

## Intervención logopédica en la edad adulta tardía: estimulación y mantenimiento cognitivo

Rosa J. Molero Mañes<sup>1</sup>  
*Psicóloga y Logopeda*

Fecha de aceptación de originales: Noviembre de 2001

**RESUMEN:** Mantener la calidad de vida en el envejecimiento es un objetivo que todos perseguimos, para ello es necesario la aceptación del envejecimiento con paciencia activa. La información, formación y actuación serán aspectos fundamentales en la promoción de la salud. El enfoque terapéutico, desde las diferentes disciplinas, logopedia en este caso, debe ser integral. Con este artículo, se pretende ofrecer, una panorámica relacionada con las actuaciones que permitan estimular y mantener las habilidades cognitivas en las personas mayores. Estas actuaciones, serán consecuencia del conocimiento acerca de la evolutiva humana, de la evaluación minuciosa del sujeto, de sus recursos y posibilidades, de su red de apoyo social..., lo que permitirá el establecimiento de las necesidades, punto de partida para la realización de un plan de intervención en la edad adulta tardía.

**ABSTRACT:** Maintaining quality of life in aging is an objective that we all follow. For that is necessary accepting aging with active patience. Information, formation and playing will be fundamental aspects in the promotion of health. The therapeutics approach, from the different disciplines, logopedie in this case, must be integral. With this article, we pretend offering a panoramic related to the actuations that allow to stimulate and maintain the cognitive habilities in old people. These actuations will be consequence of the acknowledgement of the human evolutive, of the detailed evaluation of the subject, of his resources and the possibilities of his social support net..., wich will allow the establishment of necessities, starting point for the making of an intervention plan in late-adult age.

**PALABRAS CLAVE:** calidad de vida, envejecimiento, desarrollo evolutivo, prevención, promoción, codificación y decodificación, habilidades cognitivas, evaluación, intervención.

**KEY WORDS:** Quality of life, aging, evolutive deployment, prevention, promotion, coding and decoding, cognitive habilities, evaluation, intervention.

---

<sup>1</sup> Dirección postal de contacto: Rosa J. Molero Mañes. C/Buenos Aires, 38. 46469 Beniparrell (Valencia). E-mail: agpe@arrakis.es

## 1.- ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

El perfil que marca de manera progresiva la entrada en la vejez está relacionado con diferentes factores que no son exclusivamente la edad cronológica, y que viene determinado por indicadores, de tipo biológico, social y psicológico, lo que correspondería más bien con una "edad funcional". Pero, existe una necesidad de acotar y definir, por cuestiones sociales, políticas, económicas... cuándo somos personas mayores, cuándo entramos en la etapa adulta tardía, en la vejez, en la tercera edad. En España, la hacemos coincidir con la jubilación, con el término de la etapa laboral, aproximadamente los 65 años.

Con respecto a la terminología, y siguiendo un estudio realizado con una muestra de 1.200 sujetos mayores de edad, que recoge FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (2000), y donde se pretendía dar repuesta al concepto que de manera mayoritaria se consideraba más adecuado para referirse a esta etapa, los resultados mostraron que:

51%	"mayor"
23%	"tercera edad"
14%	"anciano"
5%	"viejo"

En cuanto al contenido de los diferentes términos, se estableció la siguiente relación:

Termino más descriptivo y neutro	"mayor"
75/80 años	"tercera edad"
Vejez patológica	"anciano"
Termino despreciativo	"viejo"

Esta etapa, se corresponde con una evolución pausada y casi pautada que ocurre a lo largo de la vida y que nos permite envejecer. En este proceso vital, existe movimiento, movimiento que está relacionado con evoluciones e involuciones, con desarrollos y declives, que pueden ser susceptibles de mejoras que redunden en la calidad de vida y que finalmente permitirá, de no existir patología que lo impida, un envejecimiento con éxito. Por lo que es posible refutar muchas de las falsas creencias o estereotipos que con respecto a la vejez existen.

El ser humano tras una etapa de desarrollo o crecimiento, relacionada con la infancia y adolescencia, se estabiliza y después poco a poco va declinando en sus capacidades. Podemos hablar de un patrón de cambio en la vejez, cuya característica es el enlentecimiento, sin embargo, aunque cierta esta aseveración, nos gustaría dotar de ciertos matices que sobrepasan a la generalización con respecto, por un lado a las pautas del

desarrollo evolutivo y por otra a los diferentes criterios que seguimos para conceptualizar la vejez, o que también utilizamos como indicadores de ésta.

### 1.1.- Cambios relacionados con la edad

Cuando envejecemos cambiamos, éstos comienzan aproximadamente a partir de los 20 años, aunque son especialmente rápidos a partir de los 60 años, sobretodo de los 80, sin embargo, existen diferencias individuales, que propician que el envejecimiento se enmarque dentro de lo patológico, normal o con éxito. La lista de estereotipos negativos erróneos es larga y los positivos tampoco son muy útiles. La edad adulta tardía es un periodo normal del desarrollo de la vida con características especiales y tareas propias de desarrollo.

#### *Desarrollo físico*

Las habilidades sensoriales y psicomotrices descienden con la edad, pero existen una serie de variaciones individuales. La gente no puede evitar que sus reflejos disminuyan o que su audición sea menos aguda, pero se puede detener los efectos que serian resultado de abuso y desuso, o como algunos autores mantienen los efectos secundarios de la vejez.

<i>Cambios físicos</i>	
<i>Visión</i>	Menor protección corneal y descenso en la acomodación (presbicia, "deslumbramiento nocturno...)
<i>Audición</i>	Descenso en la audición para frecuencias altas y cierta dificultad para las consonantes (presbiacusia)
<i>Olfato y gusto</i>	Descenso de las papilas gustativas Sequedad en el bulbo olfatorio
<i>Fuerza, coordinación y tiempo de reacción</i> <i>Otros cambios</i>	Retraso general en las respuestas y procesamiento de la información Piel: aparición de arrugas Cabello: cambio en el color Descenso de la masa ósea y de la musculatura (menor fuerza, resistencia y movilidad) Disminución tamaño cuerpo
<i>Reserva orgánica</i>	Capacidad de reserva del corazón y otros órganos disminuye

### Desarrollo Cognitivo

Con respecto al desarrollo cognitivo, podemos observar situaciones diferenciadas, desde aquellos mecanismos que disminuyen con la edad, los que se mantienen e incluso aquellos que precisamente con la edad aumentan.

Percepción y atención	Memoria	Inteligencia
<p><i>Percepción</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agudeza y procesamiento visual (-)</li> <li>- sensibilidad a la iluminación (-)</li> <li>- distinción de colores: (-) verdes y azules</li> <li>- enfoque de distancias (-)</li> <li>- percepción espacial (mov. Y velocidad (-)</li> <li>- agudeza auditiva (-)</li> <li>- aumento de la inteligibilidad del habla a estímulos rápidos</li> <li>- agudeza en el gusto (-)</li> <li>- agudeza en el olfato (-)</li> </ul> <p><i>Atención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mantenimiento voluntario (grado de vigilancia) (-)</li> <li>- atención dividida (según)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memoria sensorial (=)</li> <li>- memoria a corto plazo (de trabajo) (- a partir de los 70)</li> <li>- memoria a largo plazo (-) (sólo cuando la complejidad de la tarea aumenta): episódica semántica procedimental</li> <li>- memoria implícita (=)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- memoria explícita (-)</li> <li>- inteligencia fluida (-)</li> <li>- inteligencia cristalizada (=)</li> <li>- inteligencia práctica (=+)</li> <li>- inteligencia mecánica (-)</li> <li>- plasticidad cognoscitiva (+)</li> </ul>

### Desarrollo social

Una de las cuestiones más relevantes en cuanto al desarrollo social, es que realmente más que descensos, que podrían darse con respecto a las relaciones interpersonales, existe un cambio perfectamente asumible y que en principio no cabría hablar de disminución, más bien de mantenimiento y en algunos casos de cambios cualitativos.

<i>Afectividad</i>	<i>Personalidad</i>	<i>Relaciones interpersonales</i>
Emoción: • Fisiológicamente (-) • Capacidad expresiva (=)  Motivación: • Percepción de control (=) • Autoeficacia (=) • Refuerzos e incentivos externos (-)	Según el modelo del atributo o rasgo • 5 factores (=) Según el modelo evolutivo (Erikson)  • integridad vs desesperación	• N° de contactos sociales (-) • Red social (-) • Apoyo social = salud integral y bienestar subjetivo

### *Lenguaje*

El lenguaje existe como instrumento del mundo externo y como incorporación cerebral de esos símbolos y de su combinatoria. Lo que implica que la separación de otras estrategias cognitivas, a veces, es una estrategia pedagógica. Con respecto al lenguaje se ocasionan con la edad una serie de cambios, que generalmente están relacionadas con “mayor tiempo para...” y que podemos sintetizar según JUNCOS (1998) en los siguientes:

<i>Léxico</i>	<i>Sintaxis</i>	<i>Discurso</i>
Vocabulario pasivo (= +) Acceso al léxico (-) Conocimiento conceptual (+)	Comprensión, repetición y uso de oraciones complejas (-)	Organización del discurso (-)  Comprensión y producción de discursos (-): • Comprensión de textos • Conversación espontánea • Descripciones • Relatos autobiográficos • Comprensión y narración de historias • Comprensión de párrafos en prosa

En definitiva, los cambios macro y microestructurales, igual que modificaciones en los niveles y capacidad funcional de los sistemas de neurotransmisión, tienen un correlato funcional que se traduce en una moderada disminución de la capacidad somatosensorial (vista, oído, tacto, gusto, olfato, propiocepción) y psicomotricidad de la persona mayor, así como en la velocidad de ejecución y eficiencia de las actividades superiores del SNC (memoria, conducta, aprendizaje, emociones). La interferencia que esta ineficacia funcional ejerza sobre el normal desarrollo de la vida cotidiana establecerá la frontera entre la senescencia natural y las patologías neurogeriátricas (Cacabelos, 2000).

Como etapa de la vida, también se asumen las características relacionadas con ese cambio evolutivo que en un envejecimiento fomentado por modelos activos de mejora de la calidad de vida, y que están relacionados con aspectos cognitivos y funcionales que a veces más que disminuir o mantenerse, lo que realmente ocurre es un proceso de adaptabilidad, por lo que si esto es así, estamos hablando de aprendizaje y si hablamos de aprendizaje hablamos de un funcionamiento óptimo de los mecanismos relacionados con las capacidades que nos permitirían, entre otras, envejecer con éxito.

## **1.2.- Prevención de enfermedades/promoción de la salud**

En la década de los 60, los estudios gerontológicos comenzaron a centrarse en los patrones sociales del envejecimiento hasta llegar a la identificación de las condiciones de vida bajo las cuales envejecer resultaba o no satisfactorio, así como los recursos y habilidades de afrontamiento que influían en el proceso, más tarde el objeto de estudio, ya no era tanto descubrir las personas envejecen con éxito, como el describir y caracterizar a este grupo de edad.

A partir de los 80, se propone la sustitución del concepto de *vejez normal* por el de *vejez con éxito*. Mientras que la vejez normal, se refiere a una vejez prototípica que ignora la heterogeneidad que se da en las personas mayores, la vejez exitosa, se centra en conocer cuáles son los límites del funcionamiento de la persona mayor y de las condiciones que permiten un mantenimiento del funcionamiento en este periodo (Montorio e Izal, 1997).

Lo importante de este enfoque, que hemos mencionado, está referido fundamentalmente al hecho de incrementar el conocimiento sobre recursos no considerados en las personas mayores y su potencial de cambios y que se basa en dos conceptos importantes propuestos por BALTES y BALTES (1990):

- La variabilidad interindividual (la diversidad existente entre las personas mayores)
- La plasticidad intraindividual (la capacidad de aprendizaje de las personas mayores)

La *vejez con éxito* es el nuevo marco de estudio, sin embargo las divergencias se centran en la definición de los indicadores de ésta. Lo que no cabe duda, a éste respecto es que las actuaciones que se diseñen se encaminarán si es posible dentro de la línea preventiva y además el la de la promoción de la salud, elementos que facilitaran esa *vejez exitosa*.

Prevención y promoción están inmersos en otro concepto más amplio referido al ámbito de lo que hemos venido llamando educación para la salud. Desde luego, si como profesionales intervenimos cuando aparecen dificultades, también observamos la necesidad y esto también es nuestra tarea, de educar en hábitos saludables, hábitos reflejados en los estilos o formas de vida.

Los tres grandes factores que inciden en la salud y que se tomarán necesariamente en cuenta para establecer una línea de actuación integral sobre los estilos de vida y que GARCIA (2000) menciona, son:

- Factores individuales
- Factores sociales
- Factores del medio

Con todo lo mencionado, en primer lugar se trataría de prevenir la aparición de enfermedades y en segundo, retrasar y limitar las manifestaciones del envejecimiento normal mediante la promoción de conductas saludables en contextos saludables.

### **1.2.1.- Prevención**

La prevención de la enfermedad contempla la detección precoz de los factores de riesgo para que así podamos incidir tempranamente en ellos, esto permitiría, bien eliminarlos, bien paliar sus efectos. En este sentido, podemos hablar de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Para establecer una actuación preventiva, es condición necesaria acercarse a la realidad de este periodo evolutivo, considerando factores individuales, sociales... evitando caer en la literatura que con respecto al envejecimiento y a la vejez existe y asumiendo la complejidad que el envejecer comporta, debido fundamentalmente a la interacción de aspectos bio-psico-sociales.

Es necesario, siguiendo a BALTES y BALTES (1990) entender el concepto de *vejez normal* (referido a pérdidas y ganancias que se dan con la edad) y *vejez patológica*, pero sobretodo, el de *envejecimiento exitoso* que se traduce como el adecuado funcionamiento bio-psico-social que tendrá como consecuencia una *vejez con éxito*, lo que supone a la vez:

- Capacidad de adaptación
- Plenitud de autonomía
- Bienestar personal

La actuación sobre determinadas variables comportamentales relacionadas con los hábitos saludables, será la manera más adecuada para prevenir ese envejecimiento patológico y potenciar el óptimo funcionamiento físico, psicológico y social.

Sabemos, que en gran parte, las condiciones de salud en la vejez son el resultado de los estilos de vida y de las prácticas de salud en la juventud, por ende lo más sensato es fomentar los patrones conductuales más apropiados desde la niñez, así, al implantar una intervención concreta que conlleva un cambio en la conducta, modificaría el factor de riesgo, disminuyendo la susceptibilidad de la persona a la enfermedad (Montorio e Izal, 1999).

### **1.2.2.- Promoción**

Promover implica implantar comportamientos saludables cuando no existen en la persona o en las comunidades. Conlleva, crear conductas o hábitos que la experiencia o la ciencia han demostrado que están asociados positivamente con el estado de salud. En las personas mayores encontraremos algunos factores que dificultan tanto la promoción como la prevención, por las costumbres adquiridas y mantenidas durante años, muy asentadas en el repertorio de sus comportamientos. Pero al mismo tiempo, ese hándicap se puede transformar en elementos positivos para el cambio, ya que la experiencia y sabiduría de los años puede influir en la propia motivación para el cambio. De hecho, parece que, a medida que las personas se hacen mayores, aumentan las conductas de autocuidado, lo que resulta un punto de partida muy positivo para favorecer la realización de programas de salud para personas mayores.

Según estudios longitudinales realizados, no es hasta los 75-80 años cuando de forma mayoritaria las personas mayores manifiestan síntomas de enfermedades conocidas, lo que viene a significar, que hasta esa edad, la calidad de vida relacionada con la salud es buena.

Los estilos de vida, el ambiente y la disponibilidad de servicios de salud, no solo influyen en la salud física, sino también en las manifestaciones morfológicas y funcionales del envejecimiento. Con estos datos, es posible posponer algunas consecuencias asociadas al envejecimiento como el declive morfológico y funcional, y de prolongar la independencia, aunque sabemos que la mayoría de las personas mayores experimenta en algún grado problemas de salud y experimenta cambios relacionados con el envejecimiento normal.



Cuando las manifestaciones ya han tenido lugar, la prevención entendida como la disminución de la incidencia o no aparición de los síntomas de las enfermedades no sería el objetivo, pero se podría demorar la progresión de tales cambios y su impacto mediante estrategias adecuadas de promoción de salud (Montorio y Carrobes, 1999).

Estrategias generales para la promoción de la salud:

Planteamiento del cambio/ introducción de hábitos saludables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar una conciencia y motivación</li> <li>• Iniciar el entrenamiento para el aprendizaje del hábito</li> <li>• Promover una red de apoyo</li> <li>• Prevenir el abandono</li> <li>• Mantener la práctica a largo plazo</li> </ul>	
Niveles para la realización de la intervención	Individuo (competencia personal para adaptarse a las situaciones particulares)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticiparse a las consecuencias negativas (estrategias preventivas)</li> <li>• Promoción de habilidades y competencias (optimizar el funcionamiento competente y saludable)</li> </ul>
	Sistema (Intervenciones psicosociales dirigidas a factores contextuales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de salud pública</li> <li>• Ambiente físicos y sociales favorables</li> <li>• Refuerzo de acciones comunitarias</li> <li>• Desarrollo de aptitudes personales</li> <li>• Reorientación de los servicios de salud</li> </ul>

### 1.3.- Especializaciones del cerebro humano.codificación y decodificación

El cerebro utiliza para representar el lenguaje la misma maquinaria de la que se sirve para representar cualquier otra entidad. A medida que los neurólogos vayan conociendo mejor la base neuronal de las representaciones cerebrales de los objetos externos, de los sucesos y de sus relaciones, irán profundizando en la representación del leguaje en el cerebro y en cómo funcionan los mecanismos que conectan a ambos.

- Damasio y Damasio (1992) creen que el cerebro procesa el lenguaje por medio de tres tipos de estructuras que actúan influyéndose recíprocamente:
- Primero, un amplio conjunto de sistemas neuronales, que existen en los dos hemisferios, representa las interacciones no lingüísticas entre el cuerpo y su entorno, en cuanto mediadas por diversos sistemas sensoriales y motores, es decir, todo lo que la persona hace, percibe, piensa o siente mientras actúa en el mundo.
- En segundo término, un número menor de sistemas neuronales, localizados por lo general en el hemisferio cerebral izquierdo, representa los fonemas, las combinaciones fonémicas y las reglas sintácticas para combinar las palabras. Si se les ha estimulado desde el interior del cerebro, estos sistemas reúnen las formas verbales y generan las frases que se han de pronunciar o escribir. Si el estímulo procede del exterior (por el habla o por algún texto), efectúan el procesamiento inicial de las señales del lenguaje auditivo o visual.
- Un tercer conjunto de estructuras en buena parte también localizado en el hemisferio izquierdo, sirve de intermediario entre los dos primeros. Puede tomar un concepto y estimular la producción de formas verbales, o puede recibir palabras y hacer que el cerebro evoque los conceptos correspondientes.

Combinando las características ontogenéticas, citoarquitectónicas y funcionales de las distintas regiones del cerebro se denominan:

- AREAS CORTICALES PRIMARIAS las de proyección simple sensorial o motriz (circunvolución parietal ascendente, circunvolución de Heschl, bordes de la cisura calcarina, circunvolución frontal ascendente),
- ÁREAS CORTICALES SECUNDARIAS a las que se corresponden con la corteza premotora y la corteza asociativa sensorial unimodal adyacentes a las áreas primarias (circunvolución parietal superior, áreas precalcarinas 18 y 19 de Brodman, planum temporale) y
- ÁREAS CORTICALES TERCARIAS que son las de asociación sensorial plurimodal (circunvolución supramarginal y pliegue curvo de la encrucijada parieto-témporo-occipital, circunvolución lingual en la cara inferior del lóbulo temporal) y la
- CORTEZA PREFRONTAL.

Básicamente y sin matizar, en cada uno de los hemisferios parecen asentarse determinadas funciones:

#### HEMISFERIO IZQUIERDO

- se asienta la *función verbal* (comprensión, expresión, lectura y escritura) también la *función analítica* (aritmética y procesos secuenciales),

- *la memoria verbal,*
- *el razonamiento verbal* (CI verbal)
- *el ritmo musical* y se trata de un
- *hemisferio "social"*

#### HEMISFERIO DERECHO

- está especializado básicamente en lo *espacial* (orientación 3-D, orientación derecha-izquierda, y rotaciones) es
- un *hemisferio global* (holístico) de
- *procesamiento geométrico*, es el lado
- *emocional* (receptivo-expresivo),
- *constructivo* (CI manipulativo), *musical*, se trata del
- hemisferio "*no social*" (tacos...)
- de la melodía del lenguaje o *prosodia*,
- *artístico* (pictórico) y
- *perceptivo* (identificación de caras, colores y formas)

Los mecanismos más especializados en las funciones formales del lenguaje tienen su asiento neural sobre una extensa porción del córtex perisilviano primario, secundario y terciario del *hemisferio cerebral izquierdo* en el 87% de los humanos sin tener en cuenta la preferencia manual, en el resto, un 8% asienta su lenguaje sobre el hemisferio derecho, mientras que un 5% lo hacen de forma repartida en proporción similar sobre los dos hemisferios (Narbona y Chrevrie Muller, 1997).

Siguiendo el modelo de Wernicke-Geschwind (Geschwind, 1992) diremos que la habilidad para el lenguaje requiere la cooperación de varias áreas del córtex.

Veamos, pues, dos situaciones en las que podemos observar el proceso de codificación y decodificación de manera muy esquemática:

<i>Cuando se oye una palabra</i>	<i>Cuando se lee una palabra escrita</i>
DECODIFICACIÓN: la sensación procedente de los oídos es recibida por el córtex auditivo primario, pero la palabra no puede ser entendida hasta que la señal ha sido procesada en la adyacente área de Wernicke.	DECODIFICACIÓN: la sensación se registra por el córtex visual primario. Parece ser que luego se transmite al giro angular, que asocia la forma visual de la palabra con el correspondiente modelo auditivo en el área de Wernicke.
CODIFICACIÓN: Si la palabra ha de ser pronunciada, parece que lo que ocurre es que cierta representación de la misma se transmite desde el área de Wernicke hasta el área de Broca, ha través de un haz de nervios llamado fascículo arqueado.	
En el área de Broca, la palabra evoca un detallado programa de articulación, suministrado por el área anterior del córtex motor. A su vez, el córtex motor pone en movimiento los músculos de los labios, de la lengua, de la laringe, y de cuantos hayan de intervenir.	

Para concluir, decir con respecto al envejecimiento, que el cerebro sufre importantes cambios morfológicos y funcionales, pero ninguno de estos cambios, en condiciones normales, interfiere con el funcionamiento cotidiano del individuo, lo cual establece una frontera nítida entre el envejecimiento normal y el patológico (Cacabelos, 2000).

#### 1.4.- Aprendizaje de habilidades cognitivas

La vida constituye en sí misma un proceso de adaptación, y las personas mayores en general reflejan una historia de adaptación satisfactoria, esto es así gracias a las habilidades y recursos de que disponen para enfrentarse a las situaciones que acontecen.

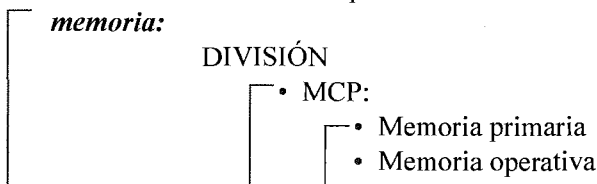
BALTES (1987) habla de un proceso de optimización selectiva con compensación (SOC), que se refiere a ese proceso que facilitará la adaptación del individuo a los diferentes cambios que externos y/o internos se van a ir produciendo en el ciclo de la vida y sobretodo en el envejecimiento, éstas habilidades que se desarrollan, no son nuevas, sino que sustituyen a aquellas que aminoraron con el paso del tiempo y que permitirán dinamizar y optimizar los recursos dependiendo, evidentemente, de la *plasticidad*, es decir, de la variabilidad interindividual (potencial de un sujeto para adquirir diferentes formas de conducta o desarrollo:

- selección
- compensación
- optimización

Hablábamos de habilidades y de recursos, éstos últimos son de tipo:

- económico,
- social (fundamentalmente apoyo social) y
- personales (habilidades de afrontamiento, percepción de control y habilidades cognitivas en general)

Siguiendo a CACABELOS (2000), diremos que las funciones cognitivas son el resultado de procesos de asociación e integración superior que se producen en el cerebro tras la entrada de informaciones específicas a través de los sistemas somatosensoriales y motrices. Los elementos más representativos de las funciones cognitivas son:



- MLP:
  - Memoria declarativa (episódica y semántica)
  - Memoria procesual (psicomotriz, cognitiva, condicionada, habituable, sensitizable, postperceptiva y operativa)

**PROCESAMIENTO**

- Adquisición:
  - Integridad somatosensorial
  - Atención
  - Codificación
  - Memoria operativa
- Retención:
  - Consolidación
  - Praxis
  - Actualización
- Evocación
  - Estrategias
  - Contextos (estado anímico, condiciones ambientales, estímulos, estatus farmacológico y motivación)

***aprendizaje:***

- no asociativo:
  - habituación
  - sensibilización
- asociativo:
  - condicionamiento clásico
  - condicionamiento operante

***atención:***

- atención sostenida o vigilancia
- atención selectiva
- capacidad atencional

***lenguaje***

- conocimiento fonológico
- conocimiento lexico nominal y semántico
- conocimiento sintáctico
- conocimiento semántico

***habilidad visoespacial***

***conceptualización***

***inteligencia general***

La conclusión de diferentes estudios longitudinales, es que las personas intelectualmente más activas, con un cociente de inteligencia más elevado, con una mayor gama de intereses, una mayor perspectiva de futuro y un mayor número de contactos sociales llegan a la vejez con una sensación más intensa de bienestar físico y psicológico. La actividad cognitiva, en su sentido más amplio, es básica para el sentimiento de bienestar y la salud (Montorio y Carrobbles, 1999).

En este sentido, uno de los componentes fundamentales para desarrollar una *vejez con éxito*, parte del diseño y puesta en marcha de programas que permitan el entrenamiento en este tipo de habilidades, sin olvidar, evidentemente, que no solo tienen que ver con factores o ámbitos internos, sino también contextuales, pues se trataría de una promoción integral. Una línea de trabajo, sería aquella que establece un entrenamiento de la memoria, con el objetivo de compensar el enlentecimiento/declive que como rasgo normativo acontece en las personas mayores, dentro del desarrollo evolutivo del ser humano.

## 2.- ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO COGNITIVO

En una recopilación de trabajos realizados por diferentes autores sobre entrenamiento cognitivo CALERO (2000) concluye que:

- las personas mayores mejoran significativamente cuando se les entrena en habilidades cognitivas, especialmente aquellos entrenamientos que implican una participación activa, metacognitiva e instruccional.
- el lenguaje es un mecanismo autorregulador de la estrategia a seguir.
- es necesaria la evaluación inicial debido, fundamentalmente a la variabilidad interindividual existente.
- Los entrenamientos no sólo tienen un papel rehabilitador sino también preventivo.

Por otro lado, es necesario mencionar que, en los casos de tratamiento, existe la necesidad de que la persona sea consciente de sus problemas y sobre todo de su necesidad de utilizar estrategias compensadoras para mejorar su disfunción.

Parece generalizada, la idea de que el entrenamiento cognitivo es ventajoso para la persona mayor. Ahora bien, qué tipo de programa sería el más adecuado, dependerá fundamentalmente, de qué es lo que queramos conseguir, en base a estrategias generales o más específicas y concretas.

En líneas generales podemos decir que:

**Con respecto al entrenador:**

- Guía del proceso
- Acción intencional

- Acción transcendente
- Acción reguladora de la conducta del sujeto
- Transmisor de sentimientos de competencia

**Con respecto al sujeto:**

- Activo
- Motivado
- Apoyado (amigos y familiares)

**Con respecto al programa:**

- Prolongado (aunque de sesiones cortas)
- Implicación de diversos ambientes
- Estructurado e intencional:
  - Definir y elegir el problema (sobre el que intervenir)
  - Elegir el tipo de habilidades a entrenar
  - Elegir el orden en las habilidades a entrenar
  - Utilización de aprendizajes procedimentales (entrenar en el proceso) y multidimensionales
  - Reforzar los conocimientos adquiridos

Aunque el diseño de un programa debe recoger objetivos específicos, u objetivo específico, la acción terapéutica estará encaminada a conseguir y mantener el transfer de los efectos.

Evidentemente y con todo lo expuesto hasta el momento, entendemos que la intervención logopédica no está limitada a los casos en lo que existe patología, sino que el enfoque también es la prevención y la promoción. Para JUNCOS (1998) la intervención desde esta perspectiva y desde esta disciplina está relacionada con:

- Posibilitar y desarrollar estrategias comunicativas que ayuden a superar la disminución de interacciones sociales
- Paliar y compensar el deterioro lingüístico

Con respecto al último punto, tendremos en consideración:

- Los procesos atencionales
- Los procesos inhibidores
- La organización de los procesos: léxicos, sintácticos y de discurso.

Tipos de ejercicios, con respecto al léxico, sintaxis y discurso:

<i>Léxico</i>	<i>Sintáctico</i>	<i>Discurso</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De vocabularios con ayudas fonéticas, semánticas o léxicas</li> <li>• Ejercicios de fluidez verbal</li> <li>• Reconocimiento de palabras y no-palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juicio de gramaticalidad</li> <li>• Expresión de ideas con diferentes estructuras gramaticales que se le ofrezcan</li> <li>• Construcción de oraciones a partir de palabras dadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización secuencial</li> <li>• Estructuración de textos</li> <li>• Narración oral de historias</li> <li>• Detección de errores</li> </ul>

Pero además, y favoreciendo una línea de intervención integral, porque sabemos que la estimulación-mantenimiento de los diferentes procesos cognitivos, está relacionado con la codificación, el almacenamiento y la recuperación, será necesario, formular las estrategias de intervención en el entrenamiento también de la memoria de las personas mayores y cuyas principales estrategias a desarrollar siguiendo a HERNÁNDEZ y POZO (1999) estarán relacionadas con:

<i>Adaptaciones ambientales</i>	<i>Ayudas externas</i>	<i>Estrategias internas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de orientación a la realidad</li> <li>• Indicaciones ambientales personales</li> <li>• Indicaciones ambientales proximales</li> <li>• Indicaciones ambientales distales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De recuperación interna</li> <li>• De recuperación externa</li> </ul>	Estrategias aprendidas naturalmente	Reglas mnemotécnicas artificiales:
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias verbales</li> <li>• Estrategias visuales</li> <li>• Organización y reducción de la información</li> </ul>

## 2.1.- Evaluación

En la planificación de la intervención cognitiva es necesaria la evaluación inicial, por un lado, porque nos permitirá conocer cuáles son las habilidades intactas, para poder aprovecharlas como sistema de compensación que forje nuevos aprendizajes y por otro, porque seremos conscientes de aquellas habilidades que han disminuido, sin olvidar en qué grado posee o no esas estrategias. Además, se hace necesaria igualmente la evaluación del proceso, del mismo modo que aquella que permita establecer cuáles han sido los resultados.

El proceso de evaluación consiste en recoger y combinar la información relacionada con las características del sujeto y su contexto, así como de las situaciones, para



poder organizar un plan de trabajo que de respuesta a las necesidades que se hayan planteado.

Las características generales con respecto a la evaluación de las personas mayores, tienen que ver con ser aceptables para el grupo de edad, también al nivel cultural, instrumentos fáciles de administrar, que discriminen entre niveles de funcionamiento, susceptibles de cambio...

Con respecto a la evaluación, señalaremos diferentes técnicas:

<i>Técnicas</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista</li> <li>• Observación</li> <li>• Autoinformes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios</li> <li>• Inventarios</li> <li>• Escalas</li> </ul> </li> <li>• Autoregistros</li> <li>• Pruebas estandarizadas</li> <li>• Pruebas no estandarizadas</li> </ul>

Algunos instrumentos de evaluación:

<i>Instrumentos de evaluación</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLIFTON. Procedimiento de Evaluación para Ancianos de PATTIE y GILLEARD. Se trata de 2 pruebas desarrolladas para evaluar el grado de deterioro y la dependencia de las personas mayores. Realiza una evaluación cognitiva y otra conductual.</li> <li>• COC. Cuestionario de olvidos cotidianos de BENEDET y SEISDEDOS.</li> <li>• INDICE DE PORCH de la capacidad de comunicación.</li> <li>• RBMT. Test conductual de memoria Rivermead de WILSON, COCKBURN y BADDLEY. Detección de alteraciones en el funcionamiento de la memoria y seguimiento de los cambios producidos en la intervención.</li> <li>• REY. Test de copia de una figura compleja de REY. Estudio de la actividad perceptiva y la memoria visual.</li> <li>• STROOP. Test de colores y palabras de GOLDEN. Permite detectar problemas neuropsicológicos, daños cerebrales y problemas de la interferencia.</li> <li>• TAVEC. Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense de BENEDET y ALEJANDRE. Se utiliza para la evolución detallada de las habilidades</li> </ul>

cognitivas generales, es decir, memoria y capacidades para el aprendizaje, es para adolescentes y adultos.

- TEST DE BOSTON de GOODGLASS y KAPLAN
- TEST de TOKEN de RENZI y VIGNOLO
- VOSP. Batería de test para la percepción visual de objetos de WARRINGTON y JAMES. Evaluación de posibles alteraciones en algunas funciones cognitivas.
- WAIS-III. Escala de inteligencia de Wechsler para Adultos. Evaluación de la inteligencia en adultos (obtención de CI verbal, manipulativo y total)
- WCST. Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin de GRANT y BERG. Evaluación del razonamiento abstracto y la perseveración

## **2.2.- Intervención integral: comunicación – lenguaje – memoria**

El sistema de procesamiento de la información (codificación, procesamiento y recuperación) y el de la memoria son interdependientes, y en ese sentido una intervención logopédica no debe obviar estos aspectos, por ello planteamos desde la intervención fundamentada en la prevención o promoción trabajar todos estos aspectos anteriormente mencionados de manera que consigamos establecer un enfoque de intervención integral.

### **2.2.1.- Comunicación – lenguaje – memoria**

#### *COMUNICACIÓN*

Nunca se ha hablado tanto de comunicación y de sus problemas como en la actualidad, donde todos estamos inmersos en un constante flujo de comunicaciones interpersonales y estructurales. Sin embargo, y a pesar de que empleamos la mayor parte de nuestro tiempo comunicando, las personas continúan desconociendo los complejos procesos comunicativos. Creemos que queremos comunicar, para relacionarnos y compartir algo que tenemos aunque esa relación en la mayoría de los casos sea imperfecta.

La comunicación es el soporte de la vida en las sociedades; ningún grupo podría sobrevivir si no existiera un continuo intercambio de elementos comunicativos. Para que se produzca la comunicación hará falta, por un lado el deseo de transmitir y de recibir esa información y por otra parte que se conozca el código utilizado por todas las partes.

Podríamos definir la comunicación como un proceso de creación de significados entre dos o más personas en interacción. Los mensajes pueden elaborarse desde fuera, pero los significados se generan desde dentro, es decir los significados no se transmiten,

sólo los mensajes se transfieren. En general, se puede decir que hay comunicación siempre que alguien envía un mensaje, por cualquier medio, con la intención de suscitar una respuesta.

### *LENGUAJE*

Entendemos, por lenguaje, al margen de algunas matizaciones que diferentes autores mencionan y para las que no existe consenso, el código emitido en un sistema conversacional y arbitrario de signos hablados o escritos para expresar ideas sobre el mundo y comunicarlas a los demás.

El lenguaje es un sistema de signos, entendiendo por signo, todo aquello (sonido, gesto, imagen, cosa...) que al ser percibido, remite al conocimiento de algo ausente, para lo que se necesita todo el proceso de codificación-decodificación que se mencionó anteriormente.

Las dimensiones o componentes de definición más comunes del lenguaje son :

- La dimensión formal o estructural del lenguaje
- La dimensión funcional del lenguaje.
- La dimensión comportamental.

Ahora bien, la ciencia de los signos recibe el nombre de semiótica o semiología se suele dividir en tres partes:

- **SINTAXIS:** estudio de las relaciones de los signos entre sí,
- **SEMÁNTICA:** estudio de las relaciones de los signos con el objeto designado, relación de significación y
- **PRÁGMÁTICA:** estudio de las relaciones de los signos con los que los utilizan (efectos que producen, contexto...).

En la actualidad estas partes se han desarrollado y definido, y los componentes en el que el lenguaje hablado puede ser dividido para su estudio y análisis son las siguientes:

- Contenido del lenguaje: semántica
- Forma del lenguaje: fonología, morfología y sintaxis
- Uso del lenguaje: pragmática

## MEMORIA

La estructura de la memoria tradicionalmente y dentro de las teorías multialmacén son tres:

- Memoria sensorial
- MCP- memoria de trabajo – memoria operativa
- MLP
 

Memoria declarativa  Memoria Procedimental  Memoria Explícita  Memoria Implícita	Memoria episódica Memoria semántica
--	--

También es necesario considerar aquellos aspectos relacionados con la llamada *metamemoria* y que engloba una serie de funciones como:

- Control ejecutivo
 

memoria prospectiva	codificación recuperación cancelación
---------------------	---
- Autoconciencia de memoria

### 2.2.2.- Programas de entrenamiento

- GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN MEMORIA DE RIVERMEAD
- GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN MEMORIA DE BIRMINGHAM
- PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE MEMORIA UAM
- UNIDAD DE MEMORIA HOSPITAL DE CANTOBLANCO-FACULTAD DE PSICOLOGÍA (UAM)
- UNIDAD DE MEMORIA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID
- PROGRAMA ACTIVEMOS LA MENTE de PEÑA-CASANOVA
- TALLER DE MEMORIA de MAROTO
- MEMORIA 65+ de DIVELY y CADAVID

### 2.2.3.- Objetivos que persiguen los programas de entrenamiento.

#### *Objetivo general:*

- Estimulación funciones cognitivas

#### *Objetivos específicos*

- Mantener la capacidad funcional y preservar la autonomía
- Enseñanza de estrategias y habilidades

#### *Contenidos (Maroto,2000):*

- Técnicas de memoria para mejorar la
- codificación,
- almacenamiento y
- recuperación de la información
- Estimulación y mantenimiento cognitivo
- Fluidez verbal
- Memoria remota o MLP
- Memoria y orientación espacial

La perspectiva integral de la intervención en el ámbito logopédico con las personas mayores, responde a la complejidad que el propio proceso madurativo conlleva, no obstante y desde una posición ecléctica y pragmática y desde las interferencias que el lenguaje y pensamiento generan, se ha establecido una línea de actuación que aborda los diferentes aspectos y que matiza los referidos a la comunicación y el lenguaje.

## BIBLIOGRAFIA

- BALTES, P.B. Y BALTES, M.M. (1990). Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press-European Science Foundation, Cambridge.
- BALTES, P.B. (1997). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamic between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- BELINCHÓN, M.; IGOA, J.M. y RIVIÈRE.A. (1992). Psicología del lenguaje. Investigación y Teoría. Valladolid: Ediciones Trotta
- BENEDET, M.J. y ALEJANDRE, M.A. (1998). Tavec. Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense. Madrid: Tea
- BENEDET, M.J. y SEISDEDOS, N. (1996). Evaluación Clínica de las Quejas de Memoria en la Vida Cotidiana. Madrid: Panamericana

- BUENDÍA, J. (1999). Familia y psicología de la Salud. Madrid: Ediciones Pirámide
- CACABELOS, R. (2000): Gerontología social, una introducción. En R. Fernandez-Ballesteros (dir.) En *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide
- DAMASIO, A. y DAMASIO, H. (1992). Cerebro y Lenguaje. *Investigación y Ciencia: El Lenguaje Humano*, 5 pp.20-28.
- DIVELY, M. y CADAVID, C. (2000). Memoria 65+. Programa de Mejora de la memoria en Personas Mayores. Bilbao: Grupo Albors-Cohs.
- HERNÁNDEZ, J.M. y POZO, C. (1999): Mejora del funcionamiento de la Memoria. Promoción de la salud. En I. Montorio y M. Izal en *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; GOZÁLEZ, J.L. y DÍAZ, P. (1992) Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martínez Roca
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; MOYA R.; IÑIGUEZ, J y ZAMARRÓN, D. (1999) Qué es la psicología de la vejez. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. (2000): Gerontología social, una introducción. En R. Fernandez-Ballesteros (dir.) En *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R.; IÑIGUEZ, J. y LÓPEZ, M.D. (1998): Trastornos asociados a la vejez. En Miguel A. Vallejo Pareja (dir.) En *Manual de Terapia de Conducta. Volumen II*. Madrid: Dykinson-Psicología
- GESCHWIND, N. (1992). Especialización del cerebro humano. *Investigación y Ciencia: El Lenguaje Humano*, 5 pp.8-19.
- GIL, R. (1999). Neuropsicología. Barcelona: Masson
- JUNCOS, O. (1998). Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención. Barcelona: Masson
- LOVE, R.J. y WEBB, W.G. (1988). Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Buenos Aires: Panamericana
- MAROTO, M.A. (2000). Taller De Memoria. Madrid: Tea
- MONTORIO, I. y CARROBLES, J.A. (1999): Comportamiento y Salud. Promoción de la salud. En I. Montorio y M. Izal en *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- MONTORIO, I E IZAL, M. (1997). La vejez con éxito. Pero ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial*, 1977, Vol. 6, nº 1, pp 53-75.
- NARBONA, J. y CHREVRIE-MULLER, C. (1997). El lenguaje del niño. Barcelona. Ed. Masson
- PATTIE, A.H. y GILLEARD, C.J. (1979). Clifton. Procedimientos para la Evaluación de Ancianos. Madrid: Tea
- PAPALIA, D.E. y OLDS, S.W. (1992). Desarrollo Humano. Bogotá: McGraw-Hill

- RUIPÉREZ, I.; LÓPEZ-GUILLÉN, A. y KRONFLY, E. (1999). El paso del tiempo en el ser humano. En A. López (ed.), *La jubilación*, pp. 258-286. Barcelona: Fundación Promedic.
- STASSEN-BERGER, K. y THOMSON R.A. (1998). *Psicología del desarrollo: Adulthood y Vejez*. Madrid: Editorial Medica Panamericana