

Universidad FASTA

Facultad de Ciencias de la Educación

Licenciatura en Psicopedagogía

**Psicopedagogía y adulto mayor:
intervención psicopedagógica en el envejecimiento cognitivo y el
papel de la estimulación cognitiva**

Monografía

AMADO, Sofía Luján

Trabajo Final de Graduación para acceder al título de Licenciado en Psicopedagogía

Mar del Plata, noviembre 2023

Agradecimientos / Dedicatoria

Quiero dedicar y agradecer principalmente a mis padres y a mis hermanos por apoyarme en todo momento a lo largo de estos cinco años. Estos logros no hubiesen sido posibles sin ustedes.

También doy gracias a mi amiga Victoria, quien estuvo y está a mi lado desde el día uno (literalmente). Es un placer para mi haber recorrido esta etapa de la vida juntas.

A las amigas que conocí gracias a esta hermosa profesión, a las cuales hoy llamo colegas.

Por último, a todos los docentes de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad FASTA por contribuir a mi formación profesional.

Resumen /Abstract.

El objetivo del presente Trabajo Final de Graduación es describir el papel de la Psicopedagogía en el envejecimiento cognitivo.

Se estima que el porcentaje de adultos mayores aumentará en los próximos años. Por ello se han definido los términos de Envejecimiento y Adulto mayor, y se destaca la creciente mirada positiva sobre la vejez pasando de comprenderla como una etapa llena de pérdidas a un período caracterizado por la sabiduría, donde también se dan aprendizajes.

También se describen los cambios y alteraciones en los procesos cognoscitivos buscando caracterizar el perfil cognitivo en el envejecimiento fisiológico o ante la presencia de trastornos como el Deterioro Cognitivo Leve o las Demencias.

Se aborda la importancia de la evaluación neuropsicológica para determinar las áreas más preservadas y más afectadas en cada perfil personal y como punto de partida para la planificación del proceso terapéutico. Además, se destaca el papel de la Estimulación Cognitiva como terapia no farmacológica que contribuye al retraso o lenificación del deterioro cognitivo.

Se concluye que la vejez es parte del campo de intervención del profesional de la psicopedagogía, quien puede contribuir notablemente al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras claves: Psicopedagogía – Adulto mayor – Envejecimiento cognitivo – Evaluación neuropsicológica – Estimulación cognitiva

Índice de Contenido

Introducción	7
Capítulo 1. El adulto mayor: conceptualización y proyecciones	8
¿Qué se entiende por adulto mayor? Diversas definiciones.....	9
En búsqueda de un Envejecimiento saludable: una mirada positiva	10
Capítulo 2. Envejecimiento cognitivo normal	13
Perfil cognitivo del adulto mayor: principales cambios cognoscitivos	14
Funcionamiento cognitivo general (inteligencia).....	14
Atención	14
Percepción	16
Habilidades visoconstructivas y visoespaciales	17
Memoria	17
Lenguaje	19
Funciones ejecutivas.....	20
Velocidad de procesamiento	21
Capítulo 3. Envejecimiento cognitivo patológico	22
Trastorno neurocognitivo menor o Deterioro cognitivo leve.....	22
Trastorno neurocognitivo mayor o Demencia	25
Enfermedad de Alzheimer	25
Demencias vasculares	27
Demencia por cuerpos de Lewy	27
Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson.....	28
Demencias frontotemporales	28
Capítulo 4. Intervención psicopedagógica en el envejecimiento	29
La psicopedagogía frente a la vejez y el aprendizaje en el adulto mayor	30
La evaluación neuropsicológica en el proceso diagnóstico psicopedagógico....	32
Estimulación Cognitiva.....	34
Conclusión	40
Referencias	42

Introducción

El presente trabajo de graduación se realiza con el objetivo de explicar que la intervención psicopedagógica en la vejez es parte de las incumbencias profesionales del psicopedagogo/a y que desde ella se puede contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

Para ello se ha compilado información pertinente a partir de diversos estudios, investigaciones y monografías con respecto a la concepción del envejecimiento, los cambios cognitivos que suelen presentarse en esta etapa vital y de la vejez como campo de intervención de la psicopedagogía.

Primero se desarrollarán los conceptos de adulto mayor y envejecimiento, buscando delimitar y caracterizar a este rango etario conformado por todas aquellas personas mayores de 60 años. También se analiza y describe la situación actual y futura a nivel global y nacional sobre el porcentaje de adultos mayores, que se encuentra en aumento y provoca poblaciones cada vez más envejecidas.

A continuación, se explican las modificaciones que devienen del envejecimiento cognitivo normal, estudiado por neuropsicólogos como Alfredo Ardila. Así, se caracteriza el perfil cognitivo esperable de este grupo generacional describiendo los cambios que se presentan en las funciones cognitivas e intelectuales.

También se aborda el lado patológico del envejecimiento cognitivo, refiriendo a las patologías y las enfermedades neurodegenerativas más comunes en la vejez. Estas afectan directamente el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal.

Por último, se desarrollan el concepto de psicopedagogía como disciplina que aborda el proceso de aprendizaje en todas las edades. También se destaca su relación con las neurociencias (especialmente la neuropsicología) como fuente de información para la praxis psicopedagógica y se justifica su inclusión en el abordaje del adulto envejecido.

Además, se explica la importancia de la evaluación neuropsicológica para la realización del perfil cognitivo del geronte y se analiza la efectividad y el papel de la estimulación cognitiva para retrasar o mejorar las funciones intelectuales afectadas por el declive natural o debido a patologías.

Capítulo 1. El adulto mayor: conceptualización y proyecciones

En el año 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reportó que en Latinoamérica y el Caribe se espera un crecimiento de la población adulta mayor de un 71% para los siguientes 15 años, es decir, para el 2030. Esta expectativa es la más alta en comparación con aquella estimada para el resto de los continentes (como se citó en Benavides-Caro, 2017).

Además, según proyecciones realizadas por esta misma organización en su informe Perspectivas de la población mundial 2019 se espera que para el año 2050 el 16% de las personas posea más de 65 años de edad (ONU, 2019). También reporta que actualmente la expectativa de vida es de 72,2 años.

Esta proyección sobre el envejecimiento poblacional también se presenta en nuestro país. En Argentina en el año 2001 la cantidad de personas mayores de 60 años eran 4.871.957, representando un 13,5% de la población total del país. En el 2010 se observó un aumento de este rango etario: 14,3% de adultos mayores, lo que equivale a 5.725.838 personas con al menos 60 años según datos brindados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (como se citó en Dirección Nacional de Población, 2021).

Además, según estimaciones del mismo instituto la esperanza de vida irá aumentando con el paso de los años, pasando de 76,92 en el 2015 a 81,84 años de edad en el 2040 para la población argentina.

Se entiende por población envejecida a aquella en la cual “aumenta el porcentaje de adultos mayores (personas de 60 años y más) al tiempo que disminuyen el porcentaje de niños (menores de 15 años) y el de personas de edad de trabajar (de 15 a 59 años)” (Dirección Nacional de Población, 2021, p. 3).

Siguiendo el análisis de Ardila (2012), este aumento es causado por variados factores como los avances médicos y farmacológicos, mayor control en enfermedades infantiles y mejores condiciones nutricionales y de higiene.

INDEC (2021) destaca que, en comparación con otros países de América Latina, en Argentina el envejecimiento se da de manera más lenta. Esto no significa que el proceso de envejecimiento de la población cese, sino por el contrario afirma que este continuará en aumento.

Estas estimaciones y estadísticas reflejan que a nivel mundial se están presentado cambios demográficos que implican un crecimiento en la cantidad de adultos mayores en las poblaciones. Y este aumento tiene su impacto en lo económico, social y en el sistema de salud en los diferentes países.

Por ello, para continuar con este análisis, será necesario delimitar el término de adulto mayor y del envejecimiento.

¿Qué se entiende por adulto mayor? Diversas definiciones

Variadas organizaciones y autores se han interesado en conceptualizar qué es un adulto mayor. Resulta relevante delimitar el término para poder luego caracterizar este grupo etario.

Si se busca el término envejecer en los diccionarios podemos encontrar definiciones como: “Hacer viejo a alguien o algo; Dicho de una persona o de una cosa: Hacerse vieja o antigua; Permanecer por mucho tiempo” (Real Academia Española, s.f.).

También la palabra envejecimiento es definida por el Websters New Universal Unabridged Dictionary como “la acumulación de cambios en un organismo o un objeto con el tiempo”. Por otro lado, el Oxford English Dictionary lo explica como:

El conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. (como se citó en Alvarado García y Salazar Maya, 2014, p. 58)

Galeno, figura de la medicina antigua, sostuvo que “la vejez es de naturaleza intrínseca y se encuentra en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana” (como se citó en Rodríguez-Leyva et al., 2016, p. 46)

En 1950 el Doctor J. A. Huet, considerado un pionero de la gerontología francesa, incluía como persona de la tercera edad a todas aquellas que fueran

jubiladas, pensionadas o que ya no fueran consideradas como productivas, sin considerar la edad (como se citó en Rodríguez-Leyva et al., 2016). Esta definición fue posteriormente generalizada y utilizada para denominar a los individuos con al menos 60 años de edad cronológica, cómo expresan Fajardo (1995, como se citó en Rodríguez-Leyva et al., 2016) y Rozo et al. (2016).

Siguiendo lo expuesto por Ezpeleta, algunos autores caracterizan a la senectud como un proceso “progresivo, intrínseco y universal que acontece a todo ser vivo con el tiempo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente” (1996, citado por Rozo et al., 2016, p. 13).

Ortiz en el 2003 (como se citó en Rodríguez-Leyva et al., 2016) marcó que la palabra vejez es una terminología ambigua, ya que se utiliza sólo para designar al grupo poblacional de mayor edad que se encuentra vivenciando la última etapa vital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce como adulto mayor a los sujetos de al menos 60-65 años de edad, y define al envejecimiento como:

El proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (2009, como se citó en Alvarado García y Salazar Maya, 2014, p. 58)

Envejecer es un proceso que, como marca la OMS, es heterogéneo, es decir, se presentan diferencias interindividuales. Así, siguiendo a Rodríguez-Leyva et al. (2016) se destaca que la forma de envejecer varía según factores como son la calidad de vida, las circunstancias del entorno y la participación en tareas o proyectos. Esta heterogeneidad también se refleja en los cambios cognitivos e intelectuales de los adultos mayores.

En búsqueda de un Envejecimiento saludable: una mirada positiva

Es frecuente encontrar relacionada la palabra envejecimiento o vejez con los conceptos de déficit y de discapacidad. Y aunque varios estudios han demostrado

cambios a nivel físico, cognitivo y psicológico, no necesariamente la ancianidad está caracterizada por pérdidas.

Así se puede destacar la concepción de Erikson (1950), psicoanalista, ya que en su teoría del desarrollo plantea que la vejez es una etapa que comienza a los 65 años y en la cual la persona vivencia la crisis de integridad frente a la desesperación, siendo el resultado de esta la sabiduría y la prudencia. (como se citó en Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Otra mirada más positiva del término es aquella propuesta por Sánchez (1990, como se citó en Rodríguez-Leyva et al., 2016) al entender que la vejez también conlleva satisfacciones y, como Erikson, la relaciona con la sabiduría.

Alvarado García y Salazar Maya (2014) mencionan que en los últimos años ha comenzado a tomar más fuerza una visión positivista sobre el proceso de envejecer. Así destacan los términos de envejecimiento exitoso, envejecimiento saludable y envejecimiento activo, con la idea matiz de cambiar el enfoque negativo hacia el geronte.

Estos autores indican que el término envejecimiento exitoso fue planteado por Rowe (1987) para indicar “la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas” (p. 61).

La OMS en el año 1998 enuncia el concepto de envejecimiento saludable para referir a una “etapa que comienza mucho antes de los 60 años” (como se citó en Alvarado García y Salazar Maya, 2014, p. 61). Esta organización señala que este envejecimiento se logra si a lo largo del ciclo vital se opta por un estilo de vida y hábitos saludables.

Además, en el 2002 la OMS plantea que se debe de buscar alcanzar un “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, formulando así el concepto de envejecimiento activo. (como se citó en Alvarado García y Salazar Maya, 2014, p. 61). Es decir, un adulto mayor activo no es sólo aquel que se encuentra en un adecuado estado físico, sino que también se debe de incluir la participación en ámbitos sociales, culturales y económicos, según Alvarado

García y Salazar Maya (2014), con la perspectiva de mantener un nivel de autonomía y bienestar óptimos.

En resumen, el envejecimiento es un proceso propio del ser humano que comienza desde el nacimiento y no puede evitarse. Este se manifiesta de diversas maneras en las diferentes personas, según factores como el estilo de vida, nivel educativo, participación en actividades sociales, etc.

Dependiendo de la perspectiva con la que se la mire se la puede entender, por un lado, como una etapa de falencias, déficits y enfermedades donde la persona mayor pierde su capacidad de contribuir a la sociedad. En cambio, desde una visión más positiva, la vejez es comprendida como otra fase del ciclo vital que conlleva cambios en varias esferas, sin que ello signifique necesariamente la pérdida de una vida activa, autónoma y saludable.

Es inadecuado afirmar que el adulto mayor no vivencia cambios en su cuerpo y en su cognición a medida que envejece. Diversos estudios científicos han confirmado que el envejecimiento cognitivo suele implicar una serie de modificaciones en las funciones intelectuales, pero no siempre esto llega a adquirir un carácter patológico. Por ello, resulta relevante para este trabajo distinguir entre el envejecimiento normal o esperable y el envejecimiento patológico, y los cambios propios de cada uno.

Capítulo 2. Envejecimiento cognitivo normal

Como se menciona anteriormente, se acepta que la vejez conlleva una serie de cambios a nivel físico y psicológico, entre los cuales se incluyen aquellos que afectan al sistema nervioso y, por lo tanto, al funcionamiento cognitivo. Así lo plantea Berhardi (2005, como se citó en Rozo et al., 2016) sosteniendo que en la población adulta mayor se presentan cambios tanto funcionales como bioquímicos en el cerebro y en sus circuitos neuronales.

Horton (1997, como se citó en Rozo et al., 2016) considera como envejecimiento normal al proceso progresivo que provoca modificaciones en variados sistemas biológicos dado el paso del tiempo, los cuales no pueden ser atribuidos a alguna enfermedad que padezca la persona.

También Carrasco Calzada (2017) lo entiende como aquel envejecimiento en el cual la persona no presenta patologías mentales o biológicas, y además menciona que la no presencia de enfermedad no quiere decir que no existan modificaciones por el paso del tiempo.

La ancianidad trae cambios en el desempeño intelectual, pero esto no significa necesariamente perturbaciones cognitivas o el padecimiento de enfermedades neurodegenerativas.

Estas modificaciones cognitivas suelen encontrarse en la mayoría de las personas mayores, pero existen diferencias interindividuales dado diferentes factores como el nivel educativo, estilo de vida adoptado, el nivel socioeconómico, la presencia de patologías, etc. En este sentido, Ardila (2012) argumenta que estas diferencias pueden observarse en el hecho que mientras “algunos individuos presentan una caída anormal de las habilidades intelectuales (demencia), otros sujetos mantienen un funcionamiento relativamente normal (envejecimiento exitoso)” (p. 1).

Por lo tanto, la edad avanzada no necesariamente implica en todas las personas un descenso objetivable de las funciones cognitivas en su totalidad, éstas incluso pueden mantenerse integras e ilesas hasta el final de la vida (Torrades, 2004, como se citó en Rozo et al., 2016).

A continuación, se detallan las variaciones en los distintos procesos intelectuales que suelen presentarse en esta etapa vital a partir de los aportes e

investigaciones realizadas desde la neuropsicología, especialmente en base a aquellos hallazgos descritos por Ardila, quien realizó una revisión sobre los principales cambios en la vejez.

Perfil cognitivo del adulto mayor: principales cambios cognoscitivos

Funcionamiento cognitivo general (inteligencia)

La inteligencia es definida por David Weschler en 1944 como la “capacidad del sujeto para actuar con determinación, para pensar racionalmente y para relacionarse eficazmente con el entorno” (2012, p. 3). Igualmente, Villalba y Espert Tortajada (2014) sostienen que “es también saber adaptarse a las nuevas situaciones que el entorno nos presenta” (p. 88).

Es posible distinguir entre dos tipos de inteligencia: una cristalizada y otra fluida. La primera implica la facultad para utilizar las habilidades intelectuales y los conocimientos que ya han sido aprendidos con anterioridad. La segunda refiere a la aptitud que nos permite adquirir nuevos conocimientos y a la capacidad de adaptación a situaciones novedosas, a resolver problemas nuevos empleando información actual (Ardila, 2012; Villalba y Espert Tortajada, 2014).

Se han descrito diferencias en el rendimiento de los adultos mayores entre aquellas tareas que involucran a la inteligencia cristalizada y aquellas que implican a la inteligencia fluida, concluyendo que la primera suele encontrarse más conservada. Según Ardila “algunos de los componentes de la inteligencia decaen con la edad, en tanto que otros se mantienen estables e incluso incrementan con el transcurso del tiempo” (2012, p. 14).

Este neuropsicólogo señala que generalmente en las subpruebas que evalúan habilidades verbales (relacionadas con la inteligencia cristalizada) el rendimiento de los gerontes tiende a mantenerse estable o a incrementar. Por el contrario, marca que en la inteligencia fluida se da un rápido descenso, cuestión que se observa en las puntuaciones en pruebas psicométricas de razonamiento espacial y visomotoras.

Atención

García (2001) y Estévez (2003) sostienen que no es posible explicar qué es la atención en base a una sola definición ni atribuir su funcionamiento a una sola

estructura antónima ya que entienden a la atención como un proceso multidimensional (como se citó en Gamba-Rincón et al., 2017).

En general, se acepta que existe una pérdida en la capacidad de atención en la ancianidad. Se han descrito distintos tipos de atención, cada uno de ellos afectado en diferentes grados durante el envejecimiento y con distintas manifestaciones.

El arousal refiere al estado de vigilia que exige y prepara a la capacidad de atención para captar los estímulos internos o del ambiente externo, según expresa De la Torre (2002, citado en Villalba y Espert Tortajada, 2014), necesario para el funcionamiento adecuado de los procesos atencionales.

En comparación con los jóvenes, las personas de edad avanzada requieren focalizar en los estímulos más detalladamente para poder percibirlos adecuadamente, perjudicando su capacidad para distinguir la información relevante de la irrelevante, según describen Villalba y Espert Tortajada (2014).

Estos autores señalan una disminución en la atención selectiva, que se explica dada una mayor dificultad para inhibir el control del comportamiento durante la vejez. Indican que en tareas de memoria se presenta un aumento en la capacidad de distracción debido a la presencia de información irrelevante, caso que no sucedería con la atención visual dado que no se encuentra tan influida por el envejecimiento.

También Cabrera y Osorno-Chica (2013) reportan dificultades en actividades donde los adultos mayores deben de inhibir información que es irrelevante para la tarea, tanto si esta se presenta por el mismo o diferente medio sensitivo.

Tanto la atención dividida, entendida como la “capacidad de atender o realizar dos o más tareas de manera simultánea” (Villalba y Espert Tortajada, 2014, p. 86), como la atención mantenida o vigilancia declinan con la edad.

Craik (2004; como se citó en Ardila, 2012) demostró que los adultos mayores presentan un menor rendimiento en tareas de atención dividida, ya que producen una baja cantidad de respuestas correctas en estas actividades (29%) si se la compara con personas más jóvenes (83%).

El tiempo de reacción también se encuentra afectado negativamente. Ardila lo define como “el tiempo que media entre la presentación de un estímulo y la aparición de la respuesta correspondiente” (2012, p. 11), y sostiene que este

periodo de latencia va en aumento con la edad y es la principal característica del envejecimiento. Villalba y Espert Tortajada destacan que este tiempo puede reducirse a través de la práctica y del entrenamiento, por lo cual “abre la puerta a las tareas de neuroestimulación para evitar o ralentizar el deterioro cognitivo” (2014, p. 87).

Percepción

A nivel sensorial y perceptual se han reportado cambios significativos durante la vejez, los cuales pueden llegar a impactar en el rendimiento en otras habilidades intelectuales.

En general presentan una lentificación perceptual debido a una disfunción en la velocidad perceptual, según lo expuesto por Ardila (2012). La define como “la rapidez con la que se puede comparar dos estímulos, por ejemplo, determinar si dos figuras son iguales o diferentes” (p. 5). Sostiene que esta lentitud puede provocar disminuciones en el rendimiento en otras funciones neurocognitivas.

Ardila (2012) explica que la mayoría de los adultos mayores presentan pérdida de la visión cercana (hipermetropía) y cataratas, siendo estas las causas de la disminución en la agudeza visual. Agrega que dado que presentan “dificultades para adaptarse a la oscuridad y para discriminar diferentes niveles de iluminación” (p. 4), necesitan de mayor luz para poder observar adecuadamente, impactando negativamente en la visión.

También describe problemas en la exploración visual (alteraciones en los movimientos exploratorios y de seguimiento) que traen como resultado perturbaciones en la percepción. En algunas personas mayores se observan dificultades en el reconocimiento de figura-fondo y la discriminación tridimensional, según reportan Ardila y Rosselli (1989, como se citó en Ardila, 2012).

Además, Botwinck (1981) describe “dificultad en la integración de la información visual”, requiriendo mayor tiempo el momento de reconocer e integrar estímulos. (como se citó en Ardila, 2012, p. 5).

En el envejecimiento exitoso no suelen presentarse modificaciones a nivel del olfato y el gusto según Ardila. Es frecuente que presenten una disminución en la capacidad para reconocer formas a través del tacto, según lo reportado por el autor. De igual manera señala que es común que padezcan de hipoacusia.

Habilidades visoconstructivas y visoespaciales

Tanto las habilidades visoespaciales como las constructivas presentan deterioro en la adultez mayor.

La capacidad visoconstructiva es descrita por Villalba y Espert Tortajada (2014) como una habilidad perceptivo-motora compleja, es decir, que une la percepción con la actividad motriz, que nos permite llevar a cabo dibujos o construcciones en dos y tres dimensiones. Su funcionamiento es responsabilidad de las áreas frontal, parietal y occipital de la corteza cerebral. Esta habilidad suele encontrar alterada en edades avanzadas:

Tareas tales como ensamblaje con cubos, dibujo de figuras tridimensionales y complejas tienen un alto nivel de dificultad en personas de edad avanzada. Cuando la ejecución en estas tareas es dependiente del tiempo, las diferencias entre jóvenes y viejos aumentan considerablemente, mostrando que la lentificación motora al igual que el aumento en los tiempos de reacción son parcialmente responsables de los bajos puntajes que obtienen estas personas en tareas visomotoras. (Ardila, 2012, p. 5)

Presentan una menor capacidad de reconocimiento en figuras incompletas y errores en tareas de copia de figuras bidimensionales y tridimensionales, pobre integración y perseveraciones, según lo expuesto por el autor.

También se ha evidenciado un declive en las funciones visoespaciales a partir de la octava década de la vida. La capacidad visoespacial es aquella que se encarga de “detectar, diferenciar y seleccionar determinados estímulos visuales entre sí, y entender la localización de estos estímulos con respecto a nosotros mismos” (Villalba y Espert Tortajada, 2014, p. 87), por lo tanto, en la vejez se observan dificultades en tareas que involucren estas habilidades.

Memoria

Varios autores expresan que las principales quejas por parte de los adultos mayores, sus familiares y/o sus cuidadores refieren a pérdidas en la memoria, que se manifiestan en la vida diaria como dificultades para recordar, por ejemplo, donde dejaron un objeto o fechas especiales.

La memoria es definida como el “proceso neurocognitivo que permite registrar, codificar, consolidar, almacenar, acceder y recuperar la información, y que no constituye un proceso unitario, por lo tanto en el envejecimiento, se producen efectos distintos de cada tipo de memoria” (García-Molina, Tirapu-Urtároz, Luna-Lario, Ibañez y Duque, 2010, como se citó en Cabrera y Osorio-Chica, 2013, p. 1769).

En la vejez se observaría una menor capacidad de memoria y de aprendizaje, tal como lo expresa Ardila al afirmar que “se incrementa la tasa de olvido al tiempo que disminuye la capacidad para adquirir información” (2012, p. 6). También destaca que estas dificultades comienzan hacia los cincuenta años de edad, y progresan lentamente cuando el envejecimiento es normal. Caso contrario sucede en las demencias, donde el deterioro en la memoria es más rápido.

Como se menciona anteriormente, la vejez conlleva cambios diferentes en cada tipo de memoria.

La memoria sensorial es aquella que permite retener gran cantidad de información proveniente de los sentidos por un periodo de tiempo de hasta dos segundos. Vizcaya et al. (2018) destacan la investigación de Blasco y Meléndez (2006) quienes concluyeron que en la senectud se requiere de mayor tiempo en el proceso de transferencia de la información desde la memoria sensorial icónica (visual) y/o ecoica (auditiva) hacia la memoria a corto plazo.

La memoria a corto plazo refiere a un almacenamiento limitado de información (7 unidades aprox.) por un periodo de tiempo corto (entre 15-30 segundos). Martí-Nicolovious y Arévalo-García (2018) destacan que en general este tipo de memoria se mantiene estable en esta etapa vital, al igual que la memoria procedimental.

La memoria de trabajo (también llamada operativa) es definida como la “capacidad para procesar información mientras se mantiene en memoria reciente los resultados de ese procesamiento, las metas y las estrategias utilizadas” (Raz, 2000, como se citó en Ardila, 2012, p. 7).

Schneider y Pichona-Fuller (2000, como se citó en Ardila, 2012) sugieren que poseer una menor competencia para almacenar, monitorear y manejar información de manera simultánea, puede deberse a una disminución en la capacidad de memoria operativa, como sucedería en la vejez. Es esta memoria uno de los

procesos cognitivos más afectados en la senectud, debido al deterioro que sufre el lóbulo frontal en la vejez (Martí-Nicolovious y Arévalo-García, 2018).

A su vez, también podemos encontrar alteraciones en algunos aspectos que hacen a la memoria a largo plazo. En general, se sostiene que presentan un menor rendimiento y más errores en tareas de memoria de evocación mediante recuerdo libre. En cambio, el adulto mayor se ve beneficiado si la tarea requiere de reconocimiento o si el recuerdo se realiza por claves o guiado con ayudas. (Matallana y Montañes, 2005, como se citó en Gamba-Rincón, 2017; Blasco y Meléndez, 2006, como se citó en Vizcaya et al., 2018)

Se han descrito hallazgos de deterioro en la memoria episódica. Esta suele encontrarse disminuida en la adultez mayor existiendo dificultades para codificar la información de experiencias y eventos debido posiblemente a una lentitud en el procesamiento de los estímulos y de información sobre el contexto junto con déficits para acceder a los detalles de esa situación, según explican Montañes y Latorre Postigo (2004; como se citó en Cabrera y Osorio-Chica, 2013, p. 1770).

La memoria semántica no parece verse afectada en los adultos mayores. Ante una tarea que requiera recuperar información sobre hechos generales y conceptos, no presentan diferencias si se los compara con personas de menor edad. Así lo explican Cabrera y Osorio-Chica (2013) al afirmar que los gerontes son capaces de recuperar conceptualmente los recuerdos semánticos y que poseen una mayor evocación de información familiar frente a elementos novedosos.

No obstante, y como se explicará con mayor profundidad más adelante, estos autores afirman que se han descrito inconvenientes en la vejez para acceder a las palabras, fenómeno que se conoce como punta de la lengua y que afecta directamente a la fluidez verbal.

Por lo tanto, el paso del tiempo no implica un decremento en la memoria semántica, “por lo cual si estos procesos se afectan puede ser indicador importante de patología” (Cabrera y Osorio-Chica, 2013, p. 1771).

Lenguaje

El lenguaje es una de las funciones mentales que no suele verse gravemente afectada en el envejecimiento normal. Se presenta una mayor conservación de las habilidades verbales, las cuales son resistentes al paso del tiempo, según lo

expuesto por Ardila (2012). Existe, como se menciona anteriormente, una mejor preservación de la memoria semántica.

Botwinick, Wast y Storandt (1975, como se citó en Ardila, 2012) encontraron que los adultos a partir de los 65 años realizan definiciones correctas pero inferiores cualitativamente en comparación con la juventud. Es válido aclarar que otros estudios no han encontrado relación entre la calidad de las respuestas y la edad del evaluado.

“En general se acepta que los efectos de la edad sobre el lenguaje no son evidentes sino a partir de la octava década de la vida” (Ardila, 2012, p. 13).

Villalba y Espert Tortajada (2014) exponen que “las dificultades más frecuentes están relacionadas con el acceso al léxico o denominación, disminución de la fluencia verbal y dificultades en la comprensión de estructuras gramaticales complejas” (p. 88). Sostienen la existencia de latencias o momentos de duda al utilizar el lenguaje oral.

Explican que es habitual la presencia del fenómeno punta de la lengua, en el cual la persona es temporalmente incapaz de decir una palabra a pesar de manifestar que conoce aquella palabra que quiere reproducir y cuál es su significado, su definición. Ante esto, es común que los adultos mayores recurran a utilizar circunloquios para compensar este impedimento (Villalba y Espert Tortajada, 2014).

Estas pequeñas dificultades para recuperar las palabras del léxico y el aumento del tiempo para hacerlo repercuten en la fluidez verbal del adulto mayor, según lo señalado por Ardila (2012) y Cabrera y Osorio-Chica (2013).

Resulta relevante comprender, como destaca Ardila que estas conclusiones pueden no ser válidas para toda la población senil (en especial para los analfabetos) o para todas las culturas.

Funciones ejecutivas

Las habilidades de formación de conceptos, razonamiento lógico y abstracto, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, resolución de problemas, y los procesos atencional e inhibitorio se engloban dentro de las llamadas funciones ejecutivas. Por lo tanto:

Son un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente. (Villalba y Espert Tortajada, 2014, p. 87)

Cabrera y Osorno-Chica reportan que en las pruebas neuropsicológicas se presentan indicios de disfunción en el funcionamiento cognitivo durante el envejecimiento sano, describiendo una “excesiva rigidez mental, alteración de la atención, enlentecimiento del procesamiento de la información y dificultades para la toma de decisiones” (2013, p. 1771). Estos autores concluyen que todas estas modificaciones influyen en el aprendizaje de los adultos mayores, haciendo que el proceso sea diferente a otras etapas vitales.

Son los lóbulos prefrontales de la corteza cerebral quienes se encargan del funcionamiento de estas habilidades cognitivas mencionadas. Es justamente el lóbulo frontal la primera región que se ve afectada y deteriorada en el envejecimiento, según los hallazgos realizados por Lautner (2005, como se citó en Villalba y Espert Tortajada, 2014).

El deterioro más importante se da en las estructuras orbitales y mediales de la región prefrontal, donde se ubican las capacidades de la función ejecutiva, como marcan Villalba y Espert Tortajada (2014), y sus cambios y alteraciones se correlacionan con la degeneración de la sustancia blanca y los ganglios basales.

Velocidad de procesamiento

El envejecimiento conlleva una lentificación general de los procesos cognitivos, sensoriales y motores. Esto se refleja en el descenso del rendimiento de los adultos mayores en las tareas que dependen del tiempo (Ardila, 2012).

Villalba y Espert Tortajada adjudican esta lentitud a mecanismos neurobiológicos como la “disminución de la velocidad de transmisión entre las vías debido a una pérdida de mielina o pérdidas de células que enlazan los circuitos neuronales, así como un retraso en la propagación del impulso nervioso para conectar diferentes unidades” (2014, p. 87).

Capítulo 3. Envejecimiento cognitivo patológico

El envejecimiento patológico es entendido como “el deterioro físico e intelectual por el acúmulo sucesivo de daños por razones genéticas y hereditarias” (Peña, 2012, como se citó en Rozo et al., 2016, p. 13).

Guillén & Pérez (1994) definen al deterioro cognitivo como una “alteración de las funciones cognitivas superiores involucradas en el procesamiento de la información y el aprendizaje” (como se citó en Rozo et al., 2016, p. 13). Estos autores marcan que este envejecer anormal provoca perturbaciones en las funciones cerebrales necesarias para el aprendizaje.

También Carrasco Calzada (2017) describe que en el envejecimiento patológico se da la presencia de patologías y/o síndromes de enfermedades mentales o físicas.

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición (DSM-5) expone los criterios diagnósticos del Trastorno neurocognitivo mayor, el Trastorno neurocognitivo leve y el Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, entre otros, dentro la categoría diagnóstica Trastornos Neurocognitivos.

En esta última edición se realizaron modificaciones con respecto a la terminología utilizada en versiones anteriores del mismo manual. Dentro de esta se abarca la categoría Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos, mientras que el término Trastorno neurocognitivo mayor refiere a la Demencia y el Trastorno neurocognitivo menor al Deterioro Cognitivo Leve.

Por ello, se procede a describir las principales y más frecuentes patologías que afectan la cognición de los adultos mayores, buscando caracterizar el perfil general de cada una, sin perder de vista (como ya se ha dicho) la individualidad de cada persona mayor.

Trastorno neurocognitivo menor o Deterioro cognitivo leve

A lo largo del tiempo la conceptualización sobre el deterioro cognitivo leve (en adelante DCL) se ha modificado, dados los hallazgos encontrados en diversas investigaciones. Las primeras definiciones entendían al DCL cómo una etapa a la

cual le seguía necesariamente el padecimiento de la demencia o la enfermedad de Alzheimer.

Quién primero utilizó el término fue Reisberg y colaboradores en 1988 para describir cuadros con deterioro cognitivo que no podrían ser ubicados en las categorías existentes hasta el momento (Molina, 2016; Rodríguez y Gutiérrez, 2017).

Una definición altamente difundida y aceptada fue hecha por Petersen en 1999, quien la entendía como:

un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria (AVD) y sin que se cumplan criterios de demencia. Asimismo, establece que la alteración de la memoria es el problema principal y que el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas. (Rodríguez y Gutiérrez, 2017, p. 4)

En la actualidad existe consenso de que no en todos los casos de Deterioro Cognitivo Leve evolucionan hacia la enfermedad de Alzheimer ni que necesariamente tiene que existir una disminución en la capacidad de memoria.

Rodríguez y Gutiérrez (2017) destacan que las conceptualizaciones posteriores, incluyendo aquella realizada en el DSM-V, modifican las primeras definiciones, para pasar a comprender que también pueden verse afectadas otras áreas cognitivas además de la memoria.

Así en el DSM-V se establece que existe una disminución en una función cognitiva en comparación con estados anteriores que suele ser observada por la misma persona o por familiares. Además, este deterioro debe demostrarse objetivamente mediante pruebas neuropsicológicas. También señala que las actividades de la vida diaria si pueden presentar alteraciones, aunque estas son mínimas y no quitan autonomía, y que los signos y síntomas no pueden atribuirse a un cuadro de demencia. (APA, 2013, p. 335-336)

Petersen describe la existencia de diferentes subtipos de DCL, cada uno de los cuales afecta diferentes dominios cognitivos siendo este el criterio para diferenciarlos:

- Amnésico: se encuentra principalmente afectada la memoria episódica y semántica, por lo cual el adulto mayor presenta dificultades para consolidar y recobrar esos tipos de información (Ardila y Roselli, 2012). Algunos profesionales consideran este subtipo como una fase previa a la enfermedad de Alzheimer. Además, se encuentran preservadas el resto de las funciones mentales y la autonomía de la persona.
- Amnésico multidominio: Al igual que el subtipo anterior, la memoria se encuentra alterada, acompañada de dificultades en otros dominios, como el lenguaje o funciones ejecutivas.
- No amnésico: Rendimiento disminuido en función ejecutiva, lenguaje o visoespacialidad, mientras que la capacidad mnésica se encuentra preservada.
- No amnésico multidominio: Tampoco se encuentra alterada la memoria, pero sí al menos otros dos dominios cognitivos (Molina, 2016; Rodríguez y Gutiérrez, 2017).

Ardila y Roselli (2012) caracterizan el perfil neuropsicológico de las personas con Deterioro Cognitivo Leve, señalando que este tiene carácter heterogéneo, es decir que existen diferencias entre las diferentes personas y por lo tanto no todos los perfiles son iguales.

Estos autores sostienen que los procesos mnésicos en el DCL y la Enfermedad de Alzheimer se presenta una disminución o falta de estrategias de asociación semántica al momento de aprender palabras. También comentan que es frecuente la presencia de intrusiones en la tarea de recuerdo, a causa de un inadecuado almacenamiento de la información.

De igual manera indican que es necesario considerar que estas manifestaciones pueden observarse también en el envejecimiento normal, y que la diferencias “estaría fundamentalmente en el número de intrusiones más que la presencia de las mismas intrusiones” (p. 154)

Por otro lado, siguiendo a Brandt et al. (2009), ambos autores destacan que ante un deterioro cognitivo leve en el cual se encuentran alteradas principalmente

las funciones ejecutivas se observan desafíos en la planificación y resolución de problemáticas, disminución del control atencional y afección en la memoria de trabajo.

Trastorno neurocognitivo mayor o Demencia

Se describe al Trastorno neurocognitivo mayor como “un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social)” (APA, 2013, p. 334).

Además, el DSM-V establece que “los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos)” (APA, 2013, p. 334).

Estos trastornos suelen tener un carácter progresivo y degenerativo debido a una enfermedad que afecta al cerebro y que provoca un deterioro en los procesos intelectuales que no puede atribuirse a los cambios normales que devienen con la edad avanzada. Esto provoca dificultades para que el adulto mayor lleve una vida autónoma, viéndose afectadas las áreas social, laboral y personal del sujeto (Carrasco Calzada, 2017). Es decir, el adulto mayor ve limitada su capacidad para funcionar diariamente sin la necesidad del apoyo de cuidadores y/o familiares.

Tello-Rodríguez et al. (2016) marcan que estas dificultades que presentan para realizar tareas de la vida diaria es lo que lo diferencia del trastorno neurocognitivo menor.

Por último, el DSM-5 indica que los déficits cognitivos no se explican por un síndrome confesional ni por algún otro trastorno mental.

A continuación, se describen las alteraciones cognitivas que suelen padecerse debido a diferentes enfermedades que provocan este trastorno neurocognitivo mayor. Carrasco Calzada (2017) menciona a la Enfermedad de Alzheimer y a la Demencia Vasculare como las más frecuentes en la tercera edad.

Enfermedad de Alzheimer

Molina (2016) describe que en la Enfermedad de Alzheimer (EA) se ven afectadas las neuronas de las áreas corticales temporales debido a anomalías

de placas de amiloide y de ovillos neurofibrilares. Indica también que, con el paso del tiempo, la neurodegeneración progresa y comienza así a afectar otras regiones cerebrales.

Sostiene que en los relatos de los pacientes y sus cuidadores es habitual encontrar quejas sobre la pérdida de memoria, junto con apraxia, agnosia y una disminución en la capacidad de orientación temporo-espacial.

Por lo tanto, se exponen los cambios cognitivos que caracterizan a la demencia tipo Alzheimer, permitiendo así acercarnos a la caracterización del perfil de las personas que la padecen:

Miranda et al. (2015) describen un deterioro cognitivo global, donde predominan las alteraciones en la memoria con mayor déficit en la modalidad auditiva verbal y en la memoria lógica y pares asociados. Esta es la sintomatología más notable, y las dificultades en la capacidad mnésica son diferentes en cada tipo de memoria.

En la memoria episódica (aquella que almacena información sobre episodios y eventos con ubicación temporal y su relación espacio-temporal) se presentan “dificultades sistemáticas para recordar hechos recientes, conversaciones y aprender nuevas informaciones” (Molina, 2016, p. 322). El autor describe que en las pruebas psicométricas se hacen evidentes estas dificultades cuando la persona debe de almacenar y recuperar datos, por la creación de falsos recuerdos y por la aparición de intrusiones de tipo semánticas sin intención.

Además, se observa un déficit en “denominación y definición de objetos, de apareamiento imagen-palabra y para responder a preguntas de información general” (Molina, 2016, p. 323), viéndose así afectada la memoria semántica. Este deterioro en lo semántico también es afirmado por Miranda et al. (2015).

La Memoria operativa o de trabajo se ve afectada, presentando problemas para procesar y monitorear información de manera simultánea, por ejemplo, al conversar con otras personas o seguir una historia (Molina, 2016).

Otros procesos como la atención también se encuentran afectados.

Los procesos mentales superiores (lenguaje, praxias y gnosias) también se encuentran afectados en la demencia Alzheimer, según describe Molina (2016) y se detalla a continuación. En cuanto a las gnosias, las personas con esta demencia

padecen déficit para reconocer imágenes y objetos. También se presenta una agnosia de tipo asociativa. Así mismo, se presentan diversas apraxias como pueden ser la visoconstructiva, del vestir y/o ideomotora junto con dificultades en la utilización de gestos.

Este autor identifica dificultades en el lenguaje, el cual se ve severamente afectado en relación al avance del Alzheimer, pudiendo presentarse ecolalias, dificultades en el lenguaje comprensivo y mutismo. Además, sostiene que es esperable que ante la tarea de denominar un objeto utilicen el nombre de otro perteneciente al mismo campo semántico o describan la función del mismo.

Con respecto a las funciones ejecutivas, la flexibilidad cognitiva también se encuentra disminuida según Miranda et al (2015).

Demencias vasculares

Molina (2016) las define como “cuadros clínicos con un origen hemorrágico, isquémico o isquémico-hipóxico, donde el comienzo suele ser abrupto con un deterioro progresivo, con quejas somáticas y una cierta incontinencia emocional” (p. 324). Señala que en estos casos es común que las personas posean antecedentes como accidentes cerebrovasculares o hipertensión.

Al comparar el perfil cognitivo de personas que padecen demencia Alzheimer y las demencias vasculares Molina observa que la afección de la memoria episódica es superior en la primera y, por el contrario, en las demencias vasculares hay mayores alteraciones en las funciones ejecutivas viéndose afectadas la flexibilidad cognitiva, la atención, la velocidad de procesamiento y la fluencia verbal.

Por lo tanto, se desprende de lo planteado por el autor que tanto los antecedentes como el rendimiento en tareas que involucren las funciones ejecutivas pueden ser de gran utilidad al momento de realizar un diagnóstico diferencial, principalmente con la demencia Alzheimer.

Demencia por cuerpos de Lewy

Es provocada por la acumulación de neuritas de Lewy en diversas estructuras como la corteza cerebral y el tronco cerebral. Entre la sintomatología propia del cuadro Molina (2016) describe la presencia de alucinaciones, síntomas

parkinsonianos y alteraciones cognitivas en la atención, las funciones ejecutivas, la visoespacialidad y la memoria en las etapas más avanzadas.

Sostiene que su diagnóstico diferencial es complejo y por lo tanto resulta importante considerar que en las primeras fases de esta demencia se presentan síntomas motrices (que en otras demencias es típico durante etapas más avanzadas), y que, en técnicas de evaluación de memoria episódica verbal, ante una tarea de aprendizaje de palabras suelen realizar intrusiones semánticas.

Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson

Los hallazgos científicos describen que en esta enfermedad se observa un declive en la “velocidad de procesamiento de la información, el funcionamiento ejecutivo y capacidad visoperceptual” (Marañón et al., 2011; Hausdorff et al., 2006, como se citó en Miranda et al., 2015, p. 45).

Estos descubrimientos sobre los cambios neuropsicológicos en esta patología permiten diferenciarla de otras, como la Enfermedad de Alzheimer. En esta última hay mayor afección en las áreas de memoria y lenguaje, donde la capacidad atencional no se encuentra significativamente disminuida. En cambio, en la enfermedad de Parkinson si existe deterioro en tareas donde se ve involucrada la atención, la velocidad para procesar información y las capacidades ejecutivas según lo planteado por Miranda et al. (2015).

Demencias frontotemporales

Bajo este término se agrupan “las atrofas progresivas que afectan los lóbulos frontales y temporales” (Molina, 2016, p. 327). Las primeras manifestaciones de estas demencias son conductuales, mencionándose cambios en la personalidad, apatía, desinhibición, depresión, euforia, entre otros.

Molina (2016) describe que en la demencia frontotemporal existen alteraciones en las funciones ejecutivas, específicamente en la planificación, inhibición de la información, capacidad de abstracción y en la flexibilidad cognitiva. También se ve afectada la atención y las capacidades visoconstructivas.

Además, reporta deterioro en el área del lenguaje, dado que los adultos mayores con esta demencia presentan “anomia y parafrasis semánticas que en muchos casos no son evidentes en un comienzo” (p. 329).

Capítulo 4. Intervención psicopedagógica en el envejecimiento

La psicopedagogía, con una historia de tan solo 50 años en Argentina, es definida como la disciplina “que se ocupa del proceso de aprendizaje de todo el ser humano a lo largo del ciclo vital, desde el proceso de génesis o embarazo hasta su finalidad” (Salamone, 2014, p. 92).

Es así que la psicopedagogía tiene como objeto de estudio al aprendizaje, entendido éste como un proceso cuyo resultado implica cambios conductuales en la persona que aprende. En este sentido Salamone (2014) destaca a Cervino (2006), quien define al aprendizaje como:

El proceso de cambios de comportamientos y conductas del ser humano a lo largo de su desarrollo vital, que se opera por interacción con el medio ambiente socio-cultural, que se sostiene en el tiempo y se estabiliza, y que permite una adaptación a la realidad actual. (p. 92)

La psicopedagogía toma los aportes provenientes otras disciplinas, incluyendo entre ellas a las Neurociencias. Estas ciencias se ocupan de estudiar la relación cerebro-conducta.

Salamone (2014), quien destaca la importancia de la inclusión de las Neurociencias en el marco teórico del profesional de la psicopedagogía, menciona que estas disciplinas científicas complementan su intervención, ya que brindan información sobre el comportamiento de las personas en situación de aprendizaje (sean niños, adolescentes o adultos) y su correlación con los dispositivos básicos del aprendizaje neurofisiológico y las funciones mentales superiores.

La Neuropsicología estudia la “organización cerebral de los procesos cognitivos-comportamentales y sus alteraciones en caso de daño o disfunción cerebral” (Salamone, 2014, p. 93). Brinda a la labor psicopedagógica herramientas prácticas para los procesos de diagnóstico y tratamiento de los déficits y alteraciones cognitivas, sostiene la autora, incluyendo el trabajo con adultos mayores con envejecimiento cognitivo normal y patológico.

Esta ciencia también posee una concepción del aprendizaje, coincidente con aquella sostenida desde la psicopedagogía, entendiéndolo como

Un proceso adquisición de comportamientos y de conocimientos, habilidades y destrezas, originados por interacción del sujeto con el medio ambiente a partir de la experiencia, que se sostienen en el tiempo, de modo que se puede decir que, si no hay permanencia no hay aprendizaje. (Eusebio y Paterno, 2008, como se citó en Salamone, 2014, p. 94)

Entonces, la Psicopedagogía tiene como objeto de estudio al aprendizaje. Y las personas son capaces de aprender en todas las edades, incluyendo así a la vejez dentro del campo de intervención psicopedagógico.

La psicopedagogía frente a la vejez y el aprendizaje en el adulto mayor

En el imaginario social es posible encontrar la concepción de aprendizaje ligada a la educación formal y obligatoria que transcurre durante la etapa de la niñez y la adolescencia de una persona. Y, por lo tanto, también se encuentra la psicopedagogía ligada de manera exclusiva a esta formación escolar (Vicente y Vila, 2018). Pero esta concepción limita el rol del psicopedagogo/a.

Al ser la psicopedagogía un área de conocimiento que se ocupa del proceso de aprendizaje en todas las edades, dado que se aprende en todas las etapas del ciclo vital, no es únicamente el área escolar parte de su campo laboral y de intervención. Salamone (2014) marca que también los profesionales en psicopedagogía intervienen en el campo de la salud, investigación, forense, laboral, y en la tercera y cuarta edad, es decir, en la vejez.

Así lo indica Berge (2021) cuando marca que el quehacer psicopedagógico con el adulto mayor tiene implicación tanto en el ámbito de la educación como en el área de la salud. En el primero, destaca la tarea del profesional mediante espacios educativos para generar herramientas de prevención del envejecer con malestar e impulsar la resiliencia, así como esclarecer y reconstruir prejuicios y estereotipos vigentes sobre la vejez. Por otro lado, encarando la labor en el ámbito de la salud debe repensar e implementar variedad de estrategias, técnicas y métodos en sus intervenciones.

Vicente y Vila (2018) sostienen que esta concepción restrictiva que sufre el oficio también es perpetuada desde la misma profesión. Esto se refleja en una investigación realizada por Salamone en el año 2014 en la provincia de Santa Fe,

República Argentina, donde concluyó que sólo el 3% de los psicopedagogos entrevistados se desempeñaban profesionalmente con adultos de tercera y cuarta edad.

Por ello Vicente y Vila reflexionan sobre el quehacer con los gerontes, marcando que la psicopedagogía debe por un lado “incorporar la perspectiva del envejecimiento y la vejez a su práctica profesional” (2018, p. 37), y, por otro lado, sumarse desde su incumbencia profesional a equipos interdisciplinarios.

Sobre estos espacios de trabajo entre disciplinas, Berge (2021) argumenta que su finalidad debe ser:

generar situaciones de aprendizaje específicas, según las modalidades de aprendizaje, para promover un envejecimiento resiliente, apuntalando la detención y abordaje anticipado, de los factores psíquicos de riesgo que lleven a un envejecer con malestar, y promoviendo los factores psíquicos protectores en el envejecimiento. (p. 16)

También, siguiendo lo planteado por Vicente y Vila (2018), para eliminar el mencionado prejuicio, se destaca la importancia de que se incluyan en los programas de formación de los estudiantes a psicopedagogos conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y las incumbencias profesionales específicas en esta etapa vital.

Como se menciona anteriormente, en la actualidad se está observando un cambio de mirada sobre esta etapa vital donde comienza a entenderse que los adultos mayores también son personas activas y artífices de su vida, que se encuentran transcurriendo una etapa vital en donde se vivencian aprendizajes, como comenta del Valle Tutino (2020).

Frente a ello, este profesional sostiene que la psicopedagogía “se constituye como posibilitador del enseñar y del aprender a envejecer como eje central de la educación para Personas Mayores, focalizado en las potencialidades, los modos y los tiempos de cada una de sus capacidades” (p. 37). Es decir, debe potenciar un envejecer que sea “productivo, activo y feliz” (p. 37).

Siguiendo lo planteado por estos autores, la Psicopedagogía es capaz de contribuir notoriamente en la intervención del adulto mayor buscando mejorar su calidad de vida desde sus incumbencias profesionales.

Como expresan Vicente y Vila (2018) se debe partir de una mirada que tenga en cuenta que durante la adultez avanzada también se encuentra presente la potencialidad para el desarrollo y para el aprendizaje de manera permanente.

La evaluación neuropsicológica en el proceso diagnóstico psicopedagógico

Para Salamone (2014) el proceso diagnóstico es el eje de la intervención del profesional de la psicopedagogía. Así, la autora delinea de manera simplificada los pasos de este proceso:

Comienza con el motivo de consulta del paciente a partir del cual se realizan las primeras entrevistas y se elaboran hipótesis iniciales. Con estos datos obtenidos, se escoge la batería diagnóstica y se administras diversas técnicas (que pueden ser psicométricas, psicopedagógicas, proyectivas, etc.) y/o recursos (pruebas pedagógicas, informes de otros profesionales, observaciones clínicas, etc.).

A partir del posterior análisis e interpretación de los resultados de las pruebas se elabora el perfil cognitivo de la persona y se determina un diagnóstico (de existir uno), que es comunicado al paciente, familiar y/o profesional derivante en entrevistas de devolución y mediante el informe psicopedagógico escrito. En función del caso, se lleva a cabo un proceso de intervención terapéutico y/o derivación a otro/s profesional/es.

En este proceso, la evaluación neuropsicológica es clave como medio para obtener el perfil cognitivo de cada adulto mayor, identificar cambios en las funciones intelectuales distinguiendo entre procesos de envejecimiento saludable de casos patológicos, y como punto de partida para configurar la intervención terapéutica.

Portellano (2007, como se citó en Miranda et al., 2015) entiende a la evaluación neuropsicológica como una herramienta válida para realizar descripciones de los perfiles cognitivos de cada persona, perfil a partir del cual se debe planificar la posterior intervención, siendo este su objetivo principal.

Siguiendo lo planteado por Molina (2016), se puede afirmar que el principal objetivo de la evaluación neuropsicológica es arribar a un diagnóstico y realizar un

seguimiento de las funciones cognitivas, pudiendo establecer cuales se encuentran disminuidas o por debajo de lo esperado, y aquellas que permanecen preservadas.

También destaca que “la evaluación neuropsicológica cumple un rol fundamental en el proceso de diagnóstico de las demencias, objetivando el Deterioro Cognitivo, entregando información sobre la autonomía de los pacientes y cumpliendo un rol indispensable en el seguimiento de estas enfermedades” (p. 319).

En este sentido, Arroyo-Anlló (2003) señala que la evaluación neuropsicológica también es clave para guiar la planificación de programas de estimulación cognitiva y para ajustar los objetivos terapéuticos planteados durante su aplicación, dada la heterogeneidad de los perfiles cognitivos de los pacientes mayores y su evolución con el paso del tiempo (como se citó en Ruiz-Sánchez de León, 2012).

Entonces, ¿qué debemos de tener en cuenta al momento de realizar una evaluación neuropsicológica? Según Molina (2016) debemos de considerar variada información de la persona: cuál es el motivo de consulta y su origen, cuales son los cambios a nivel cognición y conducta que está experimentando, el orden de aparición y el grado de conciencia de los mismos y la manera en que se manifiestan en el día a día.

Se suma el hecho que esta información de la historia clínica del sujeto será de gran relevancia al momento de integrarla con aquella adquirida en el proceso evaluativo.

También este autor establece que al momento de elegir la batería de pruebas neuropsicológicas que se utilizará para evaluar se deben de considerar variables como el nivel educativo y posibles alteraciones sensoriales dado que estas son frecuentes en este grupo generacional.

Jiménez-Puig et al. (2021) plantean un posible orden en este proceso evaluativo. Sostienen que las quejas mnésicas son las más frecuentes en los adultos mayores de edad y por ello debería iniciarse la exploración neuropsicológica por este dominio. Luego, se debería continuar con la administración de pruebas de cribaje y detección que servirán para dar indicios de deterioro. De ser así, se debe proceder con una evaluación mediante pruebas específicas por dominios para establecer aquellas funciones cognitivas que se encuentran preservadas y cuales

están descendidas (Montenegro et al., 2012, como se citó en Jiménez-Puig et al, 2021).

Por ello, estos investigadores realizaron una revisión sistemática sobre los instrumentos de evaluación neurocognitiva más utilizados en la última década en las personas adultas mayores. Así mencionan el Minimal State Examination (MMSE), el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), Montreal Cognitive Assessment (MoCa) y el Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG), el Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), el Memory Binding Test (MBT).

Además, se mencionan otras pruebas neuropsicológicas utilizadas en algunas investigaciones: la Batería de Exploración Neuropsicológica NEUROPSI (Mías et al., 2017; Salazar Pérez y Mayor, 2020), la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (Blessed, Tomlinson y Roth, 1968, como se citó en Molina, 2016; Rozo et al., 2016), Figura Compleja de Rey, Test de Denominación de Boston, Test de fluidez verbal semántica y Test de fluidez verbal fonológica, varios de ellos con adaptación y baremos argentinos (Mías et al., 2017).

No obstante, Jiménez-Puig et al. indican que no existe consenso acerca de cuáles son las pruebas o técnicas más adecuadas para evaluar en la vejez.

Molina (2016) señala que es todavía tarea “pendiente desarrollar pruebas específicas considerando los factores socioculturales de cada país” para que así estas sean “herramientas con alta sensibilidad y especificidad” (p. 329).

En resumen, como sostiene Herreras (2008, como se citó en Miranda et al., 2015), es la caracterización del perfil individual el punto de partida para la planificación del tratamiento y/o rehabilitación del adulto mayor. Y es la evaluación el medio para perfilar las distintas competencias cognitivas y determinar si se encuentran preservadas o, en cambio, diagnosticar el grado de déficit en las mismas y su repercusión en las actividades cotidianas.

Estimulación Cognitiva

Ante los cambios a nivel cognoscitivo que se experimentan en la vejez, ya sea a causa de enfermedades o debido a las modificaciones propias de esta etapa vital, la estimulación cognitiva se presenta como una intervención beneficiosa, para la cual el psicopedagogo se encuentra capacitado para llevar a cabo.

Villalba y Espert Tortajada realizaron en el 2014 una revisión sobre la estimulación cognitiva, donde la definen como:

El conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan programas de entrenamiento cognitivo. (p. 74)

Es una terapia no farmacológica que es utilizada principalmente desde la neuropsicología como forma de intervención que busca potenciar ciertas habilidades intelectuales para lentificar el deterioro cognitivo en casos de demencia o retrasar el impacto del envejecimiento fisiológico en ellas (Von Humboldt & Leal, 2013; Tárraga & Boada, 2003, como se citó en Rozo et al., 2016).

Resulta relevante para evitar confusiones, distinguirla de la rehabilitación cognitiva. El segundo término refiere al “conjunto estructurado de actividades terapéuticas especialmente diseñadas para reentrenar las habilidades de aquellos individuos que han sufrido algún tipo de déficit cognitivo tras una lesión o enfermedad (sea daño cerebral estructural o funcional)” (Villalba y Espert Tortajada, 2014, p. 83).

Por lo tanto, lo que constituye la diferencia entre ambas formas de intervención es que la rehabilitación cognitiva está destinada a recuperar algunas funciones que la persona había aprendido o desarrollado adecuadamente en algún momento de su vida, pero que luego se vio alterada o fue perdida. Debido a ello es que estos autores afirman que la rehabilitación no es adecuada para aplicarse en sujetos que padecen enfermedades neurodegenerativas dado que en estos casos se busca lentificar el deterioro cognitivo patológico y no recuperar el funcionamiento dañado.

Ruiz-Sánchez de León (2012) enuncia dos recomendaciones principales al momento de llevar a cabo la estimulación cognitiva. Primero, indica que esta debe de realizarse individualmente o en grupos pequeños y lo más homogéneos posibles, para que las estrategias puedan utilizarse de manera independiente al área

cognitiva que se busca mejorar. Resulta válido aclarar que es posible que no siempre el psicopedagogo pueda trabajar con grupos reducidos debido a “la masificación de los servicios públicos y privados [que] obliga a muchos profesionales a optar por intervenciones grupales, reduciendo así la efectividad de las mismas” (p. 60).

La segunda refiere a que las tareas de estimulación y el material que el profesional elija deben de estar fundamentados por un modelo teórico válido acerca de cómo funciona el sistema cognitivo, para que esta no sea solo repetición de ejercicios arbitraria. Si así fuera no podríamos hablar de una intervención terapéutica sino de un “mero pasatiempo” (p. 61).

Además, este autor formula ciertas consideraciones generales al momento de planificar sesiones con las personas de tercera edad: sostiene que se debe comenzar el encuentro con tareas sencillas para evitar la frustración del adulto mayor, aumentando la dificultad hacia la mitad y disminuyendo nuevamente hacia el final. Frente a las tareas más complejas, las instrucciones deben ser claras y simples y el material debe ser lo más ecológico posible para cada paciente en particular. (Fernández, 2001; Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustárroz, 2004, como se citó en Ruiz-Sánchez de León, 2012)

En general, se acepta que la estimulación cognitiva y los programas de estimulación neuropsicológica son efectivos para lograr un mejoramiento en el rendimiento cognitivo en los adultos mayores. Para demostrar esto, se han realizado una gran cantidad de estudios en diversos países.

Uno de ellos fue realizado por Rozo et al. (2016) con el objetivo de caracterizar el perfil de un grupo de 20 adultos mayores de 60 años de edad, que presentaban envejecimiento normal y se encontraban alfabetizados e institucionalizados, antes y después de que estos participaran de un programa de estimulación de las funciones mentales superiores, durante 3 meses con una frecuencia semanal de 3 días en la Ciudad de Bogotá.

El estudio demuestra una mejoría estadísticamente significativa en el rendimiento cognitivo de aquellas personas que había participado del programa, en comparación con los resultados de la evaluación pre-intervención y con el grupo comparación. Se concluyó que una de las áreas con mayor aumento de desempeño fue la atención y que, aunque no se presentaron cambios relevantes en las

funciones ejecutivas y las praxias, la estimulación cognitiva contribuyó a un mantenimiento en el nivel de rendimiento.

Otra investigación fue llevada a cabo en el año 2020 en Cuba por Salazar y Mayor, quienes se plantearon “determinar el efecto que tiene la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores” (p.1) en 18 personas entre 60 y 85 años institucionalizadas, sin enfermedades neurodegenerativas ni alteraciones visuales o auditivas. El programa se realizó en 20 sesiones de una hora de duración y abarcó diversas áreas cognitivas: orientación, memoria (corto y largo plazo), atención, lectoescritura y las funciones ejecutivas.

Concluyeron que la estimulación “tuvo un efecto medianamente positivo sobre las funciones cognitivas” (p. 7) dado que ciertos dominios presentaron cambios significativos (como la atención focalizada y selectiva, la memoria inmediata, memoria verbal, memoria a largo plazo, comprensión y fluidez verbal y las funciones ejecutivas) y en otros no se evidenciaron efectos relevantes luego de la intervención (orientación, cálculo, escritura y memoria viso-espacial)

Ríos-Silva (2023) también estudió y comprobó cómo la estimulación desde un enfoque neuropsicológico puede mejorar las funciones mentales en la población peruana adulta mayor que había sufrido maltrato emocional. Esta investigación contó con un grupo estudio de 25 adultos mayores que durante 20 sesiones virtuales se les administró el programa.

Los resultados del mismo indican que existió una diferencia significativa entre los pre y post test luego de la puesta en práctica, lo que demuestra el éxito del programa neuropsicológico para estimular las capacidades mentales en este grupo, que incluyeron la orientación espacial y temporal, memoria, atención, cálculo, lenguaje a través de la escritura y la lectura y praxias visuales y de construcción.

Como queda evidenciado en los estudios anteriormente mencionados, el grado de eficacia y los efectos de la estimulación cognitiva varían en las diferentes investigaciones. Pero a pesar de ello, y en general, los hallazgos descriptos dan validez a la hipótesis de que las funciones mentales que pueden verse disminuidas en la vejez son susceptibles de estimularse para su mantenimiento y/o mejoramiento, buscando lograr el bienestar del adulto mayor.

Los programas de estimulación cognitiva tienen como base científica de su efectividad en, principalmente, dos condiciones del sistema nervioso: la neuroplasticidad y la reserva cognitiva.

La neuroplasticidad es definida por Shand y González (2003) como:

La capacidad que tiene el sistema nervioso para generar nuevas dendritas y sinapsis por las neuronas remanentes, manteniendo así la eficiencia de circuitos neuronales degenerados, e incluso haciendo posible la suplencia de disfunciones por lesiones concretas en otras áreas neuronales. (como se citó en Rozo et al., 2016, p. 13)

Kolb et al. (2011) determina que la plasticidad cerebral es la “capacidad del sistema nervioso para cambiar su estructura y su funcionamiento a lo largo de su vida como reacción a la diversidad del entorno” (como se citó en Villalba y Espert Tortajada, 2014, p. 76).

Ambas definiciones describen que el cerebro del ser humano posee una propiedad que le permite reorganizarse y volver a estructurarse ante lesiones, daños o enfermedades, en pos de mantener el funcionamiento cognitivo más óptimo posible.

La neuroplasticidad permite y justifica las actividades que se llevan a cabo en los programas de estimulación, dado que el cerebro puede modificarse estructural y funcionalmente si es estimulado permanentemente mediante la práctica y la repetición de ejercicios adecuados, permitiendo un mejor rendimiento de las habilidades cognitivas (García, 2004, como se citó en Rozo et al. 2016).

Siguiendo lo planteado por Stern en 2002, la neuroplasticidad se ve reflejada en la reserva cognitiva del individuo. (como se citó en Rozo et al., 2016)

A la “capacidad en el individuo para hacer frente a las alteraciones del sistema nervioso ocurridos en la vejez, mediante el uso de estrategias cognitivas compensatorias y el empleo de redes neuronales alternativas” (Rozo et al, 2016, p.13) se la denomina reserva cognitiva.

Arenaza-Urquijo y Bartrés-Faz la entienden como “la capacidad individual para la utilización de procesos cognitivos o redes neurales preexistentes o

alternativas (compensatorias) para la realización óptima de una tarea”. (2014, como se citó en Carrasco Calzada et al., 2017, p. 163)

Carrasco Calzada et al. (2017) afirman que esta tolerancia al impacto negativo de estados patológicos y del envejecimiento normal es resultado de variables que contribuyen a su aumento. Entre ellos mencionan el nivel educativo del adulto mayor, el ejercicio físico, la participación en actividades cognitivas y de ocio que representen un desafío intelectual y un estilo de vida saludable y socialmente comprometido.

Estos factores provocan que exista una mayor demanda cognitiva y mayor uso de las habilidades intelectuales, por lo tanto, “permite el fortalecimiento de los senderos neuronales y el aumento de la actividad sináptica, haciendo que el cerebro permanezca joven, saludable y logre un blindaje contra el deterioro neurodegenerativo” explican Rozo et al. (2016, p. 13).

Siguiendo lo planteado por Stern en el 2009, estos autores destacan que esa reserva le permite al cerebro afrontar, disminuir y/o retrasar los efectos derivados del envejecimiento fisiológico o de aquellos causados por patologías. Así, entienden que esta reserva, si es alta, actúa como factor protector ante el declive y también lentificando la aparición de la sintomatología ante la presencia de una demencia.

Sin embargo, aclaran que esta capacidad compensatoria no evita que se presenten los síntomas patológicos, sin importar el nivel de reserva cognitiva del adulto mayor. Al retrasarlos, la manifestación clínica de las patologías se presentará cuando esta se encuentre en estados más avanzados donde ya no le sea posible utilizar las redes alternativas como compensación (Pousada y De la Fuente, 2006, como se citó en Carrasco Calzada et al., 2017).

Conclusión

Ha sido el objetivo de este trabajo describir y destacar el papel de la psicopedagogía en el proceso de envejecimiento de los adultos mayores, abarcando bajo este concepto a aquellas personas cercanas a los 60 años que experimentan cambios físicos, cognitivos y sociales.

La psicopedagogía, que tiene como objeto de estudio el proceso de aprendizaje, entiende que este no es exclusivo de un rango etario, sino que es transversal a todas las etapas vitales, incluyendo así a las personas de la tercera y cuarta edad dentro de sus destinatarios.

Dado el envejecimiento acelerado de las poblaciones se espera que la cantidad de adultos mayores aumente progresivamente en las próximas décadas, lo que provocará que se conviertan en un grupo que requerirá cada vez mayor atención por parte de la sociedad y de los servicios de salud y educación.

La creciente demanda hará que cada vez más personas con edad avanzada se acerquen al profesional de la psicopedagogía ante la presencia de alteraciones en sus habilidades intelectuales y cognitivas, por lo cual este deberá encontrarse preparado para trabajar sobre los procesos de aprendizaje del adulto mayor.

Para ello, deberá poseer conocimientos sobre los cambios esperables en esta etapa vital a nivel cognoscitivo para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial con aquellos procesos patológicos y planificar las intervenciones y/o derivaciones más adecuadas para cada caso.

Es la Neuropsicología una gran fuente de información y conocimientos sobre las modificaciones que devienen con el envejecimiento. En resumen, las investigaciones desarrolladas en esta monografía han descrito mayor conservación en la vejez de las habilidades involucradas en la llamada inteligencia cristalizada, habiendo un mejor rendimiento en tareas verbales.

Mientras que la inteligencia fluida suele encontrarse descendida en comparación con etapas vitales anteriores. Se presenta habitualmente un decline de los procesos no verbales. Lo que caracteriza principalmente a la vejez es una lenificación cognitiva general que afecta el desempeño de varios procesos.

Si bien los diversos estudios que buscan caracterizan el perfil cognitivo de los adultos mayores con o sin deterioro cognitivo son de gran utilidad, es menester

en la psicopedagogía trabajar desde la individualización, es decir, abordando la singularidad ya que los cambios en la cognición son siempre heterogéneos y se presentan diferencias individuales.

Por lo tanto, será indispensable en la labor psicopedagógica elaborar un perfil cognitivo individual de cada sujeto para, a partir de este, conocer los desafíos y fortalezas de cada persona en particular y formular una propuesta terapéutica adecuada a sus necesidades y características.

Aunque no existe consenso sobre las técnicas y pruebas neuropsicológicas más pertinentes para evaluar a este grupo generacional, existe una cantidad considerable de ellas, siendo responsabilidad del psicopedagogo escoger las más adecuadas en función del caso.

Ante la necesidad de planificar procesos terapéuticos ya sea debido a un envejecimiento fisiológico o a uno patológico, la Estimulación Cognitiva se presenta como una intervención no farmacológica beneficiosa para los adultos mayores, intervención en la cual el/la Licenciado/a en Psicopedagogía se encuentra capacitado para llevar a cabo. Se ha concluido en varias investigaciones que estos programas de estimulación tienen un impacto positivo, permitiendo frenar y ralentizar el deterioro cognitivo y/o mantener y mejorar el rendimiento de los adultos, teniendo también un papel preventivo frente a las alteraciones intelectuales.

Considerando lo expuesto en esta monografía se puede afirmar que la Psicopedagogía es capaz de contribuir significativamente a una mayor calidad de vida de las personas mayores, siempre desde su área de trabajo e incumbencias propias y a través de la interdisciplinariedad para lograr un óptimo estado de bienestar en la vejez.

Referencias

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Revista Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Ardila, A. (2012). Neuropsicología del Envejecimiento Normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 1-20.

Ardila, A. y Roselli, M. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 12(1), 151-162.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). Guía de la consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. 319-358.

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

Berge, K. (2022) Aprendizaje y envejecimiento: intervenciones psicopedagógicas con personas mayores. *Revista Psicopedagógica edición 2021*, 14-17.

Cabrera, S. y Osorno Chica, D. (2013). Envejecimiento cerebral y cognoscitivo en el adulto mayor. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 27(1), 1764-1783.

Carrasco Calzada, A., Barahona Esteban, N., Sánchez Cabaco, A. y Fernández Mateos, L. M. (2017). *El papel de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento*. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 19(1), 159-192.

Dirección Nacional de Población. (2021). Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial. Argentina 1991-2010. Ministerio del Interior.

Gamba-Rincón, A. P., Páez-Martínez, G. J., Domínguez-Pérez, W. J. y Rincón-Lozada, C. F. (2017). Desempeño neuropsicológico en adultos mayores. *Archivos de Neurociencias*, 22(4), 6-19.

García García, E. (2018). *Somos nuestra memoria*. Editorial Salvat.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040.: Total del país. Ministerio de Economía de la Nación, 1.

Jiménez-Puig, E., Fernández-Fleites, Z., Broche-Pérez, Y. y Abreu-Ferrer, R. C. (2021). Instrumentos para la evaluación neurocognitiva del adulto mayor. Una revisión sistemática. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*, 8(1), 53-62.

Martí-Nicolovius, M. y Arévalo-García, R. (2018). Envejecimiento y memoria: efectos de la restricción calórica. *Revista de Neurología*, 66(12), 415-422.

Mías, C. D.; Ruiz, A. R.; Causse, M. B.; Puig, M. V. y Etcheverry Domeño, A. L. (2017). Detección de Deterioro Cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años de la Región del Alto Valle: Neuquén y Río Negro. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 30, 34-49.

Miranda, A., Pruvost, M., González Palau, F., Rimoldi, M. F., Viale, M., y Cáceres, M. (2015). Perfiles neuropsicológicos: Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Deterioro cognitivo leve, Trastorno depresivo mayor y Envejecimiento. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(2), 30-48.

Molina, M. (2016) El rol de la evaluación neuropsicológica en el diagnóstico y en el seguimiento de las demencias. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 319-331.

Organización de las Naciones Unidas (s.f.). *La población mundial llegará a 8000 millones en 2022*. <https://www.un.org/es/desa-es/la-poblaci%C3%B3n-mundial-llegar%C3%A1-8000-millones-en-2022>

Organización de las Naciones Unidas (2019). Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU.

Real Academia Española. (s.f.). Envejecer. En *Diccionario de la lengua española*, 23^a ed. Recuperado el 10 de octubre del 2023, de <https://dle.rae.es/envejecer>.

Ríos-Silva, B. M. (2023). Estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores desde un enfoque neuropsicológico. *JANG Revista de Investigación de Estudiantes de Psicología*, 1(1), 72-85.

Rodríguez, J. G., y Gutiérrez, G. G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 52(1), 3-6.

Rodríguez-Leyva, A, López-Barrero, Y. y Vigoa-Escobedo, Y. (2016). El proceso de aprendizaje en el desarrollo de la adultez (Revisión). *Olimpia Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma*, 13(40), 36-50.

Rozo, V., Rodríguez, O., Montenegro, Z y Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 12-18.

Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 57-63.

Salamone, V. L. (2014). La psicopedagogía y el proceso diagnóstico psicopedagógico: significación paradigmática de las neurociencias en su abordaje clínico. *Revista Psicopedagogía*, 31(95), 91-100.

Salazar Pérez, C. A. y Mayor. W. S. (2020). Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(3).

Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D. y Vizcarra-Escobar, D. (2016) Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33(2), 342-350.

del Valle Tutino, A. (2020). El despertar al aprendizaje en personas mayores. *Revista Psicopedagógica Edición 2020*, 37-39.

Vicente, P. V. y Vila. P. (2018) Aportes de la Psicopedagogía a la Gerontología: Aprendizaje, envejecimiento y vejez. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*, 4(2), 34-40.

Villalba, S. y Espert Tortajada, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *TheraPeía: Revista de estudios y propuestas en ciencias de la salud*, 6, 73-93.

Vizcaya, J.; Pinto, V.; Mora, C. y Roca. M. (2018). Efectos del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica sobre los Procesos Mnésicos de Personas con Envejecimiento Normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 18(3), 85-98.

Wechsler, D. (2012). *Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV). Manual técnico y de interpretación.* NCS Pearson, Inc.