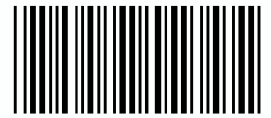


GMD
TF

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



2741



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

ROSARIO, 2025.

**“La presbiacusia y su relación con el deterioro cognitivo en el adulto mayor.
Importancia del rol del fonoaudiólogo y el trabajo interdisciplinario.”**

ALUMNAS: Calabressi, Miranda- Carbone, Lucia.

CON LA SUPERVISIÓN DE: Mundani, María Carolina.

Ensayo presentado por:

Calabressi, Miranda.....

Carbone, Lucia

Con la supervisión de:

Mundani, María Carolina

Aprobada por:

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

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

Legajos: C-2626/3

C-2614/1

Dedicatoria

Quisiéramos manifestar nuestro más sincero agradecimiento a la Licenciada en Fonoaudiología, María Carolina Mundani, quien nos acompañó como tutor de tesis. Su conocimiento, su paciencia y su constante disposición fueron claves para enriquecer nuestro recorrido en este desafiante pero enriquecedor proceso de investigación. Su orientación permanente y su confianza nos impulsaron a superar nuestros propios límites. No encontramos palabras suficientes para agradecerle por el apoyo incondicional que nos brindó a lo largo de este trayecto.

Nuestra gratitud eterna a nuestros padres, quienes ofrecieron siempre su amor sin condiciones y su aliento constante. Ellos, sostén en los momentos más difíciles, y además con su confianza, que, para nosotras, fue sin dudas, la base sobre la que pudimos construir este logro. También agradecemos profundamente a nuestras hermanas, abuelos, tíos y familia que siempre ofrecieron su tiempo, su escucha y su apoyo incondicional. Este logro no hubiera sido posible sin ustedes. Su amor, su esfuerzo y sus sacrificios nos iluminaron cada paso de este camino académico.

Gracias amigos y compañeros, quienes acompañaron tanto en los momentos de dificultad como en los de alegría a lo largo de este extenso recorrido. Su compañía, su confianza, su apoyo y su cariño fueron fundamentales. Gracias por ser nuestra red de contención, y, sobre todo, por haberse convertido en una familia elegida.

Por último y no menos importante, agradecemos a la Universidad Nacional de Rosario, a la Facultad de Ciencias Médicas y a la Escuela de Fonoaudiología, por brindarnos la oportunidad de crecer tanto personal como profesionalmente y por ofrecernos un espacio donde podamos desarrollar esta investigación.

Queremos destacar también el valor incalculable de la universidad pública, gratuita y de calidad, que abre sus puertas a todos, sin distinción, y hace posible que cada persona pueda construir su propio camino. La educación pública transforma vidas. Es un derecho que debemos defender y cuidar, porque gracias a ella, hoy podemos estar donde estamos.

<u>Índice</u> Resumen	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	6
Problematización	8
Objetivos	10
Objetivo General:.....	10
Objetivos Específicos:	10
Capítulo 1: Presbiacusia	11
Capítulo 2: Deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	18
Capítulo 3. Presbiacusia y su relación con el deterioro cognitivo.....	21
Capítulo 4. Rol del fonoaudiólogo e importancia del trabajo interdisciplinario	25
Conclusión.....	30
Referencias bibliográficas	32

Resumen

El presente ensayo aborda la posible relación entre la presbiacusia y el deterioro cognitivo en personas adultas mayores, a partir de una revisión bibliográfica de fundamentos teóricos actuales. La pérdida auditiva asociada a la edad no solo compromete la percepción sonora, sino que también exige un mayor esfuerzo auditivo y cognitivo para la comprensión de los estímulos del entorno, lo cual puede impactar en el funcionamiento general del individuo.

El deterioro cognitivo, por su parte, implica una disminución progresiva de las capacidades mentales, acompañada de distintos niveles de dependencia y discapacidad, que tienden a agravarse con el envejecimiento.

Desde la fonoaudiología, ambos fenómenos representan áreas prioritarias de atención. La evidencia científica sugiere que la presbiacusia puede inducir modificaciones estructurales y funcionales en el cerebro, y que estos cambios podrían contribuir a una aceleración del deterioro cognitivo.

En este marco, se resalta el valor de la intervención oportuna y especializada, el uso adecuado de dispositivos de ayuda auditiva, y el trabajo interdisciplinario como estrategias fundamentales para optimizar la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras claves: presbiacusia, deterioro cognitivo, envejecimiento, audición.

Introducción

El envejecimiento implica una serie de transformaciones fisiológicas y neurológicas que pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas mayores. Entre ellas, la presbiacusia y el deterioro cognitivo constituyen dos condiciones altamente prevalentes y, en muchos casos, coexistentes. En los últimos años, diversas investigaciones han propuesto una posible relación entre ambas entidades, sugiriendo que la pérdida auditiva asociada a la edad podría acelerar o agravar el deterioro de las funciones cognitivas (Benet González, 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), la pérdida auditiva en adultos mayores representa un importante problema de salud pública debido a su impacto no solo en la percepción del habla, sino también en el bienestar físico, emocional y social del individuo. Este déficit sensorial limita la participación en actividades comunicativas y sociales, lo que a menudo conduce al aislamiento, la disminución de la autoestima, y un mayor riesgo de síntomas depresivos, fenómenos que también se observan en personas con demencia (OMS, 2020).

El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2023) también destaca que la pérdida auditiva puede interferir de forma significativa en múltiples dimensiones de la vida diaria, como la seguridad personal —por ejemplo, a través del aumento en el riesgo de caídas—, además de impactar en los vínculos afectivos, el entorno laboral y la salud mental. Estos efectos coinciden con los señalados por la OMS, que advierte sobre la frustración, la vergüenza y el retraimiento social que pueden experimentar quienes presentan hipoacusia (OMS, 2020).

Frecuentemente, la conducta de las personas con pérdida auditiva es malinterpretada por su entorno como desinterés o confusión, cuando en realidad responde a una limitación sensorial. Esta incompreensión puede profundizar el aislamiento social y favorecer sentimientos de soledad (Beck, D. 2025).

La evidencia científica actual ha identificado la hipoacusia como un factor de riesgo modificable para el desarrollo de demencia. La Comisión Lancet sobre la prevención y el manejo de la demencia (Livingston et al., 2020), citada por la American Heart Association (2021), señala que la pérdida auditiva es el factor más relevante dentro de los riesgos potencialmente modificables. En esta misma línea, la Revista de

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (2021) sostiene que la detección temprana y el tratamiento oportuno de la hipoacusia podrían tener un papel clave en la prevención del deterioro cognitivo.

Estos hallazgos destacan la necesidad de una intervención integral, que contemple tanto la evaluación como el abordaje clínico de la pérdida auditiva, en un marco interdisciplinario. En este contexto, el rol del fonoaudiólogo es central. Su intervención temprana puede atenuar el impacto de la presbiacusia, a través de acciones orientadas a la detección, diagnóstico, equipamiento y rehabilitación auditiva, con el fin de preservar no solo la capacidad comunicativa, sino también el funcionamiento cognitivo y la autonomía del adulto mayor.

El presente ensayo analiza la posible relación entre la presbiacusia y el deterioro cognitivo desde una perspectiva fonoaudiológica, a partir de una revisión bibliográfica actualizada. Se propone reflexionar sobre los mecanismos neurocognitivos implicados, así como sobre las estrategias de intervención que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población en riesgo.

Problematización

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que ha traído consigo un incremento en la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, incluyendo diversas formas de deterioro cognitivo. Según el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2023), aproximadamente una de cada tres personas adultas mayores presenta algún grado de pérdida auditiva, cifra que se incrementa con la edad. Esta condición puede afectar significativamente la comunicación interpersonal, dificultando la interacción con familiares y amigos, y comprometiendo así la calidad de vida del individuo.

En este contexto, la presbiacusia ha cobrado relevancia no sólo como una alteración sensorial frecuente en la vejez, sino también como un posible factor de riesgo en el desarrollo de deterioro cognitivo. Diversos estudios han comenzado a vincular la pérdida auditiva relacionada con la edad con cambios funcionales y estructurales en el cerebro, sugiriendo que esta podría actuar como un desencadenante o acelerador del declive cognitivo (Griffiths, 2020; Lin, 2014; Beck et al., 2025).

La comprensión de este vínculo plantea un desafío importante para la comunidad científica y los profesionales de la salud. Una de las principales problemáticas reside en la ausencia de un consenso claro sobre el nexo causal entre ambas condiciones. Si bien algunas investigaciones respaldan la hipótesis de que el uso de dispositivos auditivos puede atenuar el impacto de la pérdida auditiva sobre el funcionamiento cognitivo, persiste la necesidad de más estudios longitudinales que confirmen esta asociación (Yeo et al., 2023).

La presbiacusia no sólo compromete la capacidad comunicativa del adulto mayor, sino que también puede repercutir en su esfera emocional, relacional y funcional. El aislamiento social, la pérdida de autonomía y el estrés familiar son algunas de las consecuencias indirectas que se derivan de esta condición cuando no es abordada de manera adecuada (OMS, 2020; Uchida, 2019). Esta realidad plantea la necesidad de una detección temprana y un abordaje integral de la pérdida auditiva desde una perspectiva interdisciplinaria, con especial énfasis en el rol del fonoaudiólogo.

Desde la fonoaudiología, esta problemática invita a reflexionar sobre la implicancia de la salud auditiva en el envejecimiento y la importancia de promover intervenciones preventivas que aborden tanto el déficit sensorial como sus posibles

consecuencias cognitivas. El abordaje de esta temática no solo enriquece el campo de la investigación, sino que también fortalece la planificación de estrategias clínicas y de salud pública orientadas al bienestar del adulto mayor.

Objetivos

Objetivo General:

- Analizar la relación entre la presbiacusia y el deterioro cognitivo en el adulto mayor desde una perspectiva fonoaudiológica.

Objetivos Específicos:

- Describir las características de la pérdida auditiva relacionada con la edad y sus posibles efectos sobre las funciones cognitivas.
- Resaltar la importancia del monitoreo auditivo y los controles periódicos en la prevención del deterioro cognitivo.
- Reflexionar sobre el rol del fonoaudiólogo en la detección, evaluación y rehabilitación auditiva del adulto mayor.
- Promover la articulación interdisciplinaria como estrategia para el abordaje integral de estas problemáticas.

Capítulo 1: Presbiacusia.

La audición, es el sentido básico de detección, alerta y contacto que nos mantiene en constante relación con el medio. El oído, es el órgano encargado de recibir todas las señales acústicas, transmitir las y transformarlas en energía bioeléctrica para que podamos tener conciencia de las mismas. (Borboni, V. 2022).

La hipoacusia, o pérdida auditiva, es un trastorno sensorial caracterizado por la disminución de la capacidad para percibir sonidos. Esta alteración puede interferir significativamente en el desarrollo del habla, del lenguaje y de la comunicación interpersonal. La pérdida auditiva puede manifestarse de forma unilateral, cuando afecta a un solo oído, o bilateral, si compromete ambos. Su incidencia y prevalencia aumentan progresivamente con la edad, convirtiéndose en un problema de salud pública relevante en las poblaciones envejecidas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020):

Alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o mejor que 20 dB. La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda. Puede afectar a uno o ambos oídos y entrañar dificultades para oír una conversación o sonidos fuertes.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2019, aproximadamente 1.570 millones de personas a nivel mundial presentan algún grado de hipoacusia, lo que representa una de cada cinco personas. Dentro de este grupo, alrededor del 25 % padece una pérdida auditiva de moderada a severa. En la población adulta mayor, la prevalencia de la hipoacusia aumenta con la edad: afecta aproximadamente al 30 % de las personas mayores de 65 años y llega hasta el 60 % en quienes superan los 85 años.

Estos datos evidencian la magnitud de la hipoacusia como un problema de salud pública y subrayan la importancia de desarrollar estrategias eficaces para su prevención, diagnóstico temprano y abordaje terapéutico (López-García I, 2023).

La pérdida auditiva asociada al envejecimiento, conocida como presbiacusia, se debe a cambios degenerativos progresivos vinculados al proceso natural de envejecimiento. Esta se manifiesta comúnmente como una hipoacusia neurosensorial,

simétrica y bilateral. La edad de inicio varía según distintos autores; sin embargo, Pinedo, Félix Cordero, Leydy y Jáuregui, Filomeno (2023), en su estudio “Correlación entre pérdida auditiva y deterioro cognitivo en el adulto mayor”, así como Juan Gualberto Lescaille Torres (2015) en “Hipoacusia neurosensorial del adulto mayor. Principales causas”, coinciden en que suele comenzar alrededor de los 60 años. Esta pérdida auditiva puede comprometer significativamente las habilidades comunicativas, generando consecuencias psicosociales como el aislamiento y la depresión.

En este mismo sentido, una investigación realizada en 2022 titulada “Análisis de correlación entre la audición y la flexibilidad cognitiva en una población adulta mayor de Sincelejo, Colombia” señala que la disminución progresiva en el número de células funcionales de la cóclea contribuye directamente a la pérdida auditiva. La presbiacusia, por tanto, representa un fenómeno multifactorial que no solo implica un aumento en los umbrales audiométricos, sino también una merma en la capacidad para comprender el habla, especialmente en entornos con condiciones auditivas adversas.

Isabel Varela- Nieto y Teresa Rivera en “Fundación General CSIC” (2010) exponen una clasificación de Presbiacusia vinculada a la estructura dañada, y es la siguiente:

- Presbiacusia sensorial: los cambios histopatológicos que se producen son una degeneración progresiva de las células sensoriales de la cóclea, siendo las más afectadas las células ciliadas externas(OHC). La modificación más precoz es la pérdida de estereocilios en las células ciliadas. El patrón audiométrico que encontramos en un paciente con una presbiacusia sensorial es una caída en frecuencias agudas. El audiograma de estos pacientes es muy similar al de la hipoacusia inducida por ruido. En la logaudiometría se puede observar una buena discriminación. Es posible que la presbiacusia sensorial dependa de una interrelación entre agentes nocivos ambientales y los genes que rigen la protección y reparación celular.

- Presbiacusia neural: se produce una atrofia del ganglio espiral (SG) y fibras nerviosas de la lámina espiral ósea, y ocurre fundamentalmente en la espira basal de la cóclea. El audiograma muestra una pérdida gradual de la audición con una afectación levemente mayor para las frecuencias agudas, aunque es logaudiometría la prueba decisiva, ya que lo que más se resiente es la discriminación de la palabra. Esta pérdida

perjudica a la calidad de vida, ya que se reduce, por ejemplo, la capacidad de disfrutar de una conversación en grupo en entornos ruidosos, lo que contribuye al aislamiento social del que la padece.

· Presbiacusia metabólica o estrial: puede comenzar desde la tercera década de la vida y va progresando gradualmente de una forma lenta. La disfunción de la degeneración de la estría vascular se ha considerado la causa subyacente de la presbiacusia metabólica. El patrón audiométrico de los pacientes con presbiacusia estrial es un audiograma plano, con afectación similar de todas las frecuencias, incluyendo también las frecuencias graves, a diferencia de los grupos anteriores. En la logaudiometría también se observan dificultades en la discriminación de la palabra. La presbiacusia estrial tiene un componente hereditario, y es más frecuente en mujeres.

· Presbiacusia conductiva coclear: no se ha correlacionado con cambios anatómicos evidentes, aunque se postula que existe rigidez de la membrana basilar y alteraciones en el ligamento espiral (SL), en concreto una pérdida de fibrocitos tipo IV que se encuentran adyacentes a la membrana basilar. El audiograma de los pacientes con este tipo de presbiacusia presenta hipoacusia neurosensorial bilateral con caída en frecuencias agudas. En la logaudiometría también se observan dificultades en la discriminación, aun cuando se aumente la intensidad.

· Presbiacusia central: se define como una disfunción central en la que se afecta fundamentalmente la inteligibilidad de la palabra. En general, se asume que las lesiones degenerativas centrales son secundarias y consecuencia de la pérdida de células sensoriales de la cóclea. La interpretación de este hecho es que hay una reducción de la influencia inhibitoria de la vía eferente olivococlear medial con el envejecimiento. La activación de esta vía puede ayudar a proteger a la cóclea del ruido, por lo que la degeneración del haz olivococlear medial disminuye la capacidad de los individuos mayores de protegerse del daño que el ruido pueda producir, y les hace más susceptibles al mismo. En la audiometría se observa una caída en las frecuencias agudas. La logaudiometría puede mostrar dificultades en la discriminación del habla.

Además de la clasificación expuesta, en función de la estructura dañada responsable de la hipoacusia neurosensorial, en el oído medio también pueden ocurrir

cambios degenerativos propios del envejecimiento. Álvarez de Cozar, F y colaboradores, en “*Libro blanco sobre la presbiacusia*” en el año 2013, señala:

En las personas mayores, en toda la periferia de la membrana timpánica se sedimenta un depósito cálcico que, a modo de círculo blanco, bordea todo el contorno, y se conoce como arco senil. Este y otros fenómenos de miringoesclerosis disminuyen la elasticidad de la membrana timpánica y su actividad funcional. La miringoesclerosis y la timpanoesclerosis – cuando existen– se hacen más patentes en la ancianidad; las placas de timpanoesclerosis atrapan la cadena de osículos y, principalmente, el estribo, y dificultan su desplazamiento.

La vejez ocasiona que en los osículos de la cadena aparezca osteoporosis, y que en las articulaciones ocurran alteraciones degenerativas en las superficies articulares típicas de la artrosis. Estos cambios que ocurren en la involución osteo-articular limitan la movilidad del conjunto de los sistemas de transmisión mecánica de la energía sonora, sistemas cuya concepción funcional ha sufrido cambios significativos. Además de los cambios artrósicos y de desmineralización, también se producen alteraciones del tono muscular, que disminuyen la eficacia de la contracción de los músculos del oído medio.

En la membrana timpánica, además de los posibles depósitos minerales, ocurren alteraciones vasculares con disminución del aporte sanguíneo y una pérdida de elasticidad por rigidez de la capa conectiva media de la membrana.

Se describen otros cambios debido a la involución por la edad: osificación del cuadrante coclear del fondo del conducto auditivo interno comprime y destruye las fibras cocleares a su paso por los pequeños orificios de la criba. Otros autores encontraron cambios genéticos que implican la pérdida de un segmento de ADN mitocondrial que aparece con la edad, y que podrían estar en relación con la presbiacusia.

En términos fisiopatológicos, la presbiacusia se origina fundamentalmente por la degeneración progresiva de las células neurosensoriales. Este proceso comienza con la pérdida temprana de las células ciliadas externas y continúa con la desaparición del órgano de Corti a medida que avanza la involución relacionada con la edad. No obstante, este deterioro no se limita a una única estructura: múltiples alteraciones del sistema auditivo periférico pueden coexistir, contribuyendo en conjunto al desarrollo de la sordera en la adultez mayor.

Asimismo, el sistema auditivo central también experimenta modificaciones significativas producto del envejecimiento. Entre estos cambios se incluyen la muerte neuronal, la reorganización y desorganización de circuitos neuronales, así como alteraciones en los neurotransmisores que regulan los sistemas activadores, moduladores e inhibidores. Estos procesos centrales, sumados a los cambios periféricos, explican que la pérdida auditiva en el adulto mayor tenga un carácter mixto, comprometiendo tanto la percepción como el procesamiento del sonido, particularmente del lenguaje.

Una de las manifestaciones clínicas más relevantes es la afectación de las frecuencias agudas, lo cual reduce considerablemente la percepción de las consonantes del habla, generando dificultades en la comprensión verbal. Dado que se trata de un cuadro progresivo, en las etapas iniciales los pacientes suelen presentar problemas para percibir sonidos agudos. Esto puede observarse, por ejemplo, en la dificultad para escuchar el timbre, el teléfono o las señales de alarma, lo que impacta negativamente en su vida cotidiana y en su seguridad.

Como consecuencia el sujeto no sólo encuentra dificultades en las conversaciones de tipo uno a uno, sino, sobre todo, al encontrarse en conversaciones grupales. A medida que el deterioro avanza se intensificarán los problemas para escuchar, comprender y discriminar las palabras en una conversación normal debido a que se afectan las frecuencias entre 500 Hz y 2000 Hz (frecuencias del espectro conversacional). Progresivamente se van afectando las frecuencias medias y finalmente afecta las graves. En un principio el paciente puede manifestar que oye pero que no entiende, especialmente en ambientes ruidosos. Empieza a disminuir la inteligibilidad del habla, presenta dificultades para extraer la señal del habla del ruido de fondo, alteraciones en la voz, volviéndose más baja y a veces vibrante.

Otros síntomas que pueden experimentar las personas con presbiacusia son: la algiacusia o audición dolorosa y acúfenos. Estos últimos se tratan de sonidos que únicamente son percibidos por el paciente, de forma uni o bilateral, de intensidad variable, que se perciben, al comienzo, solo por la noche, en ambientes silenciosos, hasta llegar a sentirse también en entornos ruidosos y cotidianos. (Tobar García, 2023).

Aunque los síntomas auditivos son los más relevantes, no debemos olvidarnos de otros síntomas asociados, como son los vestibulares, psicológicos y mentales. Los

síntomas vestibulares se presentan especialmente como alteraciones del equilibrio, por alteración no sólo del sistema vestibular, sino también por degeneración del sistema sensorial periférico y del sistema visual.

Otros síntomas no auditivos que pueden presentarse son: alteraciones de la memoria, cambios en los hábitos cotidianos, dificultades en la alimentación y la higiene, problemas de orientación espacial o temporal, dificultades de concentración, dificultades en el lenguaje, dificultades motrices, dificultades en la atención selectiva, en el reconocimiento de la señal acústica, disminuye la velocidad y agudeza en la elaboración de las respuestas.

La pérdida auditiva dificulta la participación en actividades de ocio para las personas afectadas, principalmente porque se sienten menos cómodas desplazándose físicamente por su entorno con una disminución de su audición. Los estudios sugieren que las personas con pérdida auditiva significativa reportan una actividad física menor y deteriorada, así como una marcha más lenta. Los mismos, han identificado una relación inversa independiente entre la audición y el control postural, que puede asociarse con dificultad para caminar y un mayor riesgo de caídas. Existe un riesgo aumentado de caídas en adultos mayores con hipoacusia relacionada con la edad de 2.39 veces más que el adulto mayor que no presenta hipoacusia (Sharma, Chern, & Golub, 2021). A su vez, incrementa los efectos de la degeneración de la memoria, produce un mayor desgaste en la atención e incrementa la fatiga.

El adulto comenzará a requerir que la conversación se desarrolle de forma más lenta, demandará la repetición de algunas palabras, pedirá que el hablante aumente el volumen de su voz y agradecerá que el tema que se esté tratando sea conocido para él, lo que le conducirá progresivamente al deterioro de su comunicación.

“El problema se presenta en situaciones de ruido ambiente, en grupo, o cuando se interactúa con varias personas a la vez. En estas situaciones, el presbiacúsico oye, pero no entiende, sufriendo una dificultad para la inteligibilidad de la palabra. En estas situaciones, y para no molestar y no hacer repetir al que habla, el paciente no participa de la conversación y se va aislando poco a poco. No pregunta, no entiende y no participa, lo que termina produciendo cambios en su personalidad”. (Álvarez de Cozar, F. et. al. 2013).

En resumen, podemos decir que la presbiacusia es un proceso multifactorial, que afecta en su globalidad la calidad de vida de una persona alterando los procesos mentales, emocionales, educacionales y ocupacionales. En el caso del adulto mayor esto puede traer consigo aislamiento, desinterés de las actividades diarias, así como frustración con los miembros de la familia y amigos, depresión, y posiblemente, deterioro cognitivo.

Capítulo 2: Deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Etimológicamente, el término "cognición" proviene del latín *cognitio*, que significa conocimiento. En términos generales, se refiere al conjunto de procesos mentales mediante los cuales el ser humano adquiere, organiza, almacena y utiliza información. Así, la cognición abarca desde funciones básicas como la percepción hasta procesos más complejos como el juicio y el razonamiento (Cuevas Jiménez, 2014).

Diversos autores, desde enfoques filosóficos y psicológicos, han abordado el concepto de cognición. Carl Marx, Lev Vygotsky y Jean Piaget, entre otros, han hecho importantes aportes sobre su desarrollo y comprensión, resaltando su carácter constructivo y dinámico.

Para De la Barrera (2010), la cognición implica una red interconectada de funciones mentales que posibilitan la interacción activa del sujeto con el entorno, permitiéndole adaptarse al mismo. En una línea similar, Beck define la cognición como el proceso mediante el cual se codifica, almacena y recupera la información, vinculado estrechamente a funciones superiores como la atención, la memoria, la percepción y la interpretación (Pose Zednicek, 2023).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) identifica distintos dominios cognitivos, los cuales pueden verse comprometidos con el envejecimiento, en forma aislada o combinada. Estos dominios son: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales (incluida la audición) y reconocimiento social.

El envejecimiento puede clasificarse como normal o patológico. El primero se caracteriza por un estado de bienestar subjetivo, funcionamiento adecuado en las dimensiones cognitivas y físicas, bajo riesgo de enfermedad y una participación activa en actividades sociales. En contraste, el envejecimiento patológico implica una trayectoria de deterioro, tanto a nivel funcional como cognitivo, con altos grados de dependencia.

La vejez representa una etapa de grandes transformaciones, con un declive progresivo en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. En este contexto, uno de los síntomas cognitivos más frecuentes, tanto en el envejecimiento normal como en el

patológico, es la alteración de la memoria. Este déficit puede interferir significativamente en el desempeño social, ocupacional y funcional de la persona mayor.

Durante el envejecimiento, el cerebro experimenta múltiples cambios fisiológicos que afectan la velocidad del procesamiento de la información, la atención y la percepción, en particular la auditiva (Grasso et al., 2017). En este sentido, el deterioro cognitivo puede definirse como un síndrome clínico que implica el compromiso de uno o varios dominios cognitivos, pudiendo surgir como consecuencia de diversas condiciones: enfermedades neurodegenerativas (como el Alzheimer, la demencia por cuerpos de Lewy o el Parkinson), trastornos psiquiátricos, daño cerebral traumático, infecciones, alteraciones metabólicas, consumo de sustancias, y pérdida auditiva, entre otras.

Existen también factores de riesgo anatómicos y psicosociales, tales como el sedentarismo, la malnutrición, el bajo nivel educativo, la falta de estimulación cognitiva, el aislamiento social y el envejecimiento cerebral natural. Estas condiciones, combinadas, pueden favorecer el desarrollo de deterioro cognitivo o demencia.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una condición que se sitúa entre el envejecimiento cognitivo normal y el síndrome demencial. Aunque puede representar una manifestación esperable del envejecimiento, también puede constituir una etapa prodrómica de enfermedades neurodegenerativas. Rosselli y Ardila (2012) afirman que el diagnóstico de demencia exige deterioro en más de una función cognitiva, incluyendo memoria, funciones ejecutivas o habilidades visuoespaciales, con un impacto significativo en las actividades de la vida diaria.

En ocasiones, el DCL puede coexistir con síntomas depresivos, lo que incrementa la probabilidad de progresar hacia una demencia (McCall & Kintziger, 2016). Esta combinación afecta negativamente la funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor.

El diagnóstico clínico de DCL, según Petersen (1995) y Flicker, Ferris y Reisberg (1991), se basa en la presencia de quejas subjetivas de memoria respaldadas por pruebas objetivas, sin deterioro funcional significativo ni evidencia clara de demencia. En este sentido, Ravaglia (2008) propone una clasificación del DCL en tres subtipos: (1) DCL amnésico, con afectación exclusiva de la memoria; (2) DCL no amnésico, con

compromiso de otro dominio cognitivo (como atención, lenguaje o funciones ejecutivas); y (3) DCL multidominio, con alteraciones en dos o más dominios.

Petersen (2011) distingue a su vez entre DCL amnésico (único dominio o multidominio) y DCL no amnésico (también único o multidominio), según la presencia o ausencia de afectación en la memoria.

En todos los casos, el DCL implica un riesgo aumentado de progresión hacia formas más severas de deterioro, con implicancias directas en la vida cotidiana de los adultos mayores. Entre los síntomas asociados se encuentran olvidos frecuentes, dificultades en la orientación, alteraciones del lenguaje, reducción en la capacidad de aprendizaje, y problemas en la toma de decisiones. Estos síntomas pueden generar un aumento en el riesgo de caídas, trastornos del estado de ánimo y dificultades en la interacción social.

Particularmente relevante para este trabajo es la alteración en la percepción y el procesamiento de la información auditiva. La pérdida auditiva, constituye un factor de riesgo significativo en el deterioro cognitivo, afectando la memoria, la atención, el lenguaje y otros dominios relacionados.

Numerosos estudios recientes han comenzado a establecer conexiones entre la pérdida auditiva relacionada con la edad (presbiacusia) y el deterioro de las funciones cognitivas en el adulto mayor. La evidencia sugiere que la disminución auditiva no solo afecta la comunicación y la calidad de vida, sino que también podría contribuir a la sobrecarga cognitiva, la reducción de la estimulación sensorial, el aislamiento social y, en última instancia, a un mayor riesgo de deterioro cognitivo. Por lo tanto, resulta indispensable examinar esta posible vinculación desde un enfoque integrador y actualizado, considerando sus implicancias tanto clínicas como sociales. En el próximo capítulo, se abordará específicamente la relación entre la presbiacusia y el deterioro cognitivo, con el objetivo de profundizar en los mecanismos subyacentes, los factores de riesgo compartidos y las oportunidades de intervención temprana desde el campo de la fonoaudiología.

Capítulo 3. Presbiacusia y su relación con el deterioro cognitivo.

En la última década, la literatura ha puesto de relieve el papel de la presbiacusia como factor de riesgo independiente y potencialmente modificable para el deterioro cognitivo y la demencia en las personas mayores, subrayando la necesidad de abordar de forma temprana y sistemática las deficiencias auditivas (You & Han, 2020).

Como se expuso en los capítulos precedentes, el envejecimiento conlleva alteraciones anatómicas, fisiológicas y neuroquímicas en los órganos sensoriales. Estos cambios repercuten, a su vez, en las funciones cognitivas superiores —entre ellas la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y la atención—, dificultando la comprensión del lenguaje más allá de la mera intensidad acústica del estímulo.

La Organización Mundial de la Salud señala que el envejecimiento se origina en una acumulación de daños moleculares y celulares que, a lo largo del tiempo, provoca un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales; entre las afecciones más prevalentes se encuentran la pérdida progresiva de la audición y el deterioro de la función ejecutiva (Lastre Meza, 2022).

Las personas mayores con pérdida auditiva presentan serias dificultades para decodificar el habla de su interlocutor, sobre todo en ambientes ruidosos, con habla acelerada o ante múltiples interlocutores simultáneos (Pinedo, 2023). Cuando el sistema auditivo está dañado y se expone a condiciones acústicamente complejas, la escucha exige un reclutamiento adicional de recursos corticales, lo que repercute en el modo en que el cerebro procesa la información en tareas cognitivas demandantes. Se ha planteado la hipótesis de que la falta de estimulación de las vías auditivas —sumada al esfuerzo atencional constante necesario para comprender el lenguaje— reduce la reserva cognitiva disponible.

En esta línea, Aguilera Quinto et al. (2024) sostienen que la audición deficiente agota los recursos cerebrales y condiciona la respuesta ante situaciones cognitivamente desafiantes. La pérdida auditiva vinculada al envejecimiento se asocia con una mayor activación de regiones frontales durante la comprensión del lenguaje, en compensación por la información acústica degradada. Así, el procesamiento de un estímulo sonoro empobrecido incrementa la carga cognitiva y acelera su deterioro.

La revisión bibliográfica indica que, cuanto mayor es la pérdida auditiva, menor es la funcionalidad global del adulto mayor afectado. El esfuerzo de escucha —entendido como la atención y la concentración necesarias para comprender el habla— debe mantenerse de forma permanente en quienes presentan hipoacusia. De acuerdo con Duran-Badillo et al. (2020), la disfunción auditiva se asocia a un incremento de la dependencia para las actividades de la vida diaria, en parte porque los cambios en el sistema auditivo alteran el control postural y, por ende, la movilidad.

Desde el punto de vista funcional, los sonidos de alta frecuencia (≥ 2000 Hz) son los primeros en perderse, lo que perjudica la comunicación y favorece el aislamiento social de las personas mayores. Esta situación es crítica, dado que la interacción comunicativa resulta imprescindible para actividades básicas —compras, selección de alimentos, relaciones sociales, uso del teléfono o desplazamiento— y su restricción contribuye al deterioro cognitivo (Duran-Badillo et al., 2020).

Pereda (2023) destaca, además, la carga emocional y social que la pérdida auditiva acarrea, pues incrementa la prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva y merma la participación en actividades recreativas y en la vida familiar. Variables como la pérdida de autonomía, el dolor crónico, la soledad y la falta de apoyo social exacerban dicho impacto.

Diversos estudios muestran que la hipoacusia leve-moderada entre los 50 y 75 años incrementa la probabilidad de deterioro cognitivo, mientras que la hipoacusia moderada-severa entre los 60 y 80 años eleva el riesgo de demencia. Ivern et al. (2017), en una muestra de 80 adultos mayores (65-85 años) evaluados con audiometría y cuestionario de Pfeiffer, comprobaron que la probabilidad de deterioro cognitivo aumenta con la gravedad de la pérdida auditiva. Un metaanálisis publicado en *The Lancet* reveló que incluso la hipoacusia leve incrementa la incidencia de deterioro cognitivo y demencia en sujetos inicialmente sanos (Livingston et al., 2017).

En un seguimiento a seis años, Lin et al. (2013) hallaron una relación lineal entre la severidad de la hipoacusia y la tasa de deterioro cognitivo: las personas con pérdida auditiva mostraron un declive cognitivo entre un 30 % y un 40 % más rápido, y un riesgo relativo del 24 % de desarrollar demencia, frente a quienes presentaban audición normal. De forma congruente, estudios de cohorte en México (Ugalde, 2011) e Italia (Cacciatore

et al., 1999) evidenciaron que la hipoacusia se asocia con mayores índices de discapacidad en las actividades diarias.

La práctica clínica actual recomienda realizar una audiometría a todo paciente que refiera dificultades auditivas o de comunicación. En caso de documentarse una hipoacusia > 40 dB, debe descartarse un déficit cognitivo mediante pruebas específicas, pues la pérdida auditiva constituye el factor de riesgo modificable más relevante para la demencia (≥ 40 dB). No obstante, los resultados de las pruebas cognitivas deben interpretarse con cautela, ya que variables como la capacidad auditiva, el nivel sociocultural o la situación socioeconómica pueden sesgarlos.

Un metaanálisis reciente sobre la «Asociación de audífonos e implantes cocleares con deterioro cognitivo y demencia» (Yeo et al., 2023) —31 estudios, 137 484 participantes— mostró que el uso de dispositivos de restauración auditiva reduce en un 19 % el riesgo de demencia y mejora un 3 % el rendimiento cognitivo a corto plazo. De manera paralela, un estudio de cohorte danés con 573 088 personas de ≥ 50 años comprobó que el riesgo de demencia es mayor en quienes presentan pérdida auditiva no corregida, subrayando la relevancia del tratamiento protésico (Cantuaria et al., 2024).

En Chile, Petermann et al. (2019) aplicaron el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) y un cuestionario de autoinforme auditivo a 1 384 adultos ≥ 60 años. Los resultados indicaron que cada incremento en la severidad de la pérdida auditiva aumenta un 59 % la probabilidad de deterioro cognitivo. Asimismo, Di Stadio (2021) propone que toda persona con clínica sugestiva de deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia sea evaluada audiológicamente, combinando PTA (promedio de tonos puros) y SPT (prueba de percepción del habla) y potenciales evocados auditivos, a fin de detectar y tratar precozmente la hipoacusia.

El Dr. Alexander Chern y colaboradores (2021) corroboraron que los sujetos con pérdida auditiva sin audífonos presentan un peor desempeño cognitivo que los controles normo-oyentes, mientras que quienes utilizan audífonos muestran puntuaciones similares a la población con audición normal. Este hallazgo refleja la relevancia de la corrección protésica no solo para la comunicación, sino también para la salud cerebral.

La pérdida auditiva sin diagnosticar puede conducir a una infra- o sobreestimación del deterioro cognitivo, dado que la mayoría de las pruebas neuropsicológicas se administran verbalmente y requieren procesamiento auditivo. Por ello, la evaluación interdisciplinaria —fonoaudiología, otorrinolaringología, neurología y geriatría— resulta indispensable.

En síntesis, la presbiacusia constituye la principal causa de alteración de la comunicación oral en la vejez y reduce la estimulación perceptual y cognitiva, elevando el riesgo de deterioro cognitivo. Cuanto mayor sea la pérdida auditiva, mayor será el grado de afectación cognitiva. Incluso con la discriminación del habla relativamente conservada, pueden observarse cambios neurales significativos en la corteza cerebral, lo que subraya la complejidad de esta interacción. Reconocer la salud auditiva como componente esencial en la prevención y el abordaje del deterioro cognitivo resulta, por tanto, una prioridad en el envejecimiento saludable.

Capítulo 4. Rol del fonoaudiólogo e importancia del trabajo interdisciplinario.

La discapacidad es una condición que cualquier persona puede llegar a padecer, aunque existen grupos etarios donde su prevalencia es mayor. En este sentido, los adultos mayores constituyen el 43,4 % del total de personas con alguna discapacidad, es decir, dos de cada cinco presentan alguna limitación funcional, siendo las discapacidades visuales las más frecuentes, seguidas por las físicas y auditivas.

La hipoacusia ocupa el tercer lugar entre las patologías que conllevan años de vida con discapacidad, luego de la depresión y las lesiones accidentales (Yamasoba et al., 2013). Por ello, es fundamental implementar un tratamiento lo más precoz posible. En el caso de adultos con presbiacusia, la intervención principal consiste en la amplificación auditiva mediante el uso de audífonos. No obstante, se ha demostrado que este abordaje debe complementarse con programas de rehabilitación auditiva que estimulen las habilidades auditivas, favoreciendo así una mayor inclusión y participación social (Chavolla-Magaña, 2013).

El *Informe mundial sobre la audición* de la OMS (2020) resalta la importancia de la prevención y rehabilitación de la pérdida auditiva, en el marco de los desafíos en el acceso a servicios y recursos. En dicho informe se subraya que la detección temprana es el primer paso esencial para tratar tanto la hipoacusia como las enfermedades relacionadas del oído. Los avances tecnológicos permiten, hoy en día, detectar alteraciones auditivas a cualquier edad y en múltiples contextos, incluso con recursos limitados y capacitación básica.

Un diagnóstico precoz aumenta significativamente las probabilidades de éxito terapéutico. Muchas enfermedades del oído pueden tratarse con intervenciones médicas o quirúrgicas, lo que en ocasiones revierte la pérdida auditiva. En casos de hipoacusia irreversible, la rehabilitación auditiva contribuye a mitigar sus consecuencias negativas, tanto a nivel individual como social.

La Asociación Americana del Habla-Lenguaje-Audición (ASHA) recomienda que los adultos sanos, sin signos de pérdida auditiva, se sometan a evaluaciones auditivas cada 10 años hasta los 50, y luego cada tres años. Para los grupos de riesgo —como los adultos mayores—, se aconsejan controles anuales a partir de los 60 años, dado que el envejecimiento implica un deterioro progresivo de la audición.

El manual *Atención integrada para las personas mayores (ICOPE)* de la OPS/OMS (2020) proporciona herramientas de tamizaje comunitario para detectar deficiencias en la capacidad intrínseca. Estas estrategias permiten actuar de forma temprana desde la atención primaria y, en caso necesario, derivar a especialistas, promoviendo así el seguimiento y la conservación de la funcionalidad en las personas mayores (Morros-González, 2023).

La tecnología auditiva ha demostrado ser efectiva y costo-efectiva. Sin embargo, su éxito depende de que se acompañe de servicios de apoyo y rehabilitación adecuados, enmarcados en un enfoque centrado en la persona, que involucre a su entorno familiar o social más cercano.

La adaptación protésica en adultos mayores requiere un abordaje cuidadoso. El rol del fonoaudiólogo resulta central en todo el proceso: desde la selección del dispositivo, pasando por los controles y calibraciones, hasta el acompañamiento terapéutico posterior. Los estudios iniciales, como la audiometría tonal y logaudiometría, permiten determinar la prótesis adecuada según la edad del paciente, el tipo de hipoacusia y la viabilidad económica del tratamiento.

La adaptación debe ser gradual: primero progresiva, luego permanente. En paralelo, es imprescindible evaluar e intervenir sobre las habilidades auditivas básicas (detección, discriminación, identificación, reconocimiento y comprensión) para lograr una integración exitosa (Neira, 2014).

El seguimiento personalizado en contextos reales de escucha es clave para ajustar tanto el dispositivo como las estrategias terapéuticas. Asimismo, el involucramiento de la familia y cuidadores facilita la incorporación del audífono en la vida cotidiana, promoviendo la autonomía y la participación social.

El profesional fonoaudiólogo también tiene la tarea de restablecer la habituación del usuario a los nuevos patrones de escucha, mediante acciones de rehabilitación auditiva orientadas a potenciar funciones deterioradas. Esta rehabilitación busca facilitar la adaptación a las prótesis, mejorar la comprensión del lenguaje y empoderar al paciente en su comunicación diaria.

El uso constante de audífonos en adultos mayores con hipoacusia ha demostrado beneficios relevantes para la calidad de vida, la salud general y el bienestar emocional. Asimismo, se observa una disminución en los síntomas de depresión y disfunción cognitiva. Por ello, el fonoaudiólogo debe brindar orientación clara sobre el funcionamiento, cuidado y beneficios del dispositivo.

Más allá de lo técnico, el abordaje debe ser integral, centrado en el usuario y sus contextos comunicativos significativos. El acompañamiento individualizado, considerando las características personales y sociales del adulto mayor, contribuye a fortalecer su independencia, confianza y participación.

Diversas experiencias en Ecuador han demostrado el impacto positivo de integrar actividades recreativas, ejercicios adaptados, arteterapia y estimulación cognitiva, junto con campañas de detección auditiva, en el bienestar emocional de adultos mayores con pérdida auditiva.

Dado que la presbiacusia afecta no solo la percepción sonora, sino que también se ve influida por factores extraauditivos —como el estado cognitivo, el entorno familiar, las interacciones sociales y la situación laboral—, se vuelve indispensable adoptar un enfoque interdisciplinario (Otero, 2024). La comunicación fluida y la retroalimentación entre profesionales permiten planificar estrategias efectivas y mejorar el bienestar del paciente.

Los adultos mayores con deterioro cognitivo deben ser evaluados audiológicamente, ya que una intervención auditiva temprana puede retardar su progresión y mejorar su desempeño funcional. La evaluación debe incluir estudios neurológicos, radiológicos y auditivos.

El abordaje interdisciplinario debe incluir profesionales como psicólogos, psiquiatras o geriatras, según las necesidades del paciente. Los cuidadores, por su parte, cumplen un rol esencial y deben ser integrados al equipo terapéutico (Livingston et al., 2020; Sardone et al., 2019).

La colaboración con psicólogos es especialmente relevante, dado el vínculo entre presbiacusia, depresión y deterioro cognitivo. El fonoaudiólogo tiene la responsabilidad

de proporcionar información clara y oportuna a las familias, empoderándolas para participar activamente en el proceso.

El trabajo conjunto de múltiples disciplinas, con objetivos compartidos, permite un abordaje más efectivo y comprensivo. Es imprescindible que los profesionales de la salud comuniquen adecuadamente los factores de riesgo de deterioro cognitivo, entre ellos la hipoacusia.

La intervención en la presbiacusia puede evitar o atenuar consecuencias propias de la demencia, al restaurar la estimulación cortical y prevenir el aislamiento social. Estudios recientes indican que la rehabilitación auditiva con audífonos o implantes cocleares mejora la función cognitiva global, la memoria, el desempeño en tareas y la participación social (Benet González, 2025). Se estima que tratar la hipoacusia puede reducir en un 9 % el riesgo de demencia (Álvarez de Cózar et al., 2013).

Como se ha argumentado en capítulos anteriores, la presbiacusia es un factor de riesgo importante para el deterioro cognitivo. Por tanto, la salud auditiva debe ocupar un lugar prioritario en las estrategias de prevención del envejecimiento patológico.

El artículo *Retomando los sonidos: Prevención de la hipoacusia y rehabilitación auditiva en las personas mayores* (2023) destaca la importancia de la audición como dominio esencial para preservar la independencia y la capacidad funcional a lo largo de la vida, contribuyendo a un envejecimiento saludable (Morros-González, 2023).

En un contexto de longevidad creciente, la presbiacusia se presenta como un desafío de salud pública. Es fundamental detectarla y tratarla precozmente, considerándola un posible indicador temprano de deterioro cognitivo (Quinto, 2023). Medidas preventivas como evitar la exposición a ruidos fuertes, utilizar protección auditiva y realizar controles regulares pueden reducir significativamente su impacto.

En este marco, resultan cruciales las políticas públicas que promuevan la salud auditiva en la vejez. Argentina ha sido pionera en reconocer los derechos humanos de las personas mayores, incluyendo el derecho a la salud y al bienestar. La Constitución Nacional de 1949 consagró los derechos de la ancianidad, que luego inspiraron la Proclamación de los Derechos de las Personas Mayores de la ONU (1948). En este sentido, la Resolución N° 753/2007 dio origen al Programa Nacional de Envejecimiento

Activo y Salud, que impulsa la promoción de la salud, la atención primaria, la capacitación de recursos humanos, el apoyo a investigaciones y el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil (Vizzotti, 2022).

Finalmente, estudios recientes (Beck et al., 2025) demuestran que la pérdida auditiva no tratada acelera el deterioro cognitivo en pacientes en situación de riesgo. En contraposición, el uso de audífonos tiende a enlentecer, e incluso a atenuar, dicho deterioro. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de brindar atención auditiva temprana y proactiva como parte integral de las estrategias de prevención de la demencia.

A modo de cierre entendemos que la presbiacusia no debe considerarse como una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino como un desafío abordable desde la prevención, la detección temprana y la intervención oportuna. A lo largo de este trabajo se ha demostrado que la pérdida auditiva en la vejez no solo afecta la comunicación, sino que también se vincula estrechamente con el deterioro cognitivo.

Conclusión

La evidencia recopilada a lo largo de este trabajo confirma que la presbiacusia es un factor de riesgo modificable para el deterioro cognitivo y, por extensión, para la pérdida de autonomía y bienestar emocional en la vejez. La disminución de la percepción auditiva incrementa la carga cognitiva porque el cerebro redirige recursos para descifrar mensajes sonoros, reduciendo su reserva para otras tareas superiores. A su vez, la privación sensorial favorece el aislamiento social y la sintomatología depresiva, dos variables sólidamente vinculadas con la aceleración del declive cognitivo (Benavides-Caro, 2017).

Frente a esta complejidad biopsicosocial, el abordaje exclusivamente clínico-farmacológico resulta insuficiente. Es indispensable una estrategia sanitaria que combine políticas públicas integrales con la actuación interdisciplinaria de fonoaudiólogos, geriatras, neurólogos, psicólogos y trabajadores sociales. Los programas de tamizaje auditivo sistemático, la accesibilidad a tecnología de amplificación y la rehabilitación centrada en la persona representan pilares esenciales para la detección y el manejo precoz de la hipoacusia.

Dentro de este entramado asistencial, el fonoaudiólogo se erige como pieza clave. Su labor abarca desde la evaluación audiométrica periódica y la adaptación protésica hasta el acompañamiento emocional del paciente y su familia durante el proceso de habituación a la nueva forma de escucha. Un seguimiento cercano, que contemple las dimensiones emocionales y psicosociales del adulto mayor, garantiza la adherencia al uso de audífonos y optimiza los beneficios cognitivos y socioafectivos del tratamiento.

El reto, sin embargo, trasciende la clínica: exige fortalecer la conciencia pública sobre la importancia del cuidado auditivo a lo largo de todo el curso de vida, especialmente en la tercera edad. Fomentar hábitos protectores (evitar la exposición a ruidos intensos, realizar chequeos regulares) y promover entornos sonoros accesibles constituye una inversión costo-efectiva para la salud colectiva.

En síntesis, integrar la salud auditiva en las agendas de envejecimiento activo y en los planes de prevención del deterioro cognitivo es una obligación ética y pragmática. Solo mediante una acción coordinada —basada en la evidencia, centrada en la persona y

sostenida por políticas inclusivas— será posible preservar la comunicación, la participación social y la dignidad de las personas mayores.

Como futuras fonoaudiólogas consideramos que la articulación con otros profesionales y la suma de políticas públicas inclusivas, resulta esencial para mitigar estos efectos y promover un envejecimiento activo y saludable. Integrar la salud auditiva en las estrategias de prevención del deterioro cognitivo no solo mejora la calidad de vida del adulto mayor, sino que también constituye una acción concreta hacia una sociedad más justa, empática y comprometida con sus mayores.

Referencias bibliográficas

Aguilera Quinto, S. D. (2024). La presbiacusia y su relación con el deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Científica Ciencia Médica*, 52-60.

Alonso, M. F. (2020, 8 de febrero). ¿Qué relación existe entre la pérdida auditiva relacionada con la edad y el deterioro de las funciones cognitivas? Recuperado de <https://www.psyciencia.com/perdida-auditiva-edad-deterioro-cognitivo/>

Álvarez de Cózar, F., et al. (2013). Libro blanco sobre la presbiacusia. GAES.

Andrade González, J. (2015). Presbiacusia: Adherencia al uso de audífonos en personas mayores [Tesis de licenciatura, Universidad de A Coruña].

Aragón-Torres, J., & Álvarez-Villaseñor, A. (2019). Hipoacusia y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 265-269.

Astudillo, J. K. J., Criollo, A., & Coello, L. (2018). Incidencia de presbiacusia en los usuarios del Hogar de los Abuelos 1 y 2 (Cuenca-Ecuador, 2017-2018) [Trabajo de titulación, Universidad de Cuenca].

Barba Lara, L. E. (2022). Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo: Estudio comparado. *Revista Eugenio Espejo*, 67-80.

Barrera, M. E. (2017). Asociación entre el uso de audífonos y la calidad de vida en adultos [Tesis, School of Advanced Education Research and Accreditation].

Beck, D. L., Darrow, K. N., Ballachanda, B., Brogan, N., Campbell-Foster, M., Clark, J. L., ... Turri, A. F. (2025, 6 de marzo). Untreated hearing loss, hearing aids, and cognition: Correlational outcomes. *Kirschaudiology*.

<https://kirschaudiology.com/untreated-hearing-loss-hearing-aids-and-cognitioncorrelational-outcomes-2025>

Benavides-Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.

Benet González, F. (2023). Hipoacusia y su relación con el deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años [Trabajo final de grado, Universitat de les Illes Balears]. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/162768>

Borbiconi, V. (2022). Uso de auriculares en la virtualidad en estudiantes de Estadística (UNR) durante la pandemia 2021 [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario].

Bustamante, V. C. M. (2014). Impacto del uso de audífonos para adultos en Chile. *Información Tecnológica*, 25(3), 177-184.

CA. B.-C. (2017). "Deterioro cognitivo en el adulto mayor". *Revista Mex Anest*: 107-112.

Cantuaria, M. L., Pedersen, E. R., Waldorff, F. B., et al. (2024). Hearing loss, hearing-aid use, and dementia risk in older adults. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2024.XXXX>

Carmona, S., & Zalazar, G. (2020). *Temas de neurofisiología en fonoaudiología* (1.ª ed.). Akadia.

Chavolla-Magaña, R. M. (2013). Ejercicio clínico-patológico. *Atención Familiar*, 20(1), 59-63.

Chern, A. G. (2021). Do hearing aids help prevent cognitive decline? *Laryngoscope*, 131(5), 1105-1106. <https://doi.org/10.1002/lary.29345>

Dawes, P., Wolski, C., Himmelsbach, I., & Hauer, K. (2019). Interventions for hearing and vision impairment to improve outcomes for people with dementia: A scoping review. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 203-221. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001406>

Di Stadio, A., & Ralli, M. (2021). Hipoacusia y demencia: Bases radiológicas y biomoleculares de sus características compartidas. *Neurological Sciences*, 42(5), 1915-1923. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04835-2>

Duran-Badillo, T., Salazar-Barajas, M. E., Hernández Cortés, P. L.,

- Guevara-Valtier, M. C., & Gutiérrez-Sánchez, G. (2020). Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica. *Sanus*, 11(1), 1-14.
- Ford, A. H. (2018). Hearing loss and the risk of dementia in later life. *Maturitas*, 112, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.004>
- García, J. C. (2015). La discapacidad auditiva: Modelos y ayudas técnicas para la intervención. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(2), 24-36.
- González Martínez, P. O. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista Neurología*, 72(8), 288-295.
- Gras, R., & Vidal, C. (2012). Personas mayores y audición. *Boletín de AELFA*, 32, 21-26.
- Grasso, L., Torrecilla, N. M., Moreno, C. B., & Aceiro, M. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *La Ley*.
- Griffiths, T. D. (2020). How can hearing loss cause dementia? *Neuron*, 108(3), 401-412. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.08.003>
- Hussain, B. A. (2017). Discapacidad auditiva, presbiacusia y posibles intervenciones terapéuticas. *Investigación y Terapia Biomédica*, 6(4), 1228-1245.
- Ivern, I., & Viladrich, C. (2017). Relación entre audición y cognición durante el envejecimiento: La escucha dicótica como instrumento de evaluación. *Revista de Investigación en Logopedia*, 7(1), 26-46.
- Jafari, Z. K., Gholami, M., & Jafari, A. (2019). Age-related hearing loss and tinnitus: Risk of dementia and outcomes of amplification. *Ageing Research Reviews*, 56, 100963. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100963>
- Jojoa Benavides, V. M. (2017). Programas de rehabilitación auditiva para adultos mayores con presbiacusia [Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana].

Lascano, M. J. (2018). Impacto social y emocional de la pérdida auditiva en adultos mayores. *Revista FASO*, 15(1), 29-35.

Lastre Meza, K. S. (2022). Análisis de correlación entre la audición y la flexibilidad cognitiva en una población adulta mayor de Sincelejo, Colombia. *Psicogente*, 25(47), 175-197.

Lin, F. R., et al. (2014). Association of hearing impairment with brain volume changes in older adults. *NeuroImage*, 90, 84-92. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.12.059>

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., et al. (2017). Prevention, intervention, and care for dementia: 2017 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 390, 2673-2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

López-García, I., Sánchez-Pérez, L. C., & Carrasco, J. E. (2023). Prevalencia de síndrome demencial y deterioro cognitivo en adultos mayores con hipoacusia. *Otorrinolaringología*, 73(1), 24-28.

Ma, E., Hernández-Díaz, A., & Hall-Dana, J. (2020). Envejecimiento biológico: Una revisión biológica, evolutiva y energética. *Revista Fesahanccal*, 6(2), 20-31.

Morínigo, S. M. (2024). Presbiacusia: Concepto y manifestaciones audiológicas [Trabajo de fin de máster, SAERA].

Morros-González, E., Méndez-García, M., & Gómez, L. (2023). Retomando los sonidos: Prevención de la hipoacusia y rehabilitación auditiva en las personas mayores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, eXX.

Neira, L. I. (2014). Acciones fonoaudiológicas en adultos mayores usuarios de audífonos. *Areté*, 14(1), 82-93.

Nixon, G. K., & Kitterick, P. T. (2019). Peripheral and central hearing loss and cognition: A review. *International Journal of Audiology*, 58(9), 541-552. <https://doi.org/10.1080/14992027.2019.1608694>

Öberg, M., Marcusson, J., Nägga, K., & Wressle, E. (2012). Hearing difficulties, uptake, and outcomes of hearing aids in people 85 years of age. *International Journal of Audiology*, 51(2), 108-115. <https://doi.org/10.3109/14992027.2011.625974>

Olea González, M. I. (2023). Hipoacusia, deterioro cognitivo y funcionalidad en el adulto mayor [Tesis de pregrado, Universidad de Chile].

Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe mundial sobre la audición. <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-hearing>

Otero, C. B. (2024). Trabajo interdisciplinario: Indispensable para optimizar los resultados de los implantes auditivos. *Auditio*, 8, 1-6. <https://doi.org/10.51445/sijauditio.2024XXX>

Panza, F., Solfrizzi, V., & Logroscino, G. (2015). Age-related hearing impairment and frailty in Alzheimer's disease: Interconnected associations and mechanisms. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 113. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00113>

Parada-Peña, K., Rodríguez-Morera, M., Otoy-Chaves, F., Loaiza-Quirós, K., & León-Quirós, S. (2020). Síndromes geriátricos: Caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 5(2), 201-210.

Petermann, F., Troncoso Pantoja, C., Martínez, M. A., et al. (2019). Los problemas auditivos aumentan el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 79(1), 9-17.

Pinedo, F. C. (2023). Correlación entre pérdida auditiva y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(1), 25-31.

Plomp, R. (1978). Auditory handicap and the limited benefit of hearing aids. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 63(2), 533-549. <https://doi.org/10.1121/1.381753>

Rimassa, C. (2016). Cognición: Denominador común para los estudios del lenguaje en las ciencias cognitivas. *Literatura y Lingüística*, 34, 325-348.

Rosselli, M., & Ardila, A. (2012). Deterioro cognitivo leve: Definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(2), 151-162.

Sharma, R. K., Chern, A., & Golub, J. S. (2021). Age-related hearing loss and the development of cognitive impairment and late-life depression: A scoping overview. *Seminars in Hearing*, 42(1), 10-25. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1725997>

Tamblay, N. V. (2008). Impacto social del uso de audífonos en adultos mayores. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 68(1), 21-26.

Tobar García, S. (2023). Presbiacusia: La pérdida auditiva en el envejecimiento. Conceptualización y propuesta interactiva de intervención [Monografía].

Torrente, M., & Álvarez, E. (2018). Evaluación de procesamiento auditivo y percepción sonora en sujetos con presbiacusia. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 78(4), 363-368.

Uchida, Y., Sugiura, S., & Nakashima, T. (2019). Age-related hearing loss and cognitive decline: Potential linking mechanisms. *Auris, Nasus, Larynx*, 46(1), 1-9.

Valdés-Pino, A., Martínez-Pérez, L., Álvarez-Martínez, M., & Cruz, R. (2024). Factores asociados al deterioro cognitivo en ancianos de un consultorio médico. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 30(1).

Valero-García, J., & Rodríguez, I. (2022). Presbiacusia y teoría de la mente: Limitaciones para comprender las intenciones del interlocutor. *Revista FIAPAS*, 188, 1-15.

Valero-García, J. V. (2015). Relación entre audición y cognición durante el envejecimiento: Estudio de una población geriátrica de Rosario. *Revista FASO*, 12(1), 45-52.

Varela-Nieto, I., & Murillo-Cuesta, S. (2010). Presbiacusia. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Völter, C., Götze, L., & Linder, T. (2020). Impacto de la pérdida auditiva en la evaluación geriátrica. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 2453-2467. <https://doi.org/10.2147/CIA.S270302>

Wimmer del Solar, J. D. (2020). Hipoacusia como factor de riesgo para la demencia. *Revista Médica de Chile*, 148(9), 1128-1138.

Yamasoba, T., Lin, F. R., Someya, S., Kashio, A., Sakamoto, T., & Kondo, K. (2013). Conceptos actuales sobre la pérdida auditiva relacionada con la edad: Epidemiología y mecanismos. *Hearing Research*, 303, 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021>

Yanireisi, B. K. (2021). Fragilidad social en el adulto mayor y la presbiacusia. En *Memorias de la I Jornada Nacional Virtual sobre Fragilidad* (pp. 45-52).

Yeo, B. S. Y., Song, H. J., Toh, E. M. S., et al. (2023). Association of hearing aids and cochlear implants with cognitive decline and dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurology*, 80(2), 134-141.

<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4601>

You, S., & Han, Y. (2019). Modelo de conocimientos, actitudes y prácticas en personas mayores con demencia y sospecha de discapacidad auditiva en Corea. *Audiology & Otology*, 23(3), 148-156.

Zednicek, E. P. (2023, 2 de febrero). Aaron Beck: El padre de la terapia cognitiva.

Recuperado de <https://neuro-class.com/aaron-beck-el-padre-de-la-terapia-cognitiva/>.