



Capítulo V: Psicología Clínica en el adulto mayor con deterioro cognitivo

Sergio Rosas Navarro

psicologosclinicoss@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7506-9174>

Psicólogos Clínicos;

Área de psicoterapia en adultos, Veracruz, México.

Resumen

La psicología clínica en el adulto mayor con deterioro cognitivo se centra en una valoración integral que incluye la evaluación sintomatológica, exploración del estado mental y evaluación deterioro cognitivo, a través de la entrevista clínica y anamnesis. Este proceso permite recopilar información clave para diseñar intervenciones psicoterapéuticas personalizadas según las necesidades diagnósticas. Entre las principales estrategias destacan la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de Reminiscencia, Estimulación Cognitiva, Terapia de Estimulación Multisensorial y actividad física combinada con estimulación cognitiva, enfocadas en reducir síntomas, fomentando la funcionalidad y mejorando el bienestar del paciente. Además, este capítulo subraya la importancia del acompañamiento familiar mediante estrategias prácticas de grupos de apoyo, manejo del estrés, psicoeducación y al recibir malas noticias, fortaleciendo así el sistema de apoyo integrando al paciente con sus cuidadores o familiares involucrados.

Palabras clave: Psicología clínica, valoración psicológica, dominios cognitivos, intervención psicoterapéutica, acompañamiento.

Abstract:

Clinical psychology in older adults with cognitive impairment focuses on a comprehensive assessment that includes symptomatological evaluation, mental state examination, and cognitive impairment evaluation, through clinical interviews and anamnesis. This process gathers key information to design personalized psychotherapeutic interventions tailored to diagnostic needs. Among the main strategies are Cognitive-Behavioral Therapy, Reminiscence Therapy, Cognitive Stimulation, Multisensory Stimulation Therapy and physical activity combined with cognitive stimulation, focused on reducing symptoms, promoting functionality and improving the patient's well-being. In addition, this chapter underscores the importance of family counseling through practical strategies of support groups, stress management, psychoeducation, and receiving bad news. These approaches strengthen the support system by integrating patients with their caregivers or involved family members.

Keywords: Clinical psychology, psychological assessment, cognitive domains, psychotherapeutic intervention, counseling.

1. Importancia de la atención psicológica en la atención del adulto mayor con deterioro cognitivo

La atención psicológica constituye un componente esencial dentro del abordaje integral del adulto mayor con Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Lejos de centrarse únicamente en el diagnóstico clínico del deterioro, la atención psicológica, busca preservar y fortalecer las capacidades cognitivas remanentes, fomentando la autonomía personal y, atender los aspectos emocionales y conductuales que frecuentemente acompañan a esta condición.

En muchos casos, recibir un diagnóstico de DCL puede generar angustia y miedo a la pérdida de independencia o disminución de la autoestima. A través de la relación terapéutica, el psicólogo clínico brinda un espacio de contención donde el paciente puede expresar sus emociones y resignificar su experiencia, favoreciendo una actitud activa y realista frente a los cambios cognitivos.

Además, el diseño de intervenciones cognitivas individualizadas representa otro eje fundamental de la atención psicológica. A partir de la evaluación clínica psicológica se logran identificar los dominios cognitivos más comprometidos como la memoria, la atención o las funciones ejecutivas y, con base en ello, proponer estrategias de estimulación cognitiva adaptadas al perfil funcional del adulto mayor. Así como, la prevención y manejo de síntomas afectivos y conductuales que suelen acompañar al deterioro cognitivo, tales como la depresión, la ansiedad, la apatía o los episodios de agitación.

El psicólogo clínico también desempeña un papel clave en la educación del paciente y de su red de apoyo. A través del trabajo psicoeducativo, brindando información clara y accesible sobre el curso del deterioro cognitivo, las estrategias de compensación funcional y las formas de interacción que favorecen la participación del adulto mayor en la vida cotidiana.

En este sentido, la atención psicológica no solo contribuye a mitigar el impacto del DCL sobre la funcionalidad y el bienestar del adulto mayor, sino que también promueve un enfoque más humano, comprensivo y centrado en la persona. Integrar al psicólogo clínico como parte del equipo interdisciplinario permite ofrecer un acompañamiento especializado, orientado a preservar la calidad de vida, mantener la conexión con el entorno y favorecer un envejecimiento más digno y activo, incluso ante los desafíos que impone el DCL.

2. Valoración Clínica Psicológica

El envejecimiento es un proceso biológico y neurocognitivo complejo que implica cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central. Aunque algunas modificaciones en el rendimiento cognitivo son esperadas dentro de un envejecimiento normotípico, la presencia de alteraciones significativas en memoria, atención, funciones ejecutivas y procesamiento de la información pueden ser indicativas de un deterioro patológico, como el DCL o enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

La valoración clínica psicológica se convierte en una herramienta fundamental permitiendo caracterizar los patrones de afectación cognitiva y diferenciar entre deterioro cognitivo asociado a la edad, deterioro neurodegenerativo y cuadros psiquiátricos con sintomatología superpuesta, como la depresión mayor. A través del uso de pruebas neuropsicológicas validadas, el psicólogo clínico puede identificar perfiles específicos de disfunción, contribuyendo a un diagnóstico más preciso para el desarrollo de intervenciones personalizadas.

Además, la relación bidireccional entre el deterioro cognitivo y la salud mental en el adulto mayor exige una evaluación integral que contemple factores emocionales y psicosociales. La presencia de síntomas psicopatológicos no solo puede exacerbar el deterioro cognitivo, sino que también pueden enmascararlo, lo que subraya la importancia de un abordaje multidimensional.

2.1 Entrevista clínica y anamnesis

La entrevista en psicología clínica representa el primer paso en la evaluación del paciente, en ella se obtiene información crítica que guía el proceso diagnóstico, facilitando la formulación de un diagnóstico diferencial preciso. Una entrevista exhaustiva no solo permite la recolección de datos de fondo, que suelen ser difíciles de captar mediante pruebas psicométricas y clinimétricas, sino que, brinda al

profesional de salud la oportunidad de realizar una exploración del estado mental en un contexto menos estructurado lo cual es esencial para la detección de signos clínicos sutiles.

Si bien las entrevistas pueden variar en extensión y enfoque, proporciona un marco integral para la recopilación de información demográfica, de referencia, quejas o motivos presentados por el paciente, la evolución y progresión de los síntomas, antecedentes médicos, psiquiátricos, estado mental, de desarrollo, educativos y psicosociales, así como, sobre las actividades de la vida diaria y factores de riesgo ambientales.

La entrevista en conjunto con la anamnesis se recopila la historia clínica y personal del paciente, permitiendo una interacción dinámica entre el paciente y el profesional de la salud, contextualizando y explorando el estado actual del paciente de manera integral (Deus-Yela & Deví-Bastida, 2019; Paz-Guerra & Peña-Herrera, 2021; Polo-Vargas & Bravo-Pacheco, 2023; Ravidinn· & Katzen, 2019).

En el contexto de la evaluación del adulto mayor con DCL, es fundamental incluir la perspectiva del cuidador, quien complementa la valoración del estado actual del paciente. Esta información adicional sobre estresores contextuales y recursos disponibles es crucial para formular recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia. Por tanto, la obtención de información colateral proveniente de cuidadores u otras fuentes cercanas debe considerarse un componente indispensable en la entrevista clínica, siempre que sea posible.

La efectividad de la entrevista requiere de ciertas habilidades por parte del entrevistador, entre las cuales podemos destacar las siguientes:

- Empatía: La empatía se manifiesta en la capacidad para comprender y validar las emociones y experiencias del paciente sin emitir juicios, facilitando la autorreflexión y el crecimiento personal del paciente. Ejemplo: Si el adulto mayor expresa frustración por olvidar detalles cotidianos, podrías responder - "Entiendo que debe ser muy frustrante no recordar cosas que antes le resultaban fáciles. Es completamente normal sentirse así, encontremos maneras de manejarlo."

- **Escucha activa:** La escucha activa no solo implica la recepción de información verbal, sino también la interpretación de las sutilezas emocionales y cognitivas que acompañan a la comunicación, permitiendo discernir patrones de pensamiento y áreas de conflicto que pueden no ser inmediatamente evidentes. Ejemplo: El adulto mayor menciona – “Me siento perdido cuando intento contar algo y olvido las palabras.” - Detectas un tono de vergüenza y respondes – “Parece que estas situaciones le preocupan mucho ¿Le gustaría que hablemos más sobre cómo se siente en esos momentos?”
- **Manejo del silencio:** El manejo adecuado del silencio es una herramienta útil en el proceso de entrevista. Los momentos de silencio ofrecen al paciente la oportunidad de reflexionar y explorar pensamientos o emociones que podrían estar latentes. Ejemplo: Después de preguntar sobre su experiencia con un evento significativo, el adulto mayor se queda en silencio. No interrumpes, permitiéndole procesar.
- **Manejo de la transferencia y co-transferencia:** Durante la entrevista, el paciente puede proyectar emociones o experiencias pasadas sobre el terapeuta o viceversa, influyendo en la dinámica de la entrevista. Identificar y abordar estos fenómenos de manera constructiva es esencial para mantener la claridad y distanciamientos profesional en el proceso terapéutico. Ejemplo: Si el adulto mayor comienza a verle como una figura de autoridad paternal y muestra dependencia excesiva, podrías decir - "Es natural que sienta cercanía en nuestras conversaciones, pero trabajaremos juntos para que usted también encuentre sus propias fortalezas y formas de enfrentar estas situaciones."
- **Jerarquización de la información:** La habilidad para organizar y priorizar la información permite al clínico enfocar su análisis en las áreas de mayor relevancia, asegurando una intervención orientada a las necesidades más apremiantes del paciente. Ejemplo: El adulto mayor menciona que se le olvidan las llaves, no recuerda citas médicas y tiene problemas para seguir conversaciones. Podrías priorizar diciendo -"¿de estas situaciones cuál considera es la más preocupante para usted? ¿Le parece si empezamos pensando en estrategias para eso?"

Sin embargo, a medida que las personas envejecen aumenta la probabilidad de desarrollar condiciones de salud que comprometan funciones cognitivas superiores tales como la atención, la memoria, la percepción y las funciones ejecutivas. Las alteraciones cognitivas suelen repercutir en el lenguaje, evidenciándose dificultades para la articulación del habla y el acceso a palabras, lo cual afecta tanto la fluidez verbal como la precisión léxica generando barreras significativas en la comunicación dificultando la interacción efectiva en contextos sociales y terapéuticos (Rodríguez *et al.*, 2023).

3. Segmentación sintomatológica

La segmentación sintomatológica se enfoca en identificar y analizar la sintomatología subyacente que afecta el nivel de autonomía y funcionalidad del individuo para llevar a cabo actividades cotidianas, independientemente si cuenta o no con DCL. Este proceso abarca una evaluación integral de los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y físicos facilitando la identificación de características clínicas presencia o ausencia de algún. Trastorno mental que se encuentre en comorbilidad. Siendo esencial para adaptar las intervenciones a las necesidades individuales del paciente.

3.1 Síntomas Cognitivos

Los síntomas cognitivos se refieren a alteraciones en las funciones mentales superiores que afectan la capacidad de procesamiento de información, razonamiento, aprendizaje, memoria y toma de decisiones. Estos síntomas suelen ser indicadores de condiciones neurológicas, psiquiátricas o del envejecimiento y, pueden manifestarse de manera gradual o abrupta según la causa subyacente (Deus-Yela & Deví-Bastida, 2019; Polo-Vargas & Bravo-Pacheco, 2023).

En el contexto del DCL, estos síntomas incluyen deficiencias en la memoria, como dificultad para recordar hechos recientes o eventos pasados, problemas en la atención y concentración, disminución en la velocidad de procesamiento de información, y alteraciones en las funciones ejecutivas como la planificación, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva. También pueden observarse cambios en el lenguaje como, la dificultad para encontrar palabras o formar oraciones coherentes y en las habilidades visuoespaciales como la orientación en el espacio o el reconocimiento de objetos y personas.

3.2 Síntomas afectivos

Los síntomas afectivos se refieren a los cambios o alteraciones en el estado emocional de una persona, los cuales pueden manifestarse como emociones intensas, persistentes o inapropiadas para una situación determinada. Son observadas comúnmente en forma de depresión, ansiedad, estrés o cambios en el estado de ánimo. Siendo la depresión uno de los síntomas afectivos más prevalentes y clínicamente relevantes. Diversos estudios han señalado que la presencia de síntomas depresivos puede ser tanto un factor de riesgo como una manifestación temprana del deterioro cognitivo (González-Hernández *et al*, 2022).

Es fundamental diferenciar entre emociones básicas y los síntomas de trastornos mentales. Donde las emociones básicas son rápidas y automáticas, influyendo en cómo los individuos interactúan con su entorno y procesan experiencias, siendo las emociones básicas: la alegría, la tristeza, el miedo, el enojo, la repulsión y la sorpresa. Mientras que, los síntomas afectivos de trastornos mentales son respuestas emocionales que forman parte de características clínicas específicas en la amplia gama de padecimientos psiquiátricos, como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad o los trastornos de estrés y relacionados con trauma, por mencionar algunos (Deus-Yela & Deví-Bastida, 2019; Polo-Vargas & Bravo-Pacheco, 2023).

3.3 Síntomas conductuales

Desde la perspectiva de la psicología clínica, los síntomas conductuales se refieren a cambios en el comportamiento de una persona que pueden resultar de alteraciones cognitivas, emocionales o fisiológicas. Estos síntomas incluyen respuestas que interfieren con la adaptación funcional y social del individuo (Deus-Yela & Deví-Bastida, 2019; Polo-Vargas & Bravo-Pacheco, 2023).

En el contexto del DCL, estos síntomas se reflejan como agitación, inquietud, agresividad verbal o física, impulsividad, influenciados por la incapacidad de autorregulación emocional y del control inhibitorio. Los síntomas conductuales pueden ser expresiones directas de alteraciones cognitivas, reacciones emocionales

secundarias al reconocimiento de la propia limitación funcional y/o del resultado del deterioro neurológico.

3.4 Síntomas físicos y somáticos

Los síntomas físicos son cualquier manifestación corporal objetiva o subjetiva que indica la presencia de una enfermedad o alteración en el organismo, tales como: dolor, fatiga, fiebre, malestar general, inflamación, tos, entre otros. Mientras que, los síntomas psicósomáticos son manifestaciones físicas que resultan de factores psicológicos o emocionales, sin que exista una causa médica identificable que justifique los síntomas. No obstante, estos síntomas pueden presentarse como manifestaciones directas de patologías médica coexistentes o como una consecuencia de los cambios psicológicos y emocionales que acompañan el deterioro cognitivo (Deus-Yela & Deví-Bastida, 2019; Polo-Vargas & Bravo-Pacheco, 2023).

La presencia simultánea de síntomas físicos o psicósomáticos crea un ciclo de retroalimentación negativa en el que los problemas físicos intensifican los síntomas cognitivos y emocionales, elevando el riesgo de complicaciones médicas adicionales.

Existen pruebas psicológicas que se utilizan como apoyo en la evaluación sintomatológica del adulto mayor con DCL, considerando tanto el estado cognitivo como el nivel funcional y el estado emocional. Entre las herramientas reconocidas por el Instituto Nacional de Geriátría (INGER) se encuentra el Mini-Mental State Examination (MMSE)/Mini-Examen del Estado Mental empleado para valorar el estado cognitivo general (Ver anexo 10). De igual forma, la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) (Ver anexo 11) que resulta útil para detectar alteraciones sutiles en funciones cognitivas superiores como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

En cuanto al funcionamiento en la vida diaria, el Índice de Barthel permite medir el grado de independencia del paciente en actividades básicas como la alimentación, el aseo personal y la movilidad (Ver anexo 2). Mientras que, el Índice de Katz complementa esta evaluación al explorar otras áreas de autonomía en la rutina cotidiana (Ver anexo 1).

Por otra parte, para detectar síntomas depresivos en población adulta mayor, se recomienda el uso de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) diseñada específicamente para identificar la presencia de depresión en este grupo, evitando interferencias con los síntomas físicos que suelen acompañar al envejecimiento (Ver anexo 18). Dicha escala tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 81% (García *et al* 2008; Ochoa *et al* 2021).

4. Exploración del estado mental

Desde la perspectiva de la psicología clínica, la exploración del estado mental es un proceso sistemático y detallado mediante el cual el psicólogo clínico evalúa los aspectos cognitivos, emocionales, somáticos, interpersonales y conductuales de un paciente para comprender su funcionamiento psicológico en un contexto determinado. A través de la entrevista clínica, la observación directa y la clinimetría, se exploran áreas clave como el aspecto externo y conducta, lenguaje, estado de ánimo, pensamiento, percepción, orientación, atención y concentración, memoria y conciencia de la enfermedad. Esta exploración permite identificar posibles alteraciones o trastornos mentales proporcionando información crucial para el diagnóstico, el pronóstico y la intervención clínica adecuada (Arya & Rentala, 2021).

4.1 Aspecto externo y conducta

La exploración de "aspecto externo y conducta" abarca la observación de la apariencia y conducta motora. Esta evaluación comienza con la observación de la apariencia general que incluye elementos como la presentación personal, el vestuario y la higiene. Si son o no apropiados a la edad, sexo, grupo cultural y clase social del paciente, pues estos elementos están claramente influenciados por factores socioculturales.

La evaluación de la conducta motora abarca diversas manifestaciones que reflejan el estado neuromuscular del paciente. Entre estas se incluyen los temblores, la acatisia, las estereotipias, la inquietud psicomotriz, la agitación, la acinesia, la inhibición psicomotriz, la catalepsia, la obediencia automática y los manierismos.

4.2 Lenguaje

La exploración del "lenguaje" abarca si el paciente cuenta con retardo del lenguaje, mutismo, disartria, tartamudez, estereotipias verbales, neologismos y afasias. Así como la velocidad y tono de la voz.

4.3 Estado de ánimo

El "estado de ánimo" es una dimensión clave en la evaluación del estado mental, ya que, proporciona información sobre el tono emocional dominante del paciente y cómo éste percibe y expresa sus emociones. El estado de ánimo subjetivo, es decir, cómo el paciente describe su propio estado emocional, y el estado de ánimo objetivo el cual es desde la observación clínica del evaluador, permitiendo diferenciar entre la experiencia interna del paciente y su expresión externa.

Así mismo, existen diversas manifestaciones del estado de ánimo, entre ellas: euforia, irritabilidad, labilidad afectiva, ambivalencia afectiva, aplanamiento afectivo, incongruencia afectiva y reactividad emocional.

4.4 Pensamiento

La exploración del "pensamiento" abarca la observación de las alteraciones en el curso y el contenido de los procesos mentales del paciente. Entre las alteraciones del curso del pensamiento se incluyen la taquipsiquia, la bradipsiquia, el bloqueo del pensamiento, la fuga de ideas, la perseveración, la incoherencia y la alogia.

Por otra parte, las alteraciones del contenido del pensamiento incluyen preocupaciones, rumiaciones, ideas suicidas, ideas sobrevaloradas, pensamiento mágico e ideas delirantes.

4.5 Percepción

La exploración de la “percepción” incluye aquellas alteraciones que afectan cómo el paciente interpreta los estímulos sensoriales. Entre ellas se encuentran las ilusiones y las alucinaciones. Dentro de las alucinaciones, se incluyen las auditivas, las olfativas, las gustativas y las somáticas. De igual manera, se debe explorar la presencia de despersonalización y desrealización.

4.6 Orientación

La exploración de la “orientación” se centra en la capacidad del paciente para reconocer su ubicación temporal, espacial y personal. La orientación temporal se refiere al conocimiento sobre la fecha, día, mes y año, siendo los errores en el año especialmente significativos; la orientación espacial evalúa la capacidad para identificar el entorno y reconocer el lugar donde se encuentra; la orientación personal implica saber el propio nombre y reconocer a las personas cercanas.

4.7 Atención y concentración

La exploración de la “atención y concentración” se enfoca en la capacidad del paciente para mantener y focalizar su interés en una tarea. Las alteraciones en esta área se hacen evidentes durante la entrevista, ya que, el paciente muestra dificultad para concentrarse en las preguntas y se distrae fácilmente con estímulos tanto externos como internos. La atención, la concentración y la memoria inmediata suelen estar interrelacionadas, por lo que, cuando el deterioro de la atención es significativo el paciente tendrá dificultades para realizar pruebas de memoria.

4.8 Memoria

En el apartado de exploración de la “memoria” se consideran diferentes tipos de procesos cognitivos relacionados con la retención y recuperación de información. Entre ellos se incluyen la memoria inmediata, la memoria reciente y la memoria remota.

4.9 Conciencia de enfermedad (*insight*) y juicio

Por último, la exploración de “insight y juicio” se refiere a la conciencia de enfermedad que tiene el paciente, es decir, a su condición actual de salud, sus atribuciones y la necesidad de tratamiento.

Aunque no existe una herramienta estandarizada para documentar la exploración del estado mental, una opción práctica es utilizar una tabla de registro en formato de lista de verificación (checklist). Esta tabla incluiría de forma estructurada los elementos clave de la evaluación, permitiendo al profesional de salud marcar, describir brevemente o anotar observaciones relevantes para cada aspecto.

5. Evaluación del deterioro cognitivo

La evaluación psicológica clínica requiere de varios puntos para obtener la mayor información posible acerca del estado de salud actual del paciente. En primera instancia, se aplica una entrevista y anamnesis detallada para obtener el motivo de consulta y el estado actual de salud. Seguido de la evaluación sintomatológica en general, esté ligado o no, al deterioro cognitivo. Así mismo, la exploración del estado mental abarca puntos para comprender áreas que interfieren con la calidad de vida del paciente, resaltando la posibilidad de la presencia de algún trastorno mental en comorbilidad con el DCL.

En psicología clínica el deterioro cognitivo se clasifica como trastornos neurocognitivos. Su evaluación requiere de conocimientos específicos acerca de los dominios cognitivos afectados durante la presencia de un trastorno neurocognitivo leve. Estos dominios cognitivos se centran en la atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales motoras y reconocimiento social.

Los dominios cognitivos mencionados pueden verse afectados en diferentes grados según la condición particular de cada paciente y la causa subyacente. Entre las etiologías posibles se encuentran la enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontal temporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, consumo de sustancias o medicamento, infección por VIH, enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington u otra afección médica e inclusive por múltiples etiologías (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; McCollum & Karlawish, 2020; Morris & Weintraub, 2022).

Reconocer los dominios cognitivos afectados en un trastorno neurocognitivo es solo una parte del análisis, es fundamental comprender las manifestaciones clínicas específicas que caracteriza a cada enfermedad, ya que, cada una presenta una evolución particular.

A continuación, nos centraremos en los aspectos de la evaluación sintomatológica ligada al DCL o trastorno neurocognitivo leve, sin considerar la etiología de este.

5.1 Atención compleja

La atención compleja es una función cognitiva que permite al individuo procesar y responder a la información en su entorno. En la evaluación clínica psicológica, la atención compleja se integra en distintos tipos de atención que precisan las capacidades de concentración y procesamiento del paciente en múltiples situaciones, entre las cuales se encuentra:

- La atención continua: es la capacidad para mantener la concentración en una tarea durante un tiempo prolongado y permite observar si el paciente puede sostener el enfoque sin distraerse.
- La atención dividida: entendida como la habilidad para atender a dos o más estímulos o actividades simultáneamente, se evalúa para determinar si el paciente puede manejar múltiples fuentes de información a la vez.
- La atención selectiva: es la capacidad para concentrarse en un estímulo específico mientras se ignoran otros distractores, lo cual proporciona información sobre la habilidad del paciente para filtrar estímulos irrelevantes y centrarse en elementos importantes, especialmente en entornos con ruido o distracciones.
- La velocidad de procesamiento: se refiere a la rapidez con la que el paciente entiende y responde a la información, permitiendo evaluar la eficiencia en el procesamiento de estímulos, así como la rapidez en la respuesta y la capacidad para completar tareas en tiempos limitados.

5.2 Función ejecutiva

La función ejecutiva es un conjunto de procesos cognitivos que permiten al individuo gestionar su comportamiento, organizar sus pensamientos y tomar decisiones efectivas para alcanzar metas, entre las cuales se encuentra:

- La planificación: es la capacidad para desarrollar y ejecutar estrategias con el fin de alcanzar objetivos a largo plazo, lo que permite identificar si el paciente puede estructurar sus acciones y recursos de manera eficiente para realizar tareas complejas.
- La toma de decisiones: involucra la capacidad de elegir entre diferentes opciones y predecir las consecuencias de cada elección.
- La respuesta a la retroinformación o corrección de errores: está relacionada con la capacidad de reconocer y ajustar el desempeño tras un error, lo cual refleja la flexibilidad cognitiva. Este aspecto se enfoca en comprender si el paciente aprende de sus fallos y ajusta sus conductas en consecuencia.
- La inhibición: es la capacidad para controlar impulsos automáticos o respuestas inapropiadas. Observar estos patrones de impulsividad ayuda a identificar y trabajar sobre conductas desadaptativas, fomentando una mayor estabilidad emocional y un manejo más adecuado de las reacciones en los pacientes.
- La flexibilidad mental: implica adaptarse a cambios en el entorno y modificar estrategias ante nuevos desafíos. La flexibilidad mental facilita la adaptación a situaciones imprevistas, contribuyendo al manejo efectivo de la vida diaria.

5.3 Aprendizaje y memoria

El aprendizaje y la memoria son funciones cognitivas que permiten al individuo adquirir, mantener y recuperar información para el desempeño cotidiano y la adaptación al entorno, entre las cuales se encuentra:

- La memoria de trabajo: permite retener y manipular información de manera temporal durante la ejecución de tareas cognitivas, fundamental para el desarrollo de estrategias y la resolución de problemas durante las actividades cotidianas como tomar notas o planificar tareas.
- La memoria inmediata: es la capacidad de registrar y retener información durante unos segundos después de haberla recibido, siendo esencial para evaluar si el paciente puede procesar y almacenar estímulos de manera eficiente en el momento de la prueba.
- La memoria reciente: se refiere a la habilidad de recordar información adquirida minutos u horas antes. Este tipo de memoria incluye subcomponentes como el recuerdo libre (capacidad de recuperar información sin ayudas externas), el recuerdo evocado (recuperación facilitada por pistas o indicios) y la memoria de reconocimiento (identificación de información previamente presentada entre opciones múltiples).
- La memoria a muy largo plazo: que incluye la memoria semántica (almacenamiento de conocimientos generales y conceptos) y la memoria autobiográfica (recuerdos personales y experiencias pasadas), permite explorar la estabilidad y accesibilidad de la información almacenada durante años.
- El aprendizaje implícito: es la capacidad de adquirir conocimientos o habilidades de manera inconsciente, a menudo evaluado a través de tareas que no requieren una recuperación intencional. Este tipo de memoria proporciona información sobre cómo el paciente puede aprender a través de la repetición sin depender de un recuerdo consciente.

5.4 Lenguaje

El lenguaje es una función cognitiva superior que permite la comunicación a través de símbolos estructurados, facilitando la transmisión de pensamientos, emociones e ideas entre individuos. Este proceso involucra tanto la producción como la comprensión de información verbal y no verbal, permitiendo al individuo interactuar, expresar sus pensamientos y emociones, entre las cuales se encuentra:

- El lenguaje expresivo: se refiere a la capacidad de transmitir pensamientos, ideas y emociones mediante el habla, la escritura o los gestos. Este aspecto incluye la habilidad para nombrar objetos, encontrar palabras adecuadas y utilizar la gramática y la sintaxis correctamente.
- El lenguaje receptivo: implica la capacidad de comprender palabras, frases e instrucciones de manera auditiva o visual. Este aspecto del lenguaje es esencial para la interacción efectiva con el entorno y para procesar información verbal o escrita.

5.5 Habilidades perceptuales motoras

Las habilidades perceptuales motoras son funciones cognitivas que integran la percepción sensorial y la coordinación motriz, permitiendo al individuo interpretar estímulos del entorno y responder a ellos mediante acciones planificadas. Estas habilidades son esenciales para realizar actividades que demandan precisión, orientación espacial y destreza motriz, entre las cuales se encuentra:

- La percepción visual: se refiere a la capacidad de interpretar estímulos visuales como formas, colores o distancias y transformarlos en información útil para la interacción con el entorno.
- Las habilidades visoconstructivas: implican la capacidad de integrar información visual y motriz para construir o dibujar objetos, esenciales para tareas que requieren organización y precisión espacial.

- Las habilidades perceptuales motoras: combinan la percepción sensorial con movimientos coordinados, permitiendo realizar actividades de sincronización y control al manipular objetos o realizar tareas manuales complejas.
- La praxis: es la habilidad para ejecutar movimientos intencionados y coordinados en respuesta a una tarea específica, reflejando el funcionamiento integrado de sistemas cognitivos y motores.
- La gnosis: se refiere al reconocimiento y comprensión de estímulos sensoriales como identificar objetos, caras o sonidos, crucial para la interpretación adecuada del entorno.

5.6 Reconocimiento social

El reconocimiento social es una función cognitiva que permite al individuo interpretar y responder a señales sociales, facilitando interacciones adecuadas con su entorno. entre las cuales se encuentra:

- El reconocimiento de emociones: es la capacidad de identificar y comprender las expresiones emocionales en los demás a través de gestos, tonos de voz o expresiones faciales.
- La teoría de la mente: se refiere a la habilidad de atribuir estados mentales como creencias, deseos o intenciones a otras personas, permitiendo anticipar y comprender su comportamiento en diferentes contextos sociales (Isidro *et al.*, 2011; Ravidinn· & Katzen, 2019).

Para la evaluación del deterioro cognitivo en el adulto mayor, se cuenta con una variedad de pruebas psicológicas que permiten explorar diferentes dominios cognitivos. Entre las herramientas reconocidas por el INGER se encuentran el MEC y la MoCA mencionados anteriormente.

Además de estas pruebas ampliamente utilizadas, existen otros instrumentos complementarios que pueden emplearse según los objetivos de evaluación. Tal es el caso del Test de 60 caras de Ekman, la Prueba de nomenclatura de Boston (BNT), el

Test de manipulación y destreza de Grooved Pegboard, el Test de Stroop y, el Test de Símbolos y Dígitos (SDMT).

Para una descripción más detallada de cada una de estas pruebas, incluyendo su aplicación, interpretación y consideraciones clínicas, se sugiere revisar el capítulo II: Evaluación clínica del adulto mayor con deterioro cognitivo, donde se mencionan de manera más extensa.

6. Intervenciones psicoterapéuticas para el deterioro cognitivo

6.1 Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico estructurado de base empírica-científica diseñado para identificar, cuestionar y modificar patrones de pensamiento desadaptativos que influyen negativamente en las emociones y el comportamiento de las personas.

Dentro del modelo cognitivo de la TCC se destaca la interacción entre tres componentes principales: el entorno, los pensamientos y las respuestas (emocionales, conductuales y fisiológicas). El entorno o suceso desencadenante es cualquier evento o estímulo externo que actúa como disparador de una respuesta interna. Posterior a ello, se generan pensamientos o creencias desadaptativas. Donde, esta serie de pensamientos o creencias desadaptativas generan respuestas emocionales como ansiedad o tristeza que, a su vez afectan la conducta como evitar situaciones sociales o actividades, provocando cambios fisiológicos como tensión muscular fatiga, dolores de cabeza, entre otros (Beck, 2021; Stump, 2021).

En el caso de adultos mayores con DCL, algunas técnicas para implementar acorde al dominio cognitivo comprometido pueden ser:

- Redireccionamiento atencional focalizado: Estrategia para reorientar la atención del paciente hacia estímulos relevantes, disminuyendo la sobrecarga de distractores y favoreciendo la atención selectiva y dividida.
- Estructuración de actividades funcionales: Intervención que utiliza herramientas visuales y estrategias jerárquicas para fomentar la organización temporal y la priorización de objetivos.
- Análisis empírico de evidencias: Técnica que facilita el entrenamiento en memoria semántica y episódica al analizar la validez de las creencias o recuerdos distorsionados.

- Etiquetado de distorsiones cognitivas: Técnica que fortalece habilidades lingüísticas al identificar y clasificar distorsiones cognitivas, promoviendo el desarrollo de una narrativa coherente y adaptativa.
- Exposición gradual in vivo: Técnica que integra elementos perceptuales y motrices mediante la exposición gradual a tareas que exigen procesamiento sensorial y coordinación motriz.

6.2 Terapia de reminiscencia

La terapia de reminiscencia es una intervención psicoterapéutica que utiliza el recuerdo de experiencias pasadas como herramienta para estimular las capacidades cognitivas, reforzar la identidad personal y promover el bienestar emocional, particularmente en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. Se basa en la premisa de que los recuerdos son esenciales para la construcción de la identidad y la conexión emocional, mismos que, al evocar puede mejorar la calidad de vida al fomentar sentimientos de valía personal, continuidad y pertenencia.

Un aspecto fundamental de esta intervención radica en su conexión con la etapa de desarrollo "integridad frente a desesperación" descrita por Erik Erikson en su teoría del ciclo vital. Según este modelo, los adultos mayores enfrentan un desafío psicológico central: evaluar su vida y lograr un sentido de integridad. La integridad se alcanza cuando el individuo puede mirar hacia atrás en su vida con satisfacción, reconociendo tanto los logros como los fracasos, integrándose en una narrativa coherente proporcionando un sentido de propósito y significado (Pamungkas *et al.*, 2021; Redulla, 2020).

Algunas estrategias clave adaptadas a los dominios comprometidos incluyen:

- Uso de fotografías y álbumes familiares: Evocar recuerdos a través de imágenes personales significativas que ayudan a activar recuerdos almacenados en la memoria episódica, reforzando la identidad autobiográfica del paciente.
- Narración de historias personales: Relatar eventos o anécdotas importantes de la vida del paciente, facilitando la organización y reflexión sobre su historia personal.

- Revisión de objetos significativos: Explorar recuerdos mediante elementos tangibles como cartas, joyas u otros recuerdos personales que activan recuerdos específicos y emocionales.
- Música evocadora: Escuchar canciones de momentos significativos de la vida del paciente, estimulando recuerdos emocionales y la conexión con eventos pasados.
- Un diario de vida: Documentar recuerdos y experiencias en un formato escrito o ilustrado, permitiendo al paciente organizar y recordar eventos importantes, promoviendo la reflexión sobre su trayectoria vital.

6.3 Estimulación cognitiva

La Estimulación Cognitiva es un enfoque terapéutico integral diseñado para mejorar y mantener las funciones cognitivas como la memoria, el razonamiento, la atención, la percepción, la toma de decisiones y la resolución de problemas en pacientes con deterioro cognitivo, ocasionadas por la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson y otras formas de demencia (Morales-Vigil *et al.*, 2022; Rodríguez *et al.*, 2023).

A continuación, se describen algunas técnicas y ejercicios específicos sugeridos a tratar dominios cognitivos comprometidos en el adulto mayor con DCL leve:

- Ejercicios de asociación: Relacionar imágenes con palabras, objetos con nombres, o caras con recuerdos, lo cual fortalece la memoria semántica y episódica. Ejemplos: Relacionar fotos de animales con sus nombres, asociar frutas con colores, conectar lugares con eventos importantes.
- Juegos de atención visual: Buscar objetos en imágenes complejas o realizar ejercicios para encontrar diferencias en un conjunto de imágenes, lo que trabaja la atención visual y concentración. Ejemplos: Buscar objetos en una imagen llena de detalles, encontrar 10 diferencias entre dos fotos, ejercicios en libros de "busca y encuentra".

- Rompecabezas lógicos: Resolver acertijos o problemas matemáticos que requieren pensamiento secuencial y lógico, ayudando a mejorar el razonamiento. Ejemplos: Resolver un Sudoku, hacer un cubo Rubik, completar puzzles matemáticos.
- Juegos de estrategia: Juegos como el ajedrez, las damas o el sudoku, que fomentan la planificación, la toma de decisiones y el razonamiento estratégico. Ejemplos: Jugar al ajedrez, hacer un juego de damas, resolver acertijos lógicos en aplicaciones.
- Tareas de planificación: Organizar actividades o crear agendas, como hacer una lista de tareas diarias, para mejorar las funciones ejecutivas. Ejemplos: Crear una lista de compras, planificar un evento familiar, organizar un viaje de vacaciones.

6.4 Terapia de estimulación multisensorial (Sala Snoezelen)

La Terapia de Estimulación Multisensorial o Sala Snoezelen es una intervención terapéutica diseñada para promover la relajación, la estimulación sensorial y la mejora del bienestar emocional en pacientes con deterioro cognitivo asociados a la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson y otras demencias. Este tipo de intervención utiliza un entorno cuidadosamente diseñado que integra estímulos visuales, auditivos, táctiles, olfativos y propioceptivos para activar múltiples sistemas sensoriales de manera controlada y segura (Malpartida & Menzala, 2023; Merchán, 2019).

A continuación, se presentan algunas técnicas y actividades específicas adaptadas a los dominios cognitivos comprometidos en adultos mayores con trastorno neurocognitivo leve:

- Luces de colores interactivas: Uso de paneles LED o tubos de burbujas para estimular la atención visual y promover la relajación mediante cambios de color suaves y controlados.
- Técnicas de relajación con sonidos naturales: Reproducción de sonidos de agua, viento o aves para inducir un estado de calma y estimular áreas cerebrales relacionadas con la integración auditiva.

- Experiencia táctil con materiales naturales: Introducir objetos como piedras lisas, madera o hojas para trabajar la percepción táctil y la conexión con la naturaleza.
- Juegos de luces y sombras: Actividades que exploran contrastes para mejorar la discriminación visual y la atención selectiva.
- Técnicas de integración multisensorial combinada: Uso simultáneo de estímulos táctiles, visuales y auditivos para potenciar la percepción integrada y la memoria asociativa.

6.5 Actividad física combinada con estimulación cognitiva

La actividad física combinada con estimulación cognitiva es un enfoque terapéutico integral diseñado para mejorar simultáneamente las capacidades físicas y cognitivas en pacientes con deterioro cognitivo. Este enfoque aprovecha la interacción entre el movimiento físico y las tareas cognitivas para optimizar la neuroplasticidad.

La actividad física combinada con estimulación cognitiva utiliza una amplia variedad de ejercicios adaptados a las capacidades funcionales y cognitivas de cada paciente, (López *et al.*, 2015; Ramos *et al.*, 2021; Rodríguez *et al.*, 2023).

A continuación, se sugieren algunas técnicas y actividades específicas para abordar los dominios cognitivos comprometidos en el adulto mayor con DCL:

- Caminatas con resolución de problemas: Durante una caminata a ritmo moderado, se solicita al paciente realizar tareas cognitivas como contar hacia atrás, identificar colores o nombrar objetos en el entorno.
- Juegos de lanzamiento con categorización: Se utiliza una pelota que el paciente debe lanzar y atrapar mientras dice palabras que pertenezcan a una categoría específica, como frutas, animales o colores.
- Danza guiada con secuencias: Se enseñan pasos de baile simples que el paciente debe seguir, aumentando gradualmente la complejidad de los movimientos.

- Recorridos con obstáculos e instrucciones: El paciente debe sortear un recorrido con obstáculos mientras sigue instrucciones verbales como "gira a la derecha" o "toma el objeto rojo".
- Dinámicas de reacción rápida: El paciente recibe tarjetas con instrucciones simples (como "aplaude" o "da un paso") y debe reaccionar rápidamente.

7. Acompañamiento a pacientes y sus familias

7.1 Dar malas noticias

Desde la práctica clínica, comunicar malas noticias es un momento crítico que requiere no solo transmitir información precisa, sino también proporcionar un espacio de contención emocional para los familiares. Este proceso debe ser manejado de manera estructurada, integrando habilidades de comunicación efectiva con un enfoque empático que permita a los familiares sentirse comprendidos y acompañados.

El método SPIKES es una herramienta útil que ofrece pasos claros para abordar este proceso (Bascuñán & Luengo-Charath, 2022) en cual se consideran los siguientes elementos:

- **Preparación del entorno (Setting):** Antes de iniciar la conversación, es esencial elegir un espacio tranquilo, privado y sin interrupciones. Esto permite que el familiar se sienta en un ambiente seguro y que el profesional pueda concentrarse en la interacción.
- **Exploración del conocimiento previo (Perception):** Antes de compartir la noticia, se debe explorar lo que el familiar ya sabe o entiende de la situación del paciente. Esto puede hacerse mediante preguntas abiertas como "¿Qué le han comentado hasta ahora sobre la situación de su familiar?". Este paso permite ajustar la información al nivel de comprensión del interlocutor.
- **Invitación para compartir la información (Invitation):** Pedir permiso para abordar el tema ayuda a respetar los tiempos emocionales del familiar. Preguntas como "¿Le parece si hablamos sobre los resultados de los estudios?" abren el camino para que el familiar se sienta preparado para recibir la información.
- **Comunicación de los hechos (Knowledge):** Al transmitir la noticia, es fundamental utilizar un lenguaje claro, evitando tecnicismos y dividiendo la

información en pasos pequeños. Es importante verificar continuamente si el familiar comprende lo que se está diciendo para garantizar que la conversación sea efectiva.

- Validación emocional (Emotions): Las reacciones emocionales ante las malas noticias pueden variar desde el llanto hasta el enojo o la negación. Validar estas emociones con frases como: "Es normal sentirse abrumado en este momento. Estoy aquí para apoyarle." Esto ayuda a que el familiar se sienta escuchado y comprendido.
- Resumen y siguientes pasos (Summary): Al finalizar, es útil recapitular los puntos clave y proponer acciones concretas, como el seguimiento médico o el acceso a recursos de apoyo psicológico. Esto brinda claridad y una sensación de control ante la incertidumbre.

7.2 Psicoeducación para familiares

La psicoeducación se consolida como una estrategia esencial para empoderar a los familiares en su rol de cuidadores. Desde la psicología clínica, este proceso implica no sólo transmitir información sobre la condición del adulto mayor, sino también equipar a los familiares con herramientas prácticas y emocionales que les permitan enfrentar los desafíos del cuidado (Isidro *et al.*, 2011).

En una intervención psicoeducativa, el psicólogo clínico debe considerar lo siguiente:

- Conocimiento de la condición del paciente: Proveer información clara y accesible DCL en adulto mayor. Explicar síntomas, evolución y posibles intervenciones ayuda a los familiares a comprender lo que ocurre y a reducir el miedo asociado a la incertidumbre.
- Estrategias prácticas: Brindar recomendaciones específicas para el cuidado diario, como técnicas para manejar episodios de agitación o métodos para fomentar la autonomía del paciente. Estas estrategias deben adaptarse a las capacidades y recursos del cuidador.
- Gestión emocional: Crear un espacio para que los familiares puedan expresar sus emociones, como el estrés, la frustración o el duelo, y proporcionarles técnicas

de manejo emocional que les permitan afrontar estas experiencias de manera saludable.

- **Autocuidado del cuidador:** Reforzar la importancia de que el familiar cuide de su propia salud física y emocional. Esto incluye fomentar pausas activas, establecer límites en el rol de cuidador y acceder a recursos de apoyo, como la terapia individual o grupos de apoyo.

7.3 Técnicas de manejo del estrés para cuidadores

El cuidado de un adulto mayor con DCL es una tarea emocional y físicamente demandante, que a menudo genera altos niveles de estrés en los cuidadores. Desde la psicología clínica, el manejo del estrés se puede abordar mediante la implementación de técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el mindfulness, promoviendo así un bienestar integral en el cuidador.

7.4 Técnicas basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC se centra en identificar y modificar pensamientos disfuncionales que contribuyen al estrés (Morales-Vigil *et al.*, 2022). Algunas técnicas clave incluyen:

- **Reestructuración cognitiva:** Esta técnica ayuda al cuidador a reconocer patrones de pensamiento negativos, como "Nunca seré suficiente para mi ser querido", y a sustituirlos por pensamientos más realistas y compasivos, como "Estoy haciendo lo mejor que puedo dadas las circunstancias".
- **Entrenamiento en resolución de problemas:** Consiste en guiar al cuidador para descomponer situaciones complejas en pasos manejables, identificar soluciones viables y evaluar sus resultados.
- **Técnicas de relajación:** La práctica de ejercicios de respiración profunda o relajación muscular progresiva puede reducir las respuestas fisiológicas al estrés, ayudando al cuidador a recuperar un estado de calma.

7.5 Técnicas basadas en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)

El enfoque de la ACT promueve la aceptación de las emociones difíciles y la acción comprometida con valores personales (Bennett & Oliver, 2019). Algunas estrategias útiles son:

- **Defusión cognitiva:** Enseña al cuidador a distanciarse de pensamientos negativos recurrentes, como "No puedo más", viéndolos como palabras pasajeras en lugar de verdades absolutas. Una técnica práctica es repetir mentalmente un pensamiento angustiante hasta que pierda su impacto emocional.
- **Aceptación emocional:** En lugar de evitar o luchar contra emociones como la tristeza o la culpa, se invita al cuidador a aceptarlas como parte natural de su experiencia, reduciendo así su intensidad y poder disruptivo.
- **Clarificación de valores y acción comprometida:** Se ayuda al cuidador a identificar lo que es realmente importante para él, como el bienestar de su ser querido, y a tomar decisiones alineadas con estos valores, incluso en medio de las dificultades.

7.6 Técnicas basadas en mindfulness

El mindfulness enseña a los cuidadores a vivir en el momento presente, disminuyendo el impacto del estrés y mejorando su calidad de vida (Shapiro *et al.*, 2018). Algunas técnicas incluyen:

- **Meditación de atención plena:** Implica sentarse en un lugar tranquilo, enfocar la atención en la respiración y redirigir la mente al presente cuando se distrae. Esto ayuda a romper el ciclo de pensamientos rumiantes.
- **Prácticas informales de mindfulness:** Estas pueden integrarse en actividades diarias, como prestar atención plena al lavar los platos o al caminar, cultivando una actitud de gratitud y calma en medio de las responsabilidades.
- **Escaneo corporal:** Al guiar al cuidador para que observe sensaciones físicas sin juicio, se fomenta una conexión con el cuerpo y un alivio de la tensión acumulada.

Referencias Bibliográficas:

- Arya, S., & Rentala, S. (2021). Mental status examination: An assessment key to rehabilitation with implication in nursing. *Journal of Medical Pharmaceutical and Allied Sciences*, 10(3), 2753–2757. <https://doi.org/10.22270/jmpas.V10I3.1111>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5th ed., Vol. 5). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bascuñán, M. L., & Luengo-Charath, M. X. (2022). Protocolos de comunicación de malas noticias en salud: limitaciones, desafíos y propuestas. *Rev Med Chile*, 150, 1206–1213.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive Behavior Therapy* (J. S. Beck, Ed.; 3rd ed., Vol. 3). The Guilford Press.
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques. In *Acceptance and Commitment Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781351056144>
- Deus-Yela, J., & Deví-Bastida, J. (2019). *Evaluación en psicología clínica de adultos* (1st ed.). UOC.
- García, C., Wagner, F., Sánchez, S., Juárez, T., Espinel, C., García, K., Franco, F., & Gallo, J., (2008) Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City 23, 1973–1980 Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-008-0799-2>
- González-Hernández, A., Rodríguez-Quintero, A. M., & Bonilla-Santos, J. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer: Un estudio de revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(2), 118–128. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>

- Paz-Guerra, S., & Peña-Herrera, B. (2021). Fundamentos de la evaluación psicológica (1st ed.). Universidad Politécnica Salesiana.
- Isidro, V., Pérez, C., Sánchez-Valladares, V., & Balbás, A. (2011). Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer.
- López, N., Véliz, A., Soto-Añari, M., Ollari, J., Chesta, S., & Allegri, R. (2015). Efectos de un programa combinado de actividad física y entrenamiento cognitivo en pacientes chilenos con Alzheimer leve. *Neurología Argentina*, 7(3), 131–139. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2015.04.001>
- Malpartida, J. L., & Menzala, C. C. (2023). Estimulación multisensorial en sala snoezelen para la integración sensorial de estudiantes con discapacidad en un CEBE de Huánuco (Perú). *Desde ElmSur*, 16, 1–23. <https://doi.org/DOI:10.21142/DES-1601-2023-0015>
- McCollum, L., & Karlawish, J. (2020). Cognitive Impairment Evaluation and Management. *Medical Clinics of North America*, 104(5), 807–825. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.06.007>
- Merchán, E. B. (2019). Revisión Sistemática: Aulas Multisensoriales/Snoezelen. Universidad Católica de Cuenca.
- Morales-Vigil, T., Grant, P., & Inverso, E. (2022). Terapia cognitiva orientada a la recuperación (tc-r).
- Morris, J. C., & Weintraub, S. (2022). Neuropsychological Assessment in Dementia Diagnosis. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*, 28(3), 781–799. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001135>
- Ochoa, A., López, M., Michelle, N., Martínez, J., García, E., & Kunik, D., (2021) Self-report depression screening measures for older Hispanic/Latin American adults: A PRISMA systematic review 294, 1-9 Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.049>

- Pamungkas, A., Sholihin, Ambarwati, R., & Sayekti, E. (2021). The Effect of Reminiscence Therapy on Increasing Cognitive Function in The Elderly. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, 10(4), 643–652.
- Polo-Vargas, J. D., & Bravo-Pacheco, V. (2023). *La entrevista psicológica: Perspectivas teóricas y prácticas* (1st ed.). Uninorte.
- Ramos, N. R., Romero-Ramos, Ó., & González Suárez, A. J. (2021). Actividad física y funciones cognitivas en personas mayores: revisión sistemática de los últimos 5 años Physical activity and cognitive functions in older people: a systematic review of the last 5 years. *Retos*, 39, 1017–1023. www.retos.org
- Ravdin, L. D., & Katzen, H. L. (2019). *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia Second Edition Clinical Handbooks in Neuropsychology* (2nd ed., Vol. 2). Springer. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-93497-6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-93497-6)
- Redulla, R. (2020). Reminiscence Therapy for Dementia. In *Issues in Mental Health Nursing* (Vol. 41, Issue 3, pp. 265–266). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1654572>
- Rodríguez, F. J., Salazar, Ma. del C., & Carrera, K. J. (2023). *Manual de Estimulación Cognitiva para Personas Adultas Mayores*. www.gob.mx/inapam
- Shapiro, S., Hanson, R., Carlson, K., Mustad, J., Robbins, M., Jha, A., Epel, E., Graham, J., Keltner, D., Nichols, W. J., & Siegel, D. J. (2018). *Masters of Mindfulness Transforming Your Mind and Body Course Guidebook* (1st ed., Vol. 1). THE GREAT COURSES. www.thegreatcourses.com
- Stump, M. B. (2021). *Cognitive behavioral therapy 11 Simple CBT Techniques to Strengthen Self-Awareness and Combat Negativity*. The Mentor Bucket.