes, mantener la concentración y ajustar su conducta en función de sus objetivos. Según la versión actual del modelo jerárquico de la atención propuesto por Sohlberg y Mateer (2010), esta se organiza en cinco niveles progresivos. En primer lugar, la atención focalizada se refiere a la capacidad de orientar la conducta hacia estímulos específicos del entorno, constituyendo la base para el desarrollo de los demás niveles atencionales. En segundo nivel, se encuentra la atención sostenida, que permite mantener el foco atencional durante períodos prolongados, incluso en tareas monótonas o repetitivas, y se relaciona estrechamente con la vigilancia y el esfuerzo mental.

En tercer lugar (nivel), la atención selectiva implica la capacidad de filtrar estímulos irrelevantes, tanto internos como externos, con el fin de mantener el desempeño en la tarea principal. Esta función requiere mecanismos de inhibición y se vincula con procesos ejecutivos. Por su parte y en el cuarto nivel, la atención alternante permite cambiar de manera flexible entre dos tareas o demandas cognitivas distintas, lo que requiere desenganchar y reorientar el foco atencional según los objetivos de la actividad. Finalmente, la atención dividida corresponde al nivel más complejo y alude a la habilidad para procesar simultáneamente dos o más tareas, dependiendo de sistemas de control ejecutivo de alto nivel.

La memoria es una de las funciones cognitivas más sensibles al paso del tiempo y al proceso de envejecimiento. Su adecuado funcionamiento resulta fundamental para el aprendizaje, la planificación y la participación activa en la vida cotidiana. Como señalan Rodríguez Román et al. (2023), “es la capacidad que tenemos para registrar (aprendizaje), almacenar (memoria a corto y largo plazo) y recuperar (recuerdo) la información en el instante que la necesitamos” (p. 12). Comprender la memoria como un sistema compuesto por distintas fases y tipos, como la memoria sensorial, la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo, permite diseñar estrategias de intervención más precisas y adaptadas a las necesidades cognitivas de los adultos mayores.

El lenguaje constituye otro dominio central, ya que permite comprender, expresar y organizar el pensamiento mediante símbolos verbales y no verbales. Más allá de la

comunicación, participa activamente en procesos como el razonamiento, la memoria, la atención y la autorregulación de la conducta. David Crystal (2010) refiere que el lenguaje constituye un sistema de comunicación específicamente humano, organizado mediante reglas que permiten producir y comprender mensajes en diversas modalidades, como el habla, la escritura o los sistemas de signos.

Durante el envejecimiento se presentan cambios en relación al lenguaje, los mismos son atribuidos al declive de funciones cognitivas, como la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo o la inhibición. Las teorías del Enlentecimiento General (e.g., Salthouse, 1996) han sido usadas para justificar el rendimiento de adultos mayores en un amplio rango de tareas cognitivas, y en relación con el procesamiento del lenguaje proponen un enlentecimiento de los procesos componentes implicados como explicación de los déficits asociados a la edad (Salthouse, 2000).

La disminución de la velocidad de procesamiento se ha relacionado especialmente con dificultades en la comprensión. Se postula que este enlentecimiento explica gran parte de las diferencias asociadas a la edad en actividades que requieren rapidez y se desarrollan bajo restricciones temporales (Wingfield, Peelle y Grossman, 2003, citados en Martín-Aragoneses & Fernández-Blázquez, 2012), así como en tareas que dependen de mantener información previamente procesada para continuar la actividad, como ocurre en la resolución de ambigüedades lingüísticas (Dagerman, MacDonald y Harm, 2006, citados en Martín-Aragoneses & Fernández-Blázquez, 2012).

La velocidad de procesamiento desempeña un papel central en la producción verbal y ha sido identificada como el mejor predictor del desempeño en fluidez verbal, incluso por encima de variables tradicionalmente consideradas, como las funciones ejecutivas o la habilidad verbal (McDowd et al., 2011, citado en Martín-Aragoneses & Fernández-Blázquez, 2012).

La memoria de trabajo o memoria operativa (MO) también evidencia vulnerabilidad ante el envejecimiento. Según lo citado en *Martín-Aragoneses y Fernández-Blázquez (2012)*, diversos estudios han reportado un declive en este sistema cognitivo (Bopp & Verhaeghen, 2005; Grady & Craik, 2000). La memoria operativa permite mantener temporalmente y procesar de manera activa la información necesaria para ejecutar una acción determinada (Baddeley, 2003; Baddeley & Hitch, 1974), por lo

que constituye un componente crítico de los procesos cognitivos complejos y de la actividad cotidiana. Su deterioro, por tanto, se considera un factor que contribuye a las dificultades cognitivas generales y, específicamente, a las alteraciones del lenguaje observadas en adultos mayores..

En relación con la producción oral, *Martín-Aragoneses y Fernández-Blázquez (2012)* señalan que el envejecimiento se asocia con un incremento en la frecuencia del fenómeno de la punta de la lengua (PDL), descrito originalmente por Brown y McNeill (1966) como la dificultad temporal para recuperar una palabra conocida. Estas alteraciones también pueden observarse en la producción escrita, donde aparecen problemas en la recuperación léxica (Rastle & Burke, 1996). Aunque durante un episodio de PDL pueden mantenerse accesibles ciertos rasgos fonológicos y ortográficos, como el número de sílabas, la letra inicial o final, o el patrón acentual, la palabra no logra ser recuperada ni producida (Rastle & Burke, 1996), lo cual indica que el origen del déficit se sitúa en un nivel previo a la planificación y ejecución motora.

Desde una perspectiva neuropsicológica, el lenguaje comprende componentes que pueden ser estimulados de forma independiente o integrada, incluyendo comprensión oral y escrita, expresión verbal, denominación, fluidez verbal, repetición, lectura, escritura y habilidades pragmáticas. Su estimulación en adultos mayores no solo mantiene competencias lingüísticas, sino que también favorece la socialización, la autoestima y el sentido de pertenencia.

El dominio visuoespacial se refiere a la capacidad de percibir, analizar y manipular objetos en el espacio, así como interpretar relaciones espaciales entre elementos del entorno. Esta habilidad es esencial para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como orientarse, vestirse, cocinar o manejar dispositivos tecnológicos (Spreen & Strauss, 1998). Desde una perspectiva neuropsicológica, las funciones visuoespaciales están vinculadas con la atención, necesaria para seleccionar estímulos relevantes del entorno visual (Posner & Petersen, 1990). Existe, además, una interdependencia entre las funciones visuoespaciales y el lenguaje, especialmente en tareas de descripción espacial o en el procesamiento de instrucciones verbales relacionadas con la orientación o el movimiento en el espacio. Kosslyn (1994) destaca que la integración entre el lenguaje y la cognición espacial es fundamental para la representación mental de escenas complejas y la planificación de acciones.

En cuanto a las funciones ejecutivas, constituyen un conjunto de procesos mentales de alto nivel que permiten la planificación, organización, toma de decisiones, inhibición de respuestas automáticas, flexibilidad cognitiva y control atencional. Estas habilidades son esenciales para resolver problemas complejos y adaptarse a situaciones nuevas, influyendo directamente en la autonomía diaria de los adultos mayores. Las funciones ejecutivas interactúan estrechamente con otros dominios cognitivos; por ejemplo, la flexibilidad cognitiva es vital para integrar información visuoespacial y lingüística, así como para responder adecuadamente a los cambios del entorno o a las demandas sociales (Miyake & Shah, 2000; Lezak, Howieson & Loring, 2012).

La conducta constituye un componente central del funcionamiento mental en el envejecimiento, al integrar respuestas emocionales, sociales y motivacionales que derivan de los procesos cognitivos. Su adecuada regulación resulta fundamental para la convivencia, la adaptación social y la toma de decisiones funcionales. Desde la neuropsicología, la conducta se asocia al sistema límbico y con regiones prefrontales, especialmente la corteza orbitofrontal y ventromedial, áreas implicadas en la inhibición de impulsos, la empatía, la toma de decisiones sociales y la adaptación conductual (Stuss & Knight, 2013).

En el transcurso del envejecimiento, manifestaciones como la apatía, la desinhibición o el retraimiento social pueden reflejar alteraciones cerebrales o pérdidas funcionales. En este sentido, las funciones ejecutivas, en particular la inhibición y la autorregulación emocional, resultan esenciales para el comportamiento adaptativo. Por ello, la evaluación de la conducta constituye un componente indispensable en el análisis neuropsicológico del adulto mayor (Barkley, 2012; Lezak, Howieson & Loring, 2012).

Comprender cómo funcionan y se interrelacionan los distintos dominios cognitivos (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, dominio visuoespacial y conducta) es fundamental para apoyar a los adultos mayores a mantener su autonomía y calidad de vida. Una evaluación cognitiva oportuna permite identificar de manera precoz cualquier alteración en estas áreas y diseñar intervenciones personalizadas que ayuden a preservar sus capacidades, promoviendo un envejecimiento más saludable, activo y digno (Parra, Báez & Ibáñez, 2017).

Capítulo 5: Pautas generales del tratamiento

La estimulación cognitiva como estrategia terapéutica: definición y objetivos

Como se ha mencionado a lo largo de este ensayo, el envejecimiento conlleva cambios naturales en las funciones cognitivas que influyen directamente en la calidad de vida de las personas mayores. En este contexto, la estimulación cognitiva se ha consolidado como una estrategia terapéutica clave para preservar y fortalecer las capacidades mentales de los adultos mayores.

Según Parra, Báez e Ibáñez (2017), la estimulación cognitiva comprende un conjunto de técnicas dirigidas a mantener o mejorar el rendimiento en dominios como la memoria, la atención, el lenguaje, la percepción y las funciones ejecutivas. En este sentido, según Luria (1973), el cerebro funciona como un sistema funcional interconectado y no a partir de áreas aisladas. Por lo tanto, la estimulación cognitiva busca intervenir de manera integral en los distintos dominios, promoviendo el fortalecimiento y la preservación de las capacidades mentales.

Los autores Tirapu-Ustárrroz y Muñoz-Céspedes (2001) destacan la importancia de enfoques terapéuticos personalizados, en los cuales la rehabilitación cognitiva no se entiende solo como una herramienta para recuperar funciones, sino como parte de un modelo integral que contempla la individualidad, las experiencias y el contexto social del paciente. Comprender las aplicaciones clínicas de la estimulación y la rehabilitación neuropsicológica resulta esencial para abordar de manera efectiva los desafíos asociados al deterioro cognitivo.

La estimulación cognitiva constituye un pilar esencial en la promoción de la salud mental y en la prevención del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores. No obstante, su eficacia se ve fortalecida cuando se integra en un abordaje integral que contemple la práctica de actividad física adaptada, una alimentación equilibrada y el seguimiento médico regular. Estas acciones, junto con la adaptación segura del hogar, favorecen el mantenimiento de la autonomía, la reducción de riesgos y una mejor calidad de vida durante la vejez.

En la vida cotidiana, se recomienda establecer rutinas activas que incluyan ejercicios moderados, como caminatas, yoga o gimnasia suave, junto con actividades que mantengan la mente en funcionamiento, tales como juegos de memoria, lectura o pasatiempos intelectuales. Según la Organización Mundial de la Salud (2022) y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2021), una dieta equilibrada debe aportar la energía y los nutrientes necesarios para preservar la funcionalidad física y mental, teniendo en cuenta los cambios metabólicos propios del envejecimiento. Esto implica priorizar el consumo de proteínas de alta calidad, hidratos de carbono complejos, grasas insaturadas, fibra, vitaminas y minerales esenciales (calcio, vitamina D y B12). Además, mantener una hidratación adecuada resulta indispensable. En este sentido, una alimentación variada, moderada y adaptada a las necesidades individuales contribuye de manera significativa a la prevención de enfermedades crónicas y al bienestar integral en la vejez.

La higiene personal y ambiental cumple un papel fundamental en la promoción de la salud y el bienestar general. Favorece la prevención de infecciones y contribuye al mantenimiento de condiciones adecuadas para una vida saludable. Este concepto abarca no solo el aseo corporal incluyendo el baño regular, el cuidado de la piel y la higiene bucal e íntima, sino también la limpieza y ventilación del entorno doméstico, garantizando espacios libres de humedad y polvo.

Asimismo, el lavado frecuente de manos y el uso de productos de higiene suaves y adecuados a la edad constituyen medidas clave para la prevención de enfermedades. En paralelo, la seguridad en el hogar adquiere especial relevancia, ya que una adecuada iluminación, la instalación de barras de apoyo y el empleo de superficies antideslizantes resultan esenciales para prevenir caídas y otros accidentes domésticos, particularmente en la población adulta mayor.

Con respecto a la prevención médica y social, es importante mantener al día el esquema de vacunación, realizar chequeos preventivos periódicos y fomentar la participación en actividades comunitarias o recreativas, ya que estos espacios fortalecen la salud mental, emocional y el sentido de pertenencia. De esta manera, la prevención se consolida como un proceso integral que abarca los aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales.

Reserva cognitiva y funcionamiento integral

La reserva cognitiva constituye un factor protector fundamental frente al envejecimiento y las patologías neurológicas. Según Arizaga (2013), puede fortalecerse mediante la actividad mental, la participación social y la práctica regular de ejercicio físico, dichos elementos promueven una mayor plasticidad y eficiencia funcional del cerebro.

Ginarte-Arias (2002) señala que la reserva cognitiva está estrechamente vinculada con el nivel educativo y con la estimulación recibida a lo largo del ciclo vital. Cuanto mayor es esta reserva, más capaz es la persona de compensar el deterioro asociado al paso del tiempo o a procesos neurodegenerativos, desplegando estrategias que permiten conservar un funcionamiento relativamente estable.

Los programas de estimulación cognitiva buscan optimizar funciones como la percepción, la atención, el razonamiento, la memoria, el lenguaje, la orientación y las praxias, mediante actividades estructuradas orientadas a potenciar estas capacidades. Además, incorporan dimensiones afectivas, sociales, familiares y biológicas, reconociendo que el funcionamiento cognitivo no puede dissociarse del bienestar integral. Este abordaje global contribuye a promover un envejecimiento activo, participativo y con mayor sentido de dignidad.

Funciones cognitivas y actividades para estimularlas

La estimulación cognitiva busca mejorar diversas funciones mentales, como la velocidad de procesamiento, la memoria (tanto de trabajo como a largo plazo), el razonamiento lógico y la atención. Estudios recientes han demostrado que los programas de entrenamiento cognitivo pueden generar mejoras significativas en estas habilidades (Fernández et al., 2018).

El entrenamiento cognitivo se ha asociado con mejoras en las funciones ejecutivas como la planificación, el razonamiento y la memoria de trabajo e incluso con una mayor velocidad de procesamiento (Acta Colombiana de Psicología, 2016). En ese sentido, promover la participación activa de los adultos mayores mediante estas estrategias permite fortalecer sus capacidades cognitivas y preservar su funcionalidad en la vida diaria (Fernández et al., 2018).

Memoria

En lo concerniente al mantenimiento y fortalecimiento de funciones cognitivas entre ellas la memoria y los procesos de aprendizaje en personas adultas mayores, se considera pertinente la higiene del sueño, ya que es un factor clave para mantener el aprendizaje y la memoria en la vejez. Walker (2009) destaca que el sueño, especialmente el de ondas lentas, cumple un papel esencial en la consolidación de la memoria, por lo que las alteraciones propias del envejecimiento pueden impactar negativamente este proceso.

Entre las actividades prácticas útiles para estimular esta función en la vida cotidiana, se sugiere elaborar listas de compras y, al momento de realizar la misma intentar recordar los ítems sin recurrir a visualizar la misma. Esto habilita a ejercitar la memoria a corto plazo. Asimismo, utilizando el mismo recurso, podríamos realizar distintas técnicas, visualización, asociación, categorización podríamos activar el trabajo amnésico utilizando la estrategia mental del recorrido dentro del supermercado (visualización) también, proponer que clasifique los productos según sectores (técnica de categorización) como alimentos, bebidas, panificados o artículos de limpieza, lo que favorece la organización semántica y la evocación. Luego proponerle actividades en donde relacione un producto o con otros (asociación) por ejemplo jamón y queso. Esta estrategia potencia la agenda visoespacial del sistema de memoria de trabajo, un subsistema especializado en la representación visual y espacial según el modelo de memoria de trabajo de Baddeley (Baddeley & Hitch, 1974; Baddeley, 1992). Además, resulta beneficioso relatar o planificar verbalmente el trayecto necesario para llegar al supermercado, estimulando la memoria espacial y la memoria episódica. Del mismo modo, otras estrategias para estimular la memoria es mantenerse informado sobre las noticias actuales y comentarlas con otras personas favorece la actualización cognitiva y promueve la interacción social, un factor clave para la salud cerebral en la vejez.

Escribir un diario personal, ya sea en formato escrito o mediante grabaciones de audio, constituye una herramienta útil para expresar pensamientos, organizar ideas y registrar experiencias cotidianas, lo que contribuye a la activación de múltiples funciones cognitivas. El uso de recordatorios visuales, especialmente asociados a la toma de medicación, facilita la adherencia a tratamientos y la organización diaria. Finalmente, ante

la pérdida de un objeto, resulta útil reconstruir secuencialmente los hechos, preguntándose cuándo fue la última vez que se lo vio o si se utilizó ese mismo día, promoviendo el uso activo de la memoria episódica y la atención retrospectiva.

Según Muñoz Marrón, Blázquez Alisente, Galpasoro Izaguirre y González Rodríguez (2011), la memoria sensorial y visoespacial puede estimularse mediante láminas que representan figuras geométricas de diferente nivel de complejidad construidas a partir de cubos. Las láminas se presentan individualmente y por un tiempo limitado; la tarea consiste en determinar cuántos cubos conforman la figura, considerando aquellos que no son visibles pero pueden inferirse a partir de la estructura. Este ejercicio favorece la percepción, el análisis espacial y la representación mental.

Dichos autores plantean actividades para estimular la memoria a corto plazo mediante la presentación de objetos reales como llaves, teléfono, reloj o cuchara. Luego, se solicita al paciente que intente evocarlos en el mismo orden, modificando la secuencia en presentaciones posteriores para favorecer la retención y el almacenamiento temporal de la información. Para entrenar la memoria verbal a largo plazo, puede emplearse la identificación de personajes reconocidos socialmente. En este caso, el terapeuta ofrece descripciones o pistas y el paciente realiza preguntas cerradas (“sí” o “no”) hasta inferir la identidad. Esta dinámica requiere atención sostenida, control inhibitorio y recuperación de conocimientos previos. La misma modalidad puede adaptarse utilizando objetos u otras categorías semánticas, según los intereses y características del paciente.

Atención

Además de la memoria, la atención es una función cognitiva esencial que puede fortalecerse mediante la práctica de actividades específicas que favorezcan la concentración en una tarea única, evitando la multitarea, la cual suele interferir en la eficiencia del procesamiento de la información.

El aprendizaje continuo de nuevas habilidades representa un estímulo valioso, ya que involucra atención, memoria y flexibilidad cognitiva. Estos procesos se relacionan con la consolidación de conexiones sinápticas a través de la activación simultánea de neuronas, tal como lo plantea Hebb (1949). En este sentido, los juegos de mesa, constituyen una estrategia integral que combina estimulación atencional, memoria de trabajo, razonamiento lógico y habilidades sociales. Esta perspectiva es respaldada por organismos

internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) y el National Institute on Aging (NIA, 2019), que recomiendan estas intervenciones basadas en la plasticidad cerebral para preservar y fortalecer las capacidades cognitivas en la vejez.

María Fernanda López (2014) describe diversos ejercicios orientados a la estimulación de este dominio cognitivo. Entre ellos, la sopa de letras se presenta como un recurso eficaz, ya que implica la activación de distintos tipos de atención, tales como la atención focalizada, selectiva y sostenida. Las actividades de encontrar diferencias entre dibujos y buscar objetos escondidos requieren que el sujeto focalice su atención y la divida entre dos imágenes para compararlas, con el fin de identificar las diferencias presentes. Asimismo, favorecen el desarrollo del escaneo visual y resultan beneficiosas para la estimulación de la memoria visual. El juego “Buscando a Wally” demanda un alto nivel de atención focalizada y atención selectiva, además de la aplicación de estrategias adecuadas para optimizar la búsqueda del estímulo objetivo.

Los juegos de mesa también representan una herramienta valiosa para la estimulación de la atención. Desde el clásico *Ludo*, en el cual es necesario estar atento a qué ficha mover para obtener mayores beneficios, “comer” fichas del oponente o evitar ser “comido”, hasta el *Dominó*, que exige prestar atención a las fichas que ya fueron jugadas, a las que el jugador tiene en su poder y a las que posiblemente posea el contrincante. La *Lotería*, la cual implica mantener la atención en los números que se anuncian y en el propio cartón para identificar coincidencias, mientras que el juego de *Damas* requiere atención constante en cada movimiento de las fichas.

Cabe destacar que todos estos juegos demandan principalmente el uso de estrategias, las cuales se vinculan directamente con las funciones ejecutivas.

En cuanto a la atención sostenida puede trabajarse mediante tareas que requieran mantener un esfuerzo mental continuo durante un período prolongado. Actividades como identificar la aparición repetida de una palabra objetivo en un texto o detectar un estímulo auditivo específico han mostrado ser efectivas en entrenamientos de vigilancia y mantenimiento del foco atencional (Ponsford & Kinsella, 1991; Sohlberg & Mateer, 2001). La ejercitación de atención alternante, resultan útiles las tareas que exigen cambiar entre diferentes conjuntos de reglas o tipos de actividad. Ejemplo de ello son alternar entre resolver cálculos matemáticos y completar un rompecabezas visual, o cambiar entre clasificar estímulos según dos criterios distintos. Estos ejercicios forman parte de los

programas de intervención orientados al desarrollo de la flexibilidad atencional por Sohlberg y Mateer (2001).

Finalmente, en el caso de la atención dividida, los ejercicios dual-task han mostrado ser particularmente adecuados. Se pueden combinar actividades simultáneas, como escuchar una historia y responder preguntas sobre ella mientras se clasifican objetos o se realizan operaciones simples. La utilidad de estas tareas concurrentes se sustenta en investigaciones que señalan la importancia de entrenar la coordinación y distribución de recursos cognitivos frente a múltiples fuentes de información (Baddeley, 2012; Sohlberg & Mateer, 2001).

Lenguaje

La importancia de un abordaje estructurado del lenguaje en adultos mayores ha sido ampliamente desarrollada por Peña-Casanova. El autor plantea que la intervención terapéutica debe organizarse de manera progresiva y funcional, con el fin de favorecer una estimulación integrada y significativa de las diferentes dimensiones del lenguaje. Esto incluye los niveles fonológico, semántico, sintáctico y pragmático, así como también las habilidades lectoras y escritoras (Peña-Casanova, 1999). Desde esta perspectiva, propone ejercicios que favorecen la activación de los procesos fonológicos mediante actividades de articulación, repetición y discriminación de sonidos. Asimismo, plantea el fortalecimiento del componente semántico a partir de tareas de denominación, categorización, trabajo con sinónimos y antónimos. El autor también desarrolla la estimulación sintáctica por medio del análisis gramatical, la construcción de oraciones y la elaboración de narraciones guiadas.

Además, destaca la relevancia del componente pragmático, el cual se aborda a través de la conversación estructurada, el diálogo mediado y situaciones de interacción funcional que permitan mantener la competencia comunicativa en contextos reales. En cuanto a la lectura y la escritura, Peña-Casanova propone actividades graduadas que incluyen la lectura en voz alta, la identificación de ideas principales, la comprensión de textos breves, la copia y dictado de palabras o frases, así como la redacción de pequeños textos funcionales. Su planteamiento enfatiza la necesidad de una progresión de dificultad que respete el nivel del adulto mayor y que permita transitar desde tareas más automáticas hacia demandas lingüísticas que requieren mayor control cognitivo.

Maria Fernanda Lopez (2014), describe ejercicios del lenguaje los cuales incluyen diversas variantes de sopas de letras, tales como aquellas organizadas por categorías, de denominación (reconocimiento de imágenes), con definiciones o a partir de preguntas. Existen numerosas sopas de letras estructuradas por categorías, es decir, con palabras relacionadas con un mismo tema (por ejemplo, deportes, músicos o artistas plásticos), lo cual no solo estimula los procesos lingüísticos, sino que también favorece la incorporación de nuevos términos y la ampliación del vocabulario.

Algunas de estas actividades no presentan una lista previa de palabras a buscar, sino que requieren que el sujeto reconozca imágenes y posteriormente identifique y busque el nombre correspondiente en la sopa de letras, lo que favorece específicamente el proceso de denominación léxica. Entre las variantes más utilizadas se encuentran:

- Sopas de letras en las que aparecen definiciones de palabras, generalmente vinculadas a una misma temática (por ejemplo, teatro), y el sujeto debe deducir el término correspondiente antes de localizarlo en la grilla.
- Actividades que presentan preguntas de interés general, las cuales deben ser respondidas previamente para luego buscar las respuestas dentro de la sopa de letras.
- Sopas de letras combinadas con una grilla adicional denominada “telar”. En este caso, primero se deben completar las palabras de la grilla colocando los grupos de letras que se presentan al pie de la misma, y posteriormente localizar dichas palabras en la sopa. En muchos casos, las letras sobrantes permiten formar frases o pensamientos expresados por personajes reconocidos.

Otro ejercicio del lenguaje propuesto por la autora es el Tutti Frutti, en el cual se seleccionan entre cinco y ocho categorías diferentes y una letra determinada. El objetivo consiste en producir, para cada categoría, entre una y cinco palabras que comiencen con dicha letra, lo que favorece el acceso léxico y la fluidez verbal.

Asimismo, se proponen actividades que consisten en generar palabras que comiencen o terminen con una o más sílabas determinadas. Se recomienda iniciar con estructuras simples, por ejemplo, palabras que comiencen con *auto* (automóvil, autónomo,

autodidacta, autóctono, autógrafo, automático) o que terminen con *-ble* (amigable, amable, potable, insoluble, deducible, sable, cable). Posteriormente, se pueden incorporar otros prefijos y sufijos, tales como *des-*, *inter-*, *pre-*, *pos-*, *entre-*, o terminaciones como *-ción*, *-sión*, *-tar*, *-miento* y *-mente*.

El ejercicio de palabras encadenadas consiste en escribir una palabra y, a partir de su última sílaba, formar otra, y así sucesivamente. Para su realización, es importante considerar las terminaciones de las palabras, ya que resulta más complejo encontrar palabras que comiencen con *-sión* o *-ción*. Por ejemplo: *roseta–taladro; drogadicto–tomate–televisor–sordo–docena*.

Otra actividad consiste en nombrar la mayor cantidad posible de palabras relacionadas con un tema específico. Por ejemplo, ante el estímulo de la palabra “*verano*”, se pueden mencionar términos como: playa, vacaciones, sol, descanso, amigos, bronceador, viaje, valija, sombrilla, mar, montaña y paseos, lo que favorece la organización semántica.

Finalmente, se incluyen ejercicios tecnológicos, como el juego “*Cuatro imágenes, una palabra*”, en el cual se presentan cuatro fotografías y el sujeto debe identificar la palabra que tienen en común. Como ayuda, se indica el número de letras que componen la palabra y se ofrecen dieciséis letras posibles para su construcción. Este tipo de actividad estimula el lenguaje, en particular el acceso léxico y la denominación, y también involucra procesos de las funciones ejecutivas.

Percepción motora y capacidad espacio visual

La percepción motora y la capacidad visoespacial son habilidades cognitivas fundamentales para la orientación, el reconocimiento del entorno y la planificación motriz, aspectos clave para el mantenimiento de la autonomía en adultos mayores (Lezak, Howieson & Loring, 2012). Estas funciones permiten a la persona ubicarse en su espacio cotidiano, identificar objetos y obstáculos, así como desplazarse de manera segura.

Las actividades orientadas a la construcción de mapas mentales y al recorrido de trayectos conocidos resultan especialmente útiles para su estimulación. Trabajar con las calles del propio barrio, el camino hacia el domicilio de un familiar o el recorrido habitual al supermercado favorece la consolidación de referencias espaciales y el fortalecimiento de la memoria episódica. Las tareas que implican discriminación visual y coordinación

visomotora, como ensartar cuentas, realizar trabajos manuales sencillos, tejer o armar rompecabezas, contribuyen al mantenimiento de la agudeza perceptiva y de la motricidad fina. Las actividades manuales tales como la cerámica, el tejido, la decoración o la elaboración de bisutería no sólo estimulan la coordinación visomotora, sino que también promueven el bienestar emocional y la interacción social, factores que, según Goldberg (2001), resultan cruciales para el mantenimiento del funcionamiento cognitivo en la vejez.

Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas, que incluyen procesos como la planificación, la organización, la toma de decisiones y el control inhibitorio, son fundamentales para el desempeño autónomo en la vida diaria y pueden ser estimuladas mediante estrategias de estimulación cognitiva específicas.

En el *Cuaderno de introducción y ejemplos de Estimulación Cognitiva para Adultos* (Sardinero Peña, 2014) se describen actividades orientadas al entrenamiento sistemático de estos procesos, tales como la organización de secuencias de acciones y tareas con interferencia, que favorecen la planificación, la memoria operativa, la flexibilidad cognitiva y el control de la conducta. Asimismo, se proponen ejercicios de razonamiento secuencial y visual, que implican la identificación de patrones y criterios de cambio, activando procesos de secuenciación, razonamiento visual y discriminación perceptiva.

El sudoku es uno de los juegos más utilizados para el entrenamiento de las funciones ejecutivas. Consiste en un rompecabezas lógico-matemático presentado en una cuadrícula de 9×9 , subdividida en nueve regiones de 3×3 casilleros, en las que se disponen algunos números como ayuda inicial. El objetivo del juego es completar la cuadrícula con los números del 1 al 9, respetando la regla de no repetir cifras en una misma fila, columna o región. Su resolución requiere la elaboración de estrategias, la planificación de acciones y el control inhibitorio, evitando respuestas impulsivas o intuitivas.

Otra actividad relevante son los enigmas lógicos, considerados juegos de deducción por excelencia, como los clásicos acertijos, epigramas o el juego *¿Quién es quién?*. Estas propuestas implican la correlación de múltiples características (nombre, profesión, edad, lugar de residencia, entre otras), frecuentemente mediante el uso de diagramas de doble o múltiple entrada. Por ejemplo, a partir de un conjunto de personajes, apellidos, profesiones

y ciudades, el participante debe deducir correctamente las combinaciones correspondientes, lo que favorece la planificación, la memoria operativa y el razonamiento lógico.

Además, se incluyen actividades de completamiento de secuencias gráficas, cuyo objetivo es identificar el patrón que organiza una serie de figuras y determinar cuál es el elemento que completa adecuadamente la secuencia. Este tipo de ejercicio estimula la secuenciación, el razonamiento visual y la flexibilidad cognitiva.

Los juegos de mesa, especialmente aquellos de estrategia, constituyen herramientas especialmente valiosas para la estimulación de las funciones ejecutivas. El ajedrez es el juego estratégico por excelencia y uno de los más recomendados; no obstante, también resultan beneficiosos juegos como el backgammon, TEG, 1814, espionaje, *¿Quién es quién?*, batalla naval, rummy, burako, *El estanciero*, Monopoly y dominó. Estas actividades promueven la planificación, la anticipación de consecuencias, la toma de decisiones y el autocontrol conductual.

La *roseta* es un juego de anagramas que consiste en completar una figura en forma de flor a partir de palabras formadas con las letras disponibles en cada uno de sus pétalos. Las respuestas deben escribirse desde el exterior hacia el centro, aunque algunas se disponen en sentido inverso. Además, en ciertos casos es posible construir más de una palabra válida, pero solo una permite completar correctamente el juego, lo que exige un elevado nivel de control inhibitorio y flexibilidad cognitiva.

Cognición social

La cognición social, es la capacidad para reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las emociones y conductas de los demás, desempeña un papel fundamental en la calidad de las relaciones interpersonales y en la adaptación social, especialmente en la vejez. Fiske y Taylor (2017) destacan que esta habilidad depende en gran medida de procesos como la percepción de señales no verbales, el reconocimiento emocional y la comprensión de intenciones ajenas. En este sentido, Ruffman y Sutcliffe (2008) sostienen que, si bien el envejecimiento conlleva una reducción en la precisión para identificar emociones faciales, este deterioro puede ser compensado mediante ejercicios estructurados que estimulen las redes neuronales sociales.

Para el reconocimiento emocional se sugiere el uso de tarjetas o imágenes, en las cuales se presentan fotografías o ilustraciones de rostros que expresan distintas emociones básicas (alegría, tristeza, enojo, miedo, sorpresa). El participante debe identificar la emoción y, si es posible, comentar en qué situación podría aparecer. Esta actividad estimula el reconocimiento emocional, la empatía y la interpretación de señales no verbales.

El recurso “*¿Qué está pensando o sintiendo?*” es una actividad en la cual se muestran escenas sociales (imágenes, viñetas o fragmentos de películas) y se pide al participante que infiera qué pueden estar pensando o sintiendo los personajes y por qué. Este juego trabaja la teoría de la mente, la comprensión de intenciones y la toma de perspectiva. Otro juego es el de *roles*, el cual consiste en representar situaciones cotidianas (por ejemplo, una visita médica, una discusión familiar o una situación de ayuda). El participante adopta distintos roles y debe responder de manera adecuada a las emociones y conductas del otro. Dicha actividad favorece la regulación emocional, la empatía y la adaptación social.

Otra propuesta la constituye la actividad de adivinar la emoción. La misma se basa en que un participante expresa una emoción únicamente mediante gestos y expresiones faciales, sin utilizar palabras, mientras el resto intenta identificarla. Este ejercicio fortalece la percepción de claves no verbales y la atención social.

El debate guiado sobre escenas sociales tras la visualización de una escena breve de una película o serie, se erige como otra actividad en la que se proponen preguntas orientadoras como: *¿por qué actuó así el personaje?*, *¿qué emoción predominó?*, *¿habría otra forma de responder?*. Esta dinámica estimula la reflexión social, el juicio social y la memoria afectiva.

Intervención integral

La estimulación cognitiva en adultos mayores invita a un abordaje que integre dimensiones emocionales, relacionales y contextuales que inciden sobre el bienestar y la funcionalidad global del individuo. Diversos autores con sus respectivos enfoques coinciden en que una intervención verdaderamente eficaz debe considerar la plasticidad cerebral, la historia de vida, los vínculos sociales y la reserva cognitiva como ejes fundamentales del diseño terapéutico.

Desde el enfoque neurocognitivo, Stern (2002) introdujo el concepto de reserva cognitiva, explicando por qué algunos adultos mayores conservan mejor sus funciones a pesar del envejecimiento cerebral. Esta reserva, modulada por factores como la educación, el estilo de vida y la actividad intelectual sostenida, actúa como un amortiguador frente al deterioro. En este sentido, autores como Sherry Willis y colaboradores (2006), a través del estudio ACTIVE (Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly), demostraron que programas estructurados de estimulación cognitiva pueden producir mejoras sostenidas en memoria, razonamiento y velocidad de procesamiento, incluso varios años después de la intervención.

Articulando con dicho enfoque, Gene Cohen (2000), desde la psicología positiva y la creatividad, argumenta que el envejecimiento puede ser una etapa de gran potencial para el crecimiento emocional y cognitivo. Dicha autora, defiende que la expresión artística, la escritura autobiográfica, la música y la narración de experiencias personales no solo fortalecen la identidad, sino que también activan redes cerebrales implicadas en la memoria y la atención. Este tipo de intervenciones, lejos de ser solamente recreativas, se constituyen como estrategias terapéuticas eficaces para prevenir o ralentizar el deterioro cognitivo.

Desde una perspectiva centrada en el aspecto afectivo-relacional, autoras como Isabel Carvajal Espinoza y María del Carmen Campos han promovido la incorporación de emociones y vínculos en los programas de estimulación cognitiva, señalando que trabajar la autoestima, la memoria autobiográfica y la identidad personal potencia la adherencia y la eficacia de las intervenciones (Campos, 2018; Carvajal, 2017). Este enfoque, conocido como *cognición afectiva*, plantea que el bienestar emocional facilita la codificación, consolidación y recuperación de la información, especialmente en contextos grupales. Esta perspectiva ha sido desarrollada por Pessoa (2008), quien sostiene que los procesos emocionales modulan de manera directa la atención, la memoria y otras funciones cognitivas, actuando como un soporte fundamental para el aprendizaje.

Teresa Martínez Rodríguez (2011) destaca la importancia del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), el cual subraya que cualquier intervención con adultos mayores debe reconocer y respetar su historia de vida, sus valores y sus preferencias. Su visión parte de considerar a la persona mayor como sujeto de derechos, con identidad, deseos propios y capacidad de decisión, lo que implica una ruptura con modelos asistencialistas tradicionales. Es importante señalar que la ACP no se limita a entornos

clínicos o institucionales, sino que constituye una filosofía de trabajo y relación aplicable a cualquier contexto donde se interactúe con personas mayores, incluyendo programas comunitarios, espacios culturales o intervenciones cognitivas. Esta perspectiva resulta especialmente relevante cuando se diseñan estrategias de estimulación cognitiva, ya que permite que las actividades propuestas no solo busquen mejorar funciones mentales, sino que también tengan sentido para la persona, un significado o valor, fortaleciendo su autoestima, su agencia personal y su conexión emocional con el entorno.

Reflexionando y analizando los diferentes autores, es evidente que la estimulación cognitiva en adultos mayores debe concebirse como un proceso multidimensional que trasciende la mera activación neurofuncional, integrando las dimensiones emocionales, sociales y contextuales que configuran la experiencia vital de cada individuo. Los diversos enfoques presentados, desde la reserva cognitiva hasta la atención centrada en la persona, coinciden en la necesidad de diseñar intervenciones personalizadas, respetuosas y significativas, que reconozcan la riqueza de la historia personal y promuevan la autonomía y el bienestar integral. Asimismo, la incorporación de componentes psicoeducativos, biográficos y culturales, junto con la promoción del ejercicio físico, la interacción social y el compromiso intelectual, constituyen factores esenciales para optimizar los resultados terapéuticos. En definitiva, un enfoque interdisciplinario, humanizado y centrado en la persona es la clave para fomentar un envejecimiento activo, saludable y con sentido.

Equipo interdisciplinario en estimulación cognitiva de adultos mayores

La atención integral de las personas adultas mayores requiere una perspectiva amplia que incluya dimensiones médicas, psicológicas, cognitivas, sociales, emocionales y comunicativas. En este marco, el trabajo interdisciplinario se constituye como un elemento clave para garantizar intervenciones eficaces y centradas en la persona.

Cada disciplina aporta una mirada complementaria del envejecimiento: el fonoaudiólogo se ocupa del lenguaje, la comunicación y la cognición; el psicólogo aborda la esfera emocional y vincular; el terapeuta ocupacional fomenta la autonomía en las actividades de la vida diaria; el kinesiólogo interviene en el movimiento y la prevención de

caídas; el médico supervisa el estado clínico y los tratamientos; y el trabajador social analiza el entorno familiar, comunitario y los recursos disponibles. Esta coordinación profesional permite elaborar planes de intervención integrales y coherentes, orientados a la calidad de vida y la participación social.

La articulación entre disciplinas favorece la detección temprana de signos de deterioro, la prevención de síndromes geriátricos y la adaptación del entorno según las necesidades individuales. Asimismo, evita abordajes fragmentados y promueve decisiones consensuadas que respetan la trayectoria vital y los deseos de la persona mayor.

Bertolotti (2020) resalta que el trabajo interdisciplinario entre fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos y terapeutas ocupacionales posibilita construir una comprensión verdaderamente integral del adulto mayor. De forma concordante, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) impulsa modelos de atención centrados en la persona, sostenidos por equipos interdisciplinarios, como estrategia fundamental frente al envejecimiento poblacional.

Intervención fonoaudiológica en adultos mayores

La fonoaudiología, en su campo de intervención con adultos mayores, propone un enfoque integral del lenguaje y la comunicación que incorpora no solo las funciones cognitivas superiores, sino también los aspectos afectivos y relacionales. En esta línea, Salazar-Martínez e Ibáñez Ávila, en su artículo *“Envejecimiento cognitivo y Fonoaudiología: perspectivas en el quehacer terapéutico desde la evidencia”*, destacan que el lenguaje y la comunicación funcionan como mediadores fundamentales en los procesos de interacción, participación y construcción de sentido, siendo el profesional fonoaudiólogo quien cuenta con las herramientas clínicas y teóricas para intervenir de manera sistemática sobre dichos procesos. Los autores enfatizan la importancia de un abordaje modular, dinámico y contextualizado, donde se integren componentes cognitivos, verbales y no verbales para favorecer la funcionalidad comunicativa, la autonomía y la calidad de vida en la vejez.

Las funciones del fonoaudiólogo, la evaluación y el diagnóstico dirigidos a identificar deficiencias de base, habilidades cognitivas conservadas, alteraciones comunicativas, signos lingüísticos y niveles de interacción y participación social, generalmente en articulación con la familia y otros profesionales. Asimismo, el profesional

cumple un rol central en la intervención y la rehabilitación, abordando dificultades comunicativas, cognitivas y sociointeractivas (Salazar-Martínez & Ibáñez Ávila, 2023). Dichos autores también destacan el rol del fonoaudiólogo en el ámbito de la prevención y la promoción, señalando que desarrolla acciones orientadas a la salud auditiva y vocal, la estimulación cognitivo-comunicativa, el fortalecimiento de habilidades comunicativas y la promoción de la participación social. Además, implementa estrategias para una ingesta oral segura, sensibiliza sobre la importancia de la comunicación en la vida cotidiana y colabora en la detección temprana de desórdenes comunicativos (Salazar-Martínez & Ibáñez Ávila, 2023).

En esta línea, Montoya Moreno (2017) sostiene que el quehacer fonoaudiológico con personas adultas mayores comprende cuatro roles principales: asistencial, investigativo, administrativo y docente. Estos se desarrollan en distintos escenarios de desempeño, principalmente en el ámbito de la salud, el bienestar social y la educación, dentro de instituciones como hospitales, fundaciones, consultorios privados y centros de día o de noche. De acuerdo con Montoya y Rodríguez (2018, como se citó en Salazar-Martínez & Ibáñez Ávila, 2023), el rol del fonoaudiólogo en el ámbito cognitivo se orienta a la promoción, prevención y tratamiento de funciones que suelen verse afectadas en las personas mayores, como la atención, la memoria, el lenguaje, la sensopercepción, las orientaciones temporo-espacial-personal y las funciones ejecutivas. Este quehacer se enmarca en una perspectiva comunicativo-lingüística que reconoce la importancia de dichas funciones para el desempeño en las actividades de la vida diaria (Salazar et al., 2022, como se citó en Salazar-Martínez & Ibáñez Ávila, 2023).

En los últimos años, el crecimiento de la población adulta mayor ha impulsado a la Fonoaudiología a fortalecer su intervención en el envejecimiento cognitivo, incorporando estrategias combinadas de estimulación y entrenamiento cognitivo junto con abordajes comunicativos. Estas intervenciones buscan mantener la funcionalidad y la calidad de vida, promoviendo la compensación de dificultades, la adaptación al entorno y el fortalecimiento de procesos como la memoria de trabajo, la atención y la interacción social. En este contexto, cobran especial relevancia las actividades que integran lo auditivo, lo cognitivo y lo comunicativo, así como el uso del discurso y la descripción de imágenes para estimular el procesamiento semántico, la memoria y el acceso al léxico, favoreciendo la reserva

cognitiva en la vejez (Chacón et al., 2021, como se citó en Salazar-Martínez & Ibáñez Ávila, 2023).

Desde el enfoque de la cognición afectiva, Campos (2018) sugiere que el trabajo con emociones positivas en entornos grupales mejora el rendimiento cognitivo y comunicativo. En la práctica fonoaudiológica, esto se traduce en intervenciones que incluyen el reconocimiento de expresiones emocionales, la comprensión de intenciones comunicativas y la construcción de diálogos significativos, fortaleciendo la cognición social.

Además, el enfoque de la atención centrada en la persona, desarrollado por Martínez Rodríguez (2011), tiene una relación directa con la intervención fonoaudiológica centrada en el sujeto, su biografía, sus intereses y sus necesidades comunicativas reales. El terapeuta del lenguaje, desde este paradigma, no sólo entrena habilidades descontextualizadas, sino que promueve la comunicación funcional, el intercambio significativo y el fortalecimiento de vínculos sociales.

Desde la neurociencia, Stern (2002) y Belleville (2011) han evidenciado que los programas de estimulación cognitiva producen cambios estructurales y funcionales en el cerebro, incluso en adultos mayores con deterioro cognitivo leve. Estos hallazgos sustentan las intervenciones fonoaudiológicas basadas en la reserva cognitiva y la plasticidad cerebral, que utilizan el lenguaje como herramienta terapéutica para activar redes neuronales preservadas.

La fonoaudiología, desde un enfoque integral y basado en la evidencia, permite detectar, prevenir e intervenir de manera eficaz en los procesos cognitivos vinculados al envejecimiento. Al abordar todas las funciones cognitivas mencionadas anteriormente, refleja de qué manera el fonoaudiólogo contribuye al mantenimiento de la funcionalidad comunicativa y a la promoción de la participación activa del adulto mayor. Las intervenciones centradas en la persona, sustentadas en la plasticidad cerebral y la reserva cognitiva consolidan su rol dentro de los equipos interdisciplinarios, con estrategias que favorecen tanto la estimulación cognitiva como el bienestar psicosocial.

Conclusión

La tercera edad, entendida como una etapa más del ciclo vital, exige ser abordada desde una perspectiva integral que reconozca tanto sus desafíos como sus potencialidades. Superar las miradas reduccionistas centradas en el deterioro y reivindicar el valor de la experiencia, la autonomía y la participación activa de las personas mayores resulta fundamental para el diseño de intervenciones terapéuticas eficaces, éticas y humanizadas.

A lo largo de este ensayo se ha evidenciado que la vejez es un fenómeno complejo y multifactorial, en el cual se producen cambios cognitivos, físicos y sociales, permitiendo diferenciar el envejecimiento normal de las características propias del deterioro cognitivo.

En este contexto, la estimulación cognitiva se presenta como una estrategia central para preservar y potenciar las funciones mentales superiores, basada en los principios de la neuroplasticidad y la reserva cognitiva, que constituyen el sustrato neurofisiológico de la estimulación cognitiva. La intervención fonoaudiológica, demuestra un gran potencial para actuar sobre los dominios cognitivos (lenguaje, memoria, atención, función ejecutiva y función visoespacial), pilares fundamentales para sostener la identidad, la participación social y el bienestar emocional de las personas mayores.

Es fundamental llevar a cabo una evaluación integral, ya que esta permite detectar de manera temprana posibles alteraciones y de este modo diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades y capacidades de cada persona. Este proceso no solo posibilita identificar déficits, sino también reconocer fortalezas cognitivas, lo que facilita la elaboración de programas de estimulación personalizados y eficaces. Por lo tanto, la combinación de herramientas clínicas con pruebas neuropsicológicas estructuradas permite construir un perfil cognitivo funcional, que orienta el tratamiento y garantiza su pertinencia en relación con las características, preferencias e historia de vida del individuo.

El análisis de las diferentes perspectivas teóricas y evidencias científicas permite concluir que la estimulación cognitiva en adultos mayores no debe limitarse a ejercicios estructurados de entrenamiento cognitivo, sino que debe ser concebida como un proceso multidimensional, afectivo, social y contextual. En este marco, conceptos como la plasticidad cerebral, la reserva cognitiva y la atención centrada en la persona constituyen

los pilares que sustentan una intervención integral, humanizada y respetuosa de la dignidad y autonomía del adulto mayor.

Finalmente, el abordaje interdisciplinario se erige como la labor más rica y dinámica que posibilita la integración de diferentes saberes y miradas profesionales en pos de optimizar los resultados terapéuticos fortaleciendo las redes de apoyo, previniendo el aislamiento y promoviendo una vejez activa.

Bibliografía

Allegri, R. (2024). *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias*. Editorial Médica Panamericana.

Amengual, A., & Chrem Méndez, P. (2013). Clínica práctica. En R. F. Allegri, S. Vázquez, & G. Sevlever (Comps.), *Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas diagnósticos* (pp. 33–49). Polemos.

Arizaga, R. (2013). Los factores de riesgo y prevención. En R. F. Allegri, S. Vázquez, & G. Sevlever (Comps.), *Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas diagnósticos* (pp. 23–32). Polemos.

Azcoaga, A. (2010). *Neuropsicología de la plasticidad cerebral*. Editorial Médica Panamericana.

Azcoaga, J. E. (1998). *Neuropsicología del lenguaje y afasias*. Editorial Paidós.

Baddeley, A. (1992). Working memory: The interface between memory and cognition. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(3), 281–288.

Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417–423. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)

Baddeley, A. D. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 829–839.

Baddeley, A. D. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1–29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>

Baddeley, A. D., & Hitch, G. J. (1974). Working memory. En G. A. Bower (Ed.), *Recent advances in learning and motivation* (Vol. 8, pp. 47–90). Academic Press.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Barkley, R. A. (2012). *Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolved*. Guilford Press.

Bertolotti, G. (2020). *Interdisciplina y envejecimiento: abordajes integrales en la atención de personas mayores*. Editorial Akadia.

Blair, M., Vadaga, K. K., Shuchat, J., & Li, K. Z. H. (2011). The role of age and inhibitory efficiency in working memory processing and storage components. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 64(6), 1157–1172.
<https://doi.org/10.1080/17470218.2010.540670>

Bopp, K. L., & Verhaeghen, P. (2005). Aging and verbal memory span: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60(5), 223–233.

Brown, R., & McNeill, D. (1966). The “tip of the tongue” phenomenon. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 5(4), 325–337.

Campos, M. del C. (2018). *Cognición afectiva: Un enfoque terapéutico para adultos mayores* (pp. 45–62). Editorial Humanitas.

Carrasco, M. (2021). *Manual de geriatría* (2.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Carvajal Espinoza, I. (2017). *Psicogerontología y vínculos en la vejez* (pp. 112–118). Ediciones Pirámide.

CEAFA – Confederación Española de Alzheimer. (2011). *Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer* [Manual]. CEAFA.

Cohen, G. D. (2000). *The creative age: Awakening human potential in the second half of life* (pp. 89–103). HarperCollins.

Crystal, D. (2010). *The Cambridge encyclopedia of language* (3rd ed.). Cambridge University Press.

Dagerman, K. S., MacDonald, M. C., & Harm, M. W. (2006). Aging and the use of context in ambiguity resolution: Complex changes from simple slowing. *Cognitive Science*, 30(2), 311–345.

- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135–168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself*. Penguin Books.
- Favela Ocaño, M. A., & Castro Vásquez, M. del C. (2024). Envejecimiento activo en Latinoamérica: Revisión narrativa de la literatura. *Horizonte Sanitario*, 23(2), 475–488.
<https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5589>
- Fernández, A., et al. (2018). Efectos de la intervención neurocognitiva en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista de Psicología (Redalyc)*.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2017). *Social cognition: From brains to culture* (3.^a ed.). SAGE Publications.
- García Cuerva, A., Medina, M. C., & Martín, M. E. (2013). Del perfil amnésico hipocámpico al deterioro cognitivo cortical. En R. F. Allegri, S. Vázquez, & G. Sevlever (Comps.), *Enfermedad de Alzheimer: nuevos paradigmas diagnósticos* (pp. 51–59). Polemos.
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 35(9), 870–876.
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. En D. R. Riddle (Ed.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms* (pp. 3–20). CRC Press.
- Goldberg, E. (2001). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. Oxford University Press.
- Hasher, L. (2015). Inhibitory deficit hypothesis. En S. K. Whitbourne (Ed.), *The encyclopedia of adulthood and aging*. John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781118521373.wbeaa259>
- Hasher, L., & Campbell, K. L. (2010). The control of attention in older adults: Implications for memory and cognition. En T. Perfect & S. Lindsay (Eds.), *The SAGE handbook of applied memory* (pp. 445–469). SAGE Publications.
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior*. Wiley.

- Jack, C. R., Jr., et al. (2010). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *Lancet Neurology*, 9(1), 119–128.
- Juncos Rabadán, O., & Pereiro Rozas, A. X. (2002). *Lenguaje y envejecimiento*. Editorial Síntesis.
- Kolb, B., Gibb, R., & Robinson, T. E. (2011). Brain plasticity and behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 1–5.
- Kosslyn, S. M. (1994). *Image and brain: The resolution of the imagery debate*. MIT Press.
- Kral, V. A. (1962). Senescent forgetfulness: Benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86(6), 257–260.
- Labos, C., et al. (2008). *Evaluación neuropsicológica en programas de rehabilitación cognitiva*. Editorial Médica Panamericana.
- Labos, E., Slachevsky, A., & Manes, F. (2008). *Tratado de neuropsicología clínica*. Akadia Editorial.
- Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., & Manes, F. (2009). *Tratado de neuropsicología clínica*. Akadia.
- López, M. F. (2014). *Cómo entrenar tu cerebro*. Ediciones B.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2012). *Neuropsychological assessment* (5.^a ed.). Oxford University Press.
- Luria, A. R. (1973). *The working brain*. Basic Books.
- Luria, A. R. (1980). *Cognición y lenguaje*. Editorial Visor.
- Martín-Aragoneses, M. T., & Fernández-Blázquez, M. Á. (2012). El lenguaje en el envejecimiento: procesos de recuperación léxica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 34–46. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.03.005>
- Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Gobierno Vasco.

- McDowd, J., Hoffman, L., Rozek, E., Lyons, K. E., Pahwa, R., Burns, J., et al. (2011). Understanding verbal fluency in healthy aging, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease. *Neuropsychology*, 25(2), 210–225.
- Merzenich, M. M. (2013). *Soft-wired*. Parnassus Publishing.
- Miyake, A., & Shah, P. (2000). Models of working memory. En A. Miyake & P. Shah (Eds.), *Cognitive neuroscience of executive function* (pp. 1–27). Psychology Press.
- Montoya Moreno, N. C. (2017). *Roles, funciones y escenarios en los que se desempeña el fonoaudiólogo...* [Tesis de grado]. IBERO.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR). *Neurology*, 43(11), 2412–2414. <https://doi.org/10.1212/WNL.43.11.2412>
- Muñoz Marrón, E., Blázquez Alisente, J. L., Galpasoro Izaguirre, N., & González Rodríguez, B. (2011). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Editorial UOC.
- Nascimento, C., Argimon, I., & Lopes, R. (2016). El entrenamiento cognitivo. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 177–197.
- National Institute on Aging. (2019). *Building brain power*. NIH News in Health.
- O'Brien, J. T., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1698–1706.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. OMS.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable 2020–2030*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS – Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento saludable*. OMS.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desarrollo humano* (8.^a ed.). McGraw-Hill.

- Parra, M. A., Baez, S., & Ibáñez, A. (2017). *Estimulación cognitiva y envejecimiento saludable*. Editorial Panamericana.
- Parra, M. A., Calia, C., García, A. M., Chacón, M., Hernández, J. C., & Lopera, F. (2020). Effectiveness of cognitive interventions in older adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, 78(3), 1071–1090.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Fundación la Caixa.
- Petersen, R. C., & Morris, J. C. (2005). Mild cognitive impairment as a clinical entity and treatment target. *Archives of Neurology*, 62(7), 1160–1163.
- Petersen, R. C., et al. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization. *Archives of Neurology*, 56(3), 303–308.
- Petersen, R. C., et al. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–228.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(2), 148–158.
- Pliatsikas, C., et al. (2019). The effect of education on cognitive aging. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 26(5), 753–768.
- Ponsford, J., & Kinsella, G. (1991). Evaluation of a remedial programme... *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13(6), 822–831.
- Posner, M. I., & Petersen, S. E. (1990). The attention system. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25–42.
- Rastle, K. G., & Burke, D. M. (1996). Priming the tip of the tongue. *Journal of Memory and Language*, 35(5), 586–605.
- Rincón Bustos, M. L., Obando Soto, M., García Grisales, M. E., & Romero Bermúdez, E. (2009). *Envejecimiento comunicativo: perspectiva fonoaudiológica*. *Areté*, 9(1), 25–44.
<https://arete.iberu.edu.co/article/view/394>

- Robert, C., Borella, E., Fagot, D., Lecerf, T., & de Ribaupierre, A. (2009). Working memory and inhibitory control. *Memory & Cognition*, 37(3), 336–345.
- Rodríguez Román, F. J., Salazar Jiménez, M. del C., & Carrera García, K. J. (2023). *Manual de estimulación cognitiva para personas adultas mayores*. INAPAM.
- Ruffman, T., Henry, J. D., Livingstone, V., & Phillips, L. H. (2008). Emotion recognition and aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 863–881.
- Salazar-Martínez, R., & Ibáñez Ávila, G. (2023). Envejecimiento cognitivo y Fonoaudiología... *Ciencia Latina*, 7(5), 7154–7180.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory. *Psychological Review*, 103(3), 403–428.
- Salthouse, T. A. (2000). Steps toward the explanation... En T. J. Perfect & E. A. Maylor (Eds.), *Models of cognitive aging* (pp. 19–49). OUP.
- Salthouse, T. A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(5), 754–760.
- Salthouse, T. A. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *Psychology and Aging*, 34(1), 17–24.
- Sardinero Peña, A. (2014). *Estimulación cognitiva para adultos*. Editorial CEPE.
- Simone, V., Serrano, C. M., & Allegri, R. F. (2007). La evaluación en el consultorio médico. En D. L. Burin et al. (Comps.), *Evaluación neuropsicológica en adultos* (pp. 64–88). Paidós.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2021). *Recomendaciones nutricionales para personas mayores*.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation*. Guilford Press.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2010). *Cognitive rehabilitation* (2nd ed.). Guilford Press.

- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests* (2nd ed.). OUP.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448–460.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028.
- Stuss, D. T., & Knight, R. T. (Eds.). (2013). *Principles of frontal lobe function* (2.^a ed.). OUP.
- Tirapu-Ustárroz, J., & Cañabate, P. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. Síntesis.
- Tirapu-Ustárroz, J., & Muñoz-Céspedes, J. M. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Síntesis.
- Tortajada, Raúl Espert; Villalba, S. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeia*, 6, 73–94.
- Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamiento y lenguaje* (A. Kozulin, Ed.). MIT Press. (Obra original publicada en 1934)
- Walker, M. P. (2009). The role of sleep in cognition and emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 168–197.
- Winblad, B., et al. (2004). Mild cognitive impairment—Beyond controversies... *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x>