



Universidad  
Nacional  
de Rosario

Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Psicología

### Trabajo Integrador Final

**Adultos mayores y deterioro cognitivo: una propuesta que trasciende el abordaje puramente neuropsicológico.**

Propuesta de intervención en el campo profesional.

Autora: Prado, Nahir Candela

Legajo: P-5752/5

DNI: 42178653

Correo: candelaprado99@gmail.com

Docente responsable: Martino, Pablo

2024.

#### **Agradecimientos**

A todas las personas que formaron parte de mi camino hasta acá.

A mis padres, por apoyarme siempre y darme la oportunidad de estudiar, junto con mi hermana y mi cuñado. Siempre estuvieron ahí para celebrar mis alegrías y contenerme en mis frustraciones.

A mi gran familia y amigas, quienes festejan hasta las lágrimas mis logros y están siempre acompañándome.

A mis "facuamigos" mi motivo y sostén durante toda la carrera. En especial, a mi mejor amiga, futura colega y equipo desde siempre, Victoria.

Al Dr. Pablo Martino, mi profesor y tutor de este TIF, por guiarme en este último paso, por su apoyo, su paciencia, sus ideas enriquecedoras y sus palabras de aliento. Gracias, también, a Sebastián Roma, mi docente TIF, por su compromiso, orientación y disposición.

A la Universidad Nacional de Rosario y a mi hermosa casa de estudios, la Facultad de Psicología. Gracias a los profesores que me acompañaron en este camino, me formaron como psicóloga y también como persona. No soy la misma que entró en 2018 por esas puertas. Celebro y agradezco mi camino por esta Universidad.

<b>Índice</b>	2
Resumen _____	4
Introducción_____	5
Denominación del proyecto_____	6

Descripción del grupo destinatario _____	7
Descripción y justificación de la propuesta _____	9
Objetivos _____	15
Descripción de las acciones, plazos tentativos y recursos necesarios _____	16
Evaluación general y cierre _____	22
Referencias bibliográficas _____	24

## **Resumen**

El presente escrito presenta una propuesta de intervención en el campo profesional dirigida a adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL), pacientes del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) de la ciudad de Rosario. Esta intervención busca no solo abordar los aspectos cognitivos, sino también promover el bienestar integral mediante un dispositivo que combine la neuropsicología y el psicoanálisis. El mismo estará focalizado en la prevención secundaria, con el objetivo de evitar que el DCL evolucione hacia una demencia. Este modelo de intervención considera

al adulto mayor como un sujeto activo, involucrándolo en actividades diseñadas para mejorar su calidad de vida.

Para ello, se propone un programa grupal de estimulación cognitiva compuesto de actividades destinadas a trabajar la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal, el lenguaje y las funciones ejecutivas. El enfoque grupal está destinado a fortalecer los lazos entre las personas participantes, en donde se genere un espacio de distensión, interacción y participación activa. También, se propone acompañar el programa de un análisis individual desde una perspectiva psicoanalítica, para así generar un espacio de escucha y alivio del malestar subjetivo. Si bien este dispositivo está diseñado para llevarse adelante durante todo el año, se plantea la posibilidad de extenderse en el tiempo y brindar un espacio accesible y continuo, en el cual más personas puedan beneficiarse del programa.

Palabras clave: adultos mayores, deterioro cognitivo leve, intervención psicológica, neuropsicología, psicoanálisis, prevención, demencias.

## **Introducción**

El presente Trabajo Integrador Final se desarrollará de acuerdo a una posible intervención de psicólogos en el campo profesional. Esta propuesta de intervención estará dirigida a personas adultas mayores con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL), una condición que se sitúa como punto de intermedio entre el proceso de envejecimiento habitual y la demencia.

En este marco, es importante destacar que Argentina y el mundo están

experimentando un significativo cambio demográfico en relación a la población adulta, el cual está impulsado por el aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno responde a avances científicos, mejoras en tratamientos médicos, variadas campañas de prevención y promoción de la salud, así como también la creación de políticas públicas orientadas a adultos mayores.

Esta transformación de la estructura poblacional trae aparejados grandes desafíos para la salud pública ya que no solo se altera la composición demográfica, sino que también implica un aumento en la incidencia de deterioro cognitivo y demencia. Esto representa una creciente preocupación debido a su impacto tanto económico como social.

En este sentido, resulta fundamental entender que, si bien el proceso de envejecimiento conlleva cambios cognitivos graduales, como una disminución en la velocidad de procesamiento de la información y cierto declive en la memoria, esto generalmente no interfiere de manera significativa con las tareas de la vida cotidiana de la persona y se considera dentro de los parámetros habituales de los adultos mayores. En contraste, el DCL se caracteriza por una reducción más notable de las funciones cognitivas tales como: memoria, lenguaje, razonamiento, orientación espacio-temporal, atención, funciones ejecutivas, etc. (Bartoloni, et al., 2015)

Esta distinción entre el envejecimiento normal y el DCL es esencial para desarrollar estrategias de intervención pertinentes. Los profesionales de la salud, especialmente, los psicólogos, tienen un papel fundamental en la detección temprana y tratamiento del DCL ya que este puede progresar o no a una demencia.

Sin embargo, esta propuesta de intervención va más allá de un plan exclusivamente neurocognitivo. Es importante generar dispositivos que promuevan el bienestar integral que consideren no solo los aspectos cognitivos sino también los subjetivos y sociales. Con este objetivo, se propondrá una intervención en la que haya una colaboración interdisciplinaria entre la neuropsicología y el psicoanálisis, dos campos aparentemente dispares, pero que, sin embargo, nos podrán proporcionar una visión más completa y enriquecedora de los padecimientos cognitivos y las experiencias subjetivas, así como abrir nuevas posibilidades de tratamiento y rehabilitación.

El envejecimiento de la población plantea la oportunidad de repensar como abordar las necesidades de las personas mayores. Para ello, es fundamental considerar el concepto de envejecimiento activo. La Organización Mundial de la Salud, en 2002, plantea el envejecimiento activo como un “proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p.12), lo que subraya la importancia de promover un envejecimiento saludable que fomente además del bienestar físico y mental, la autonomía y la participación social.

Ante esto, es de vital importancia atender a esta demanda social y ofrecer dispositivos de alcance comunitario. Para cumplir con este objetivo, esta propuesta de intervención se realizará en adultos mayores de la ciudad de Rosario, afiliados al Programa de Atención Médica Integral (PAMI), que presenten signos de Deterioro Cognitivo Leve.

A continuación, se detallarán aspectos específicos del grupo destinatario de la intervención, la descripción y justificación de la propuesta, los objetivos, las actividades planificadas con su fundamentación, los tiempos y recursos a utilizar, así como también el modo de evaluar el proyecto.

## **Denominación del proyecto**

Propuesta de intervención: creación de un Programa de Estimulación Cognitiva para adultos mayores.

**Descripción de la comunidad, la organización o el grupo destinatario de la intervención profesional**

Esta intervención profesional está dirigida a adultos de tercera edad con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve no institucionalizados y con funcionalidad conservada. La población destinataria, en este caso, serán pacientes del policlínico PAMI I y PAMI II de la ciudad de Rosario. Para conceptualizar esta categoría, Bartoloni et al. (2015) consideran que:

El deterioro cognitivo leve representa una etapa intermedia entre la normalidad y la demencia, en la cual las personas desarrollan problemas cognitivos y de memoria que no son suficientemente severos como para recibir un diagnóstico de demencia, pero que, sin embargo, representan un subgrupo de riesgo ya que pueden evolucionar a una demencia clínicamente definida en el tiempo (p.30)

Estos problemas cognitivos interfieren en las actividades de la vida cotidiana como el olvido de eventos recientes, la dificultad para recordar nombres, cosas, palabras o la desorientación espacio-temporal. Además, pueden presentar desafíos importantes para resolver problemas o tomar decisiones.

Se ha elegido trabajar con personas no institucionalizadas para que las actividades de rehabilitación cognitiva puedan implementarse en su entorno cotidiano. Esto permite integrar actividades como hacer rompecabezas, crucigramas o llevar a cabo tareas diarias que estimulen sus funciones cognitivas dentro de su propio hogar, lo que se denomina "rehabilitación cognitiva externa".

Por otro lado, PAMI es la sigla para referirse al Programa de Atención Médica Integral. Está dirigido a jubilados y pensionados o adultos mayores de 70 años sin beneficio ni cobertura social alguna. Su historia comienza en 1971 cuando se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados. Surge como respuesta para ofrecer atención médica y asistencia social adaptada a las necesidades de la creciente población de personas mayores, quienes enfrentan vulnerabilidades específicas en términos de salud. La creación del PAMI se enmarca, entonces, en la ampliación de derechos sociales y consolidación del sistema de seguridad social de Argentina. Antes de su creación, no se planteaban políticas globales de salud ni había una institución que se encargara de forma integral de las necesidades de este grupo etario. Además de ofrecer un sistema de atención médica integral, este incluye atención geriátrica, prestaciones farmacéuticas, programas de rehabilitación y apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida de los adultos de tercera edad.

Si bien PAMI funcionó, en sus primeros años, para afiliados de Capital Federal, con los años, se expandió a la totalidad de las provincias. Específicamente en la ciudad de Rosario, hay dos efectores propios de PAMI. El policlínico PAMI I, ubicado en calle Sarmiento 373 y el policlínico PAMI II ubicado en Olive 1159. Es en estos efectores donde se realizará la intervención.

Según la Usina de Datos de la Universidad Nacional de Rosario (2022) la estructura poblacional de Rosario cambió significativamente en los últimos 40 años. Allí se observa que la población de adultos mayores ha aumentado debido a que hay un incremento en la esperanza de vida al nacer de 6 y 7 años para hombres y mujeres respectivamente. Por lo tanto, el porcentaje de adultos mayores de 60 años en Rosario, según esta fuente, es del 17,6% y la cobertura de salud alcanza el 94,6% de las personas de 60 a 74 años y el 99,3% de las personas de 75 años en adelante. Muchos de estos son pacientes de PAMI.

Esta intervención, entonces, estará dirigida a pacientes de PAMI, que ya tengan un diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve por parte del equipo de profesionales del efector y estén dispuestos a participar de este programa.

**Descripción y justificación de la propuesta**

El presente programa para adultos mayores será una intervención compuesta por

talleres grupales con actividades interactivas de estimulación cognitiva y sesiones individuales de psicoterapia, desde un enfoque psicodinámico. Con el objetivo de abordar al sujeto desde una perspectiva integral, no solo serán tenidos en cuenta los aspectos neurocognitivos sino también cómo influyen estos en la subjetividad. Estos encuentros tendrán una duración de nueve meses aproximadamente.

La necesidad de este programa surge a partir de un exponente cambio en la estructura demográfica de la población a nivel mundial y específicamente en Argentina. El aumento de la esperanza de vida trae aparejado un significativo incremento en la población adulta mayor.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), siguiendo el patrón actual de envejecimiento poblacional, entre el período de los años 2015 y 2050, habrá un aumento tal de la población mundial que casi se duplicará el porcentaje de los adultos mayores de 60 años, pasando del 12% al 22%. Esta organización sostiene que la transformación demográfica global presenta un desafío para las naciones, que deben fortalecer sus estructuras de atención médica y protección social para responder a las necesidades de una población cada vez más envejecida.

En Argentina, esta tendencia de envejecimiento poblacional progresivo también es evidente. Peláez et al. (2019) señalan que Argentina en los años 1950 tenía una esperanza de vida de 61,4 años y en 2015 pasó a 76,6. Esto se debe a la gran reducción de mortalidad que ha logrado la civilización a partir de avances científicos, mejoras en los tratamientos, mejoras en la calidad de vida, entre otros. Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022) proyecta que para 2040, la población de 65 años y más, en Argentina, alcanzará el 15.7% del total, un aumento significativo comparándolo con el año 2022, que fue del 11.4%.

En este escenario, como señalan Roqué y Rubin (2015) al aumentar la población de adultos mayores aumenta el número de personas con patologías como la demencia. En cifras, las autoras señalan que: "7,7 millones de personas se diagnostican (de demencia) por año en el mundo". (p.14) Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, agencia internacional especializada en salud pública declara que:

En el año 2015, la demencia afectó a 50 millones de personas en todo el mundo (o sea aproximadamente a un 5% de la población mundial de mayores de 60 años). Se prevé que el número de personas con demencia aumente a 82 millones en 2030 y llegue a 152 millones en 2050, y se estima que la demencia en algún momento afectará a entre 5% y 8% de la población de 60 años de edad o más. (2020, p.1)

En este sentido, es importante que se formulen políticas públicas para enfrentar estos desafíos, construyendo dispositivos que permitan la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Para Galende (2008), las políticas de salud mental deben enfrentar tanto a la medicalización como a la industria farmacológica, ya que estas no tienen que ver con lo social y lo subjetivo.

Estas políticas deben ser de orden nacional, es decir, para todo el país, buscando la integración social y cubriendo, por parte del estado, las necesidades de la población. Además, deben abarcar todo el sistema de salud. Las mismas se deben impartir conociendo las falencias del sistema y buscando producir un cambio que garantice los derechos a la salud de toda la población. (Galende, 2008)

Para lograr una cobertura de salud total, se utiliza la llamada Atención Primaria de la Salud (APS). La OMS (1978) la define como:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y un coste que la comunidad y el país puedan soportar (p.3)

Los valores de la APS son maximizar la equidad, la solidaridad y lograr la mayor salud posible. Se propone que la cobertura sea universal, que sea la puerta de entrada al sistema de salud, que se implemente una atención integral y continua donde haya una orientación familiar y comunitaria, entre otros objetivos (OMS, 2008). Además, la APS hace eje en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Czeresnia y Machado de Freitas (2008) proponen que la promoción de la salud se enfoca en mejorar las condiciones generales de vida, para que sean dignas y adecuadas. Busca influir en cómo las personas toman decisiones relacionadas con su bienestar. Su objetivo es fomentar acciones colectivas que beneficien la salud comunitaria y eleven la calidad de vida. Va más allá de la simple ausencia de enfermedades, aspirando a un estado integral de bienestar.

Por otro lado, la prevención se concentra en identificar, controlar y debilitar los factores de riesgo de enfermedades. Se basa en el conocimiento de las patologías y sus mecanismos para combatirlas eficazmente. Su meta principal es evitar la aparición de enfermedades o detectarlas tempranamente. (Czeresnia y Machado de Freitas, 2008)

Esta propuesta de intervención está enmarcada en la prevención secundaria. Los pioneros en describir los niveles de prevención fueron Leavell y Clark en 1965. Según Terris (1992), retomando el trabajo de los autores mencionados, la prevención primaria se trata de acciones que se llevan a cabo para evitar la aparición de la enfermedad; la prevención secundaria son medidas para diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad; la prevención terciaria refiere a evitar complicaciones de una enfermedad ya establecida.

Es fundamental destacar que la demencia no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Está asociada al estilo de vida. La OMS plantea como factores de riesgo el sedentarismo físico, el tabaquismo, el alcoholismo, la alimentación poco saludable, la hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, depresión, obesidad, aislamiento social e inactividad cognitiva. (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Algunos factores de riesgo son modificables y esto hace que la prevención sea posible.

La detección temprana y la intervención para prevenir la progresión del DCL son cruciales. Esto permite identificar a las personas en riesgo de desarrollar demencia y proporcionar intervenciones para retrasar o prevenir su progresión.

Los pilares del cambio podrían resumirse en dos aspectos: el diagnóstico y la intervención precoz. El diagnóstico más temprano ofrece una ventana clínica y social para mejorar el pronóstico y el tratamiento de los síndromes demenciales e incluso la historia natural de la enfermedad (Russo, 2015, p.43)

Si bien no hay tratamiento de remisión completa de los síntomas de deterioro

cognitivo o demencias, muchas veces se cree que solo los fármacos como donecipilo, rivastigmina, galantamina o memantina son las únicas opciones para las mencionadas patologías. “La perspectiva biomédica dominante, concibe la EA (Enfermedad de Alzheimer) como una enfermedad exclusivamente bioquímica, fisiológica y genética del

10

Sistema Nervioso Central” (Perez et al., 2005, p. 417). Este modelo de categorizar a dicha enfermedad lleva a un claro reduccionismo propio de un paradigma positivista. Es importante concebir a las demencias como una patología en la cual los procesos biológicos, psicológicos y sociales se integran y afectan mutuamente. Si bien muchos de los factores de riesgo de las demencias no son modificables como la edad, la genética, la diabetes, la hipertensión, entre otros, diversos estudios han declarado cómo pueden ser modificados los factores protectores de las demencias como la participación social, el entrenamiento cognitivo, la actividad física y la alimentación.

En este sentido, es importante destacar una conceptualización de salud que va más allá de la ausencia de la enfermedad. La salud es más que estar o sentirse bien. Czeresnia y Machado de Freitas (2008) han señalado que la salud está condicionada por factores sociales, económicos, políticos y culturales que van mucho más allá de la genética, la biología y los factores ambientales inmediatos. Se ha demostrado que hay una relación estrecha entre los estilos de vida, la posición social y económica, las condiciones de vida y el estado de salud.

Esta propuesta de intervención busca optimizar la cognición, conducta y función de los sujetos con deterioro cognitivo. Se intenta buscar la mejor situación funcional posible. La elección de un enfoque que combina la neuropsicología y el psicoanálisis se fundamenta en una necesidad de trabajo interdisciplinario que comprenda al sujeto que padece deterioro cognitivo desde una perspectiva compleja. Mientras que las técnicas neuropsicológicas atienden directamente a las funciones cognitivas afectadas, como la memoria, la atención, cálculo, la orientación espacio temporal, el lenguaje y las funciones ejecutivas, el enfoque psicodinámico permite explorar y trabajar sobre el impacto subjetivo en cada paciente.

Uno de los conceptos fundamentales en el campo de la neuropsicología es el de plasticidad cerebral, que se refiere a la capacidad del cerebro para modificar su estructura y función en respuesta a la experiencia. La neuroplasticidad permite a las neuronas regenerarse tanto anatómicamente como funcionalmente y formar nuevas conexiones sinápticas. Este concepto está estrechamente relacionado al de reserva cognitiva. Stern (2002) propone que la reserva cognitiva es "la capacidad del cerebro para hacer frente al daño cerebral de una manera eficiente mediante el reclutamiento de redes neuronales preexistentes o mediante la construcción de nuevas redes cerebrales" (p. 451). La misma está determinada por múltiples componentes, incluyendo factores genéticos, educativos, ocupacionales, sociales y estilo de vida.

Por tanto, para trabajar las funciones cognitivas, desde la neuropsicología, se utilizan técnicas de estimulación que se basan en la creencia de que mantener a la persona activa y estimulada, tanto intelectual como físicamente, puede disminuir o hacer más lento el declive cognitivo y funcional. Con este objetivo, Francés et al. mencionan las siguientes técnicas (2003): En primer lugar, la terapia de orientación a la realidad. Esta consiste en presentar información temporo-espacial para aumentar la sensación de control y la autoestima; También, presenta la terapia de reminiscencia. Esta es una técnica terapéutica que ayuda a las personas adultas a colocar sus experiencias en perspectiva; Por último, destaca la importancia de un programa de psicoestimulación. Se trata de trabajar la atención, concentración, memoria, lenguaje, cálculo, entre otras funciones.

La grupalidad de las técnicas favorece al fortalecimiento de los lazos y la competencia social. Se estimula la conversación y se suscita interés, atrayendo la

atención de los participantes.

Por otro lado, el psicoanálisis permite un espacio de escucha, donde la palabra tiene un espacio primordial. Macotinsjy (1999) señala que “El cuerpo requerirá de nuestra escucha, no solo cuando está enfermo, sino por el valor que naturalmente adquiere al percibirse transformado en la edad avanzada”. La psicoanalista insiste en que el cuerpo

11

coarta las posibilidades de simbolización y asociación. Por eso, en el discurso van a prevalecer las señales somáticas.

Salerno (2017), por su parte, destaca que en la vejez se conmueve el universo simbólico y el sujeto se ve obligado a construir un nuevo rol para evitar una desintegración subjetiva. Esta última sería producto de una amenaza a la identidad propia del proceso de envejecimiento. “una terapia psicoanalítica les ofrecerá la posibilidad de volver a narrar su historia a través de la construcción de nuevos significados y de la reconfiguración del sí mismo” (sección Beneficios del psicoanálisis en esta edad).

Este programa no pretende considerar a las personas mayores como objeto de intervención, como un cuerpo pasivo al que se le aplica un saber por parte de un profesional que sabe sino como sujetos que pueden intervenir sobre sí mismos, mejorando su calidad de vida. No se aspira a intervenir para curar o asistir individualmente, sino poner énfasis en aquello que puede hacer el sujeto para adoptar un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades (Conde Sala, 1999).

Prevenir quiere decir pensar en qué pueden contribuir las propias personas mayores a mejorar su nivel de salud; quiere decir considerar a las personas mayores, no únicamente como objetos de la intervención de alguien, sino como sujetos que tienen unas capacidades que es preciso potenciar y estimular: capacidades cognitivas, de pensar y de actuar y capacidades emocionales de elaborar los diferentes momentos de la su vida, también el de la vejez. (Conde Sala, 1999, p.2)

Al respecto, Mannoni (1992) habla de un derrumbe psíquico que ocurre en personas mayores porque en su relación con el otro la persona no es tratada como sujeto sino como objeto de cuidado. “Su deseo ya no encuentra anclaje en el deseo del Otro” (p.24) y esto es lo que hay que poner en juego en un espacio de escucha analítica. Un espacio en donde el deseo circule.

Cuando el adulto mayor está rodeado de médicos y evaluaciones se ve apresado, se convierte en algo de lo que hablan, en objeto de puro monólogo del médico y se cree solo. “Cuando el anciano advierte que se está volviendo dependiente, lo más penoso para él es la impresión de perder al mismo tiempo su condición de sujeto” señala Mannoni (1992, p.107). Así, su identidad puede sentirse despojada.

La posición del analista debe llevar a la reflexión y a la posibilidad de realizar los cambios necesarios en la técnica. Macotinsjy (1999) señala que recurrir a la regla primordial del psicoanálisis como lo es la asociación libre y atención flotante cuando el adulto habla de su cuerpo doliente podría llevar a una mala jugada. Es en este sentido que el espacio terapéutico debería cuestionarse y adaptarse para que sea soporte de

una reorganización que el adulto mayor recree, albergando nuevos contenidos y estableciendo un entorno seguro.

Se espera que este programa mejore la calidad de vida de los participantes. Al trabajar las funciones cognitivas y proporcionar herramientas para manejar el impacto subjetivo del DCL, los sujetos podrían prevenir que el deterioro cognitivo progrese a una demencia. Esta última es una de las principales causas de discapacidad en adultos mayores debido a que afecta significativamente la capacidad de realizar tareas de la vida cotidiana. Esto implica que los sujetos con esta condición, en sus últimos estadios,

12

dependan de otras personas para llevar a cabo tareas básicas como lo son la alimentación, la higiene personal, la movilidad, entre otras tareas (Roque y Rubín, 2015). Por esto, también, en esta propuesta, uno de los objetivos es trabajar con familiares y allegados de la persona con deterioro cognitivo.

Según Ruiz Adame Reina (2000), uno de los papeles del psicólogo es cumplir con la función de asesoramiento. Esto quiere decir orientar y aconsejar a la familia de la persona con deterioro cognitivo, durante el proceso diagnóstico, informando sobre medidas profilácticas, pautas de actuación y de estimulación cognitiva para compensar el taller y para que los hábitos puedan extenderse a su espacio personal. El fin será, entonces, lograr una intervención ecológica. Esta última es un enfoque en salud pública y en psicología comunitaria que considera la interrelación entre individuos y su entorno. La perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner reconoce que los cambios en los hábitos de salud pueden lograrse más eficazmente al modificar las condiciones del ambiente que los determinan. (Gifre Monreal y Guitart, 2013)

Hay múltiples niveles de influencia: nivel individual, interpersonal, comunitario, de políticas públicas. Una intervención de este tipo debe incluir estrategias para lograr un entorno más saludable. Para trabajar con el entorno del paciente, este programa propone una actividad de psicoeducación con familiares o allegados del paciente que sirva como una guía de hábitos neuroprotectores, logrando una rehabilitación cognitiva externa y extendiendo la prevención en el hogar.

La presente propuesta de intervención se alinea con los objetivos de PAMI. Según PAMI (2024, p.5) su objetivo es: “otorgar (...) prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional, que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia”

En este sentido, la propuesta que se plantea también tiende a rectificar los derechos de las personas mayores. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores (CIPDPM), adoptada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 2015 es un instrumento que nos convoca, a todo el continente, a defender y garantizar los derechos de este grupo etario. Esta tiene como objetivo:

Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015, p.3)

Por su parte, en el artículo 19, la Convención declara el derecho a la salud física y

mental que los Estados deben asegurar, partiendo de una atención integral que incluya prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es interesante destacar que uno de los puntos a los que se comprometen los Estados es “Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer”. (Organización de los Estados Americanos, 2015, p.11)

Esta propuesta de intervención garantiza el derecho a la independencia y a la autonomía (artículo 7). Al trabajar en la prevención, se busca que el deterioro no progrese

13

y evolucione en una demencia. También, se tiene en cuenta el derecho a la participación e integración comunitaria (artículo 8) a partir de las actividades grupales. (Organización de los Estados Americanos, 2015)

Desde esta perspectiva, se reconoce a las personas mayores como sujetos de derecho, activos y capaces de tomar decisiones, no como meros receptores de cuidado. Se propone eliminar las barreras que puedan impedir la participación plena de las personas mayores en la sociedad.

Por último, es importante mencionar que esta propuesta de intervención sirve como aporte a la Universidad Nacional de Rosario debido a que la gerontología y la neuropsicología son un área de vacancia en la Facultad de Psicología de Rosario. Es fundamental que los psicólogos puedan profundizar en temas como la práctica en las patologías neurológicas y la neurorrehabilitación.

## **Objetivos General y Específicos**

### Objetivo general:

- Diseñar y planificar una intervención psicológica integral para adultos mayores con deterioro cognitivo leve (prevención secundaria)

### Objetivos específicos:

- Fomentar hábitos neuroprotectores.
- Generar un espacio para el fortalecimiento de los lazos.
- Brindar un espacio individual de escucha analítica y alivio del sufrimiento.
- Ofrecer información orientativa a familiares sobre problemáticas

neurocognitivas.

15

**Determinación de las acciones que se proponen realizar, sus plazos tentativos y los recursos materiales y humanos necesarios para cada una de ellas**

En este apartado, se desarrollará la planificación de las actividades a llevar a cabo para cumplir con los objetivos presentados. Este programa de atención de personas con deterioro cognitivo leve está pensado en tres actividades principales a desarrollar por nueve meses en los efectores de PAMI de la ciudad de Rosario. Esto comenzará el primer lunes de marzo de 2025 y terminará a mediados de diciembre del mismo año. Por su parte, se propone que esto sea un programa regular y que permita la participación continua de las personas con DCL cada año, incorporando así nuevos participantes a

medida que se confirma su diagnóstico y brindando un espacio de atención y acompañamiento sostenido en el tiempo.

Las tres principales actividades son:

1. Estimulación de las funciones cognitivas como: orientación espacio-temporal, memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas.
2. Análisis individual desde un enfoque psicoanalítico.
3. Actividad de psicoeducación para familiares o allegados de la persona con DCL.

#### Encuentro inaugural.

Este encuentro tendrá lugar el primer lunes de marzo. El equipo, conformado por un neuropsicólogo y un psicoanalista, se reunirá a las 8:30 am en PAMI para conversar sobre la anamnesis de los participantes, previamente realizada por el neuropsicólogo. Se llenará una planilla con datos identificativos, motivo de la primera consulta, antecedentes personales y familiares y contacto, tanto del participante como de un familiar. Además, se planificará tanto el encuentro del día, como el del próximo miércoles, a saber, la actividad de psicoeducación con familiares o allegados. Por último, se debatirán detalles de los encuentros de estimulación cognitiva y los objetivos generales.

Los participantes serán convocados a las 10 am para una reunión informativa y de presentación. El objetivo de este encuentro es que conozcan al equipo y a sus compañeros. Para ello, se dispondrá de una sala con sillas ubicadas en una ronda, donde se presentará cada uno de los miembros del equipo y también los participantes deberán presentarse diciendo su nombre y contando un poco de su historia, sus intereses y gustos personales.

Se los despedirá convocándolos al primer encuentro de estimulación cognitiva que se llevará a cabo el lunes siguiente.

#### Actividad con familiares o allegados

Esta actividad se realizará el primer miércoles de marzo, luego del encuentro inaugural. Consiste en proporcionar información a familiares y allegados de las personas con deterioro cognitivo generando, también, un espacio de conversación en el que se puedan despejar dudas o inquietudes acerca del programa.

Se creará una serie de diapositivas que formarán una guía sobre deterioro cognitivo que contendrá información sobre esta condición, y qué hábitos se pueden llevar a cabo para la prevención de las demencias. De esta forma, se explicarán los hábitos neuroprotectores:

- Estimulación cognitiva: realizar actividades intelectualmente desafiantes puede funcionar como rehabilitación cognitiva externa al programa. Desde el hogar, se pueden leer libros, resolver puzzles, practicar ajedrez o inscribirse a algún curso de formación.
- Alimentación balanceada: es importante mantener una buena hidratación y dieta a base de antioxidantes, es decir, verduras, frutas, pescado.
- Buen descanso

16

- Actividad física: tomar clases de algún deporte como natación o hacer gimnasia, baile o simplemente salir a caminar con frecuencia es fundamental para la salud.
- Vida social activa: mantener contacto frecuente con los vínculos es importante ya que la soledad puede acelerar el deterioro cognitivo.
- Chequeos médicos: controlar el sistema cardiovascular.
- Salud mental: la depresión puede acelerar el progreso del deterioro cognitivo. Es importante, en este encuentro, conceptualizar las demencias y qué puede hacer uno, desde su lugar de familiar o allegado para manejar los síntomas. Además, se

proporcionará información para desnaturalizar mitos sobre deterioro cognitivo y demencias. Frecuentemente se cree que el deterioro cognitivo es parte del envejecimiento o que no hay nada que se pueda hacer para contrarrestar el avance de la enfermedad. Por otro lado, hay quienes piensan que la única manera de hacer frente a las demencias es a partir de un tratamiento farmacológico. Es importante desnaturalizar estos mitos y acompañar a las personas que transitan un deterioro cognitivo para poder prevenir el progreso a una demencia.

Por último, para cerrar este encuentro, se hará un espacio para que puedan surgir preguntas acerca de lo conversado o del programa. Este momento de diálogo es fundamental para asegurar que los familiares y allegados se sientan acompañados e informados a lo largo del proceso, ya que también puede ser una situación difícil para ellos.

### Estimulación de las funciones cognitivas

Esta actividad será el eje de esta intervención. Para lograrla, se propondrá un taller grupal de dos horas semanales, que tendrá lugar los días lunes y miércoles de 10 a 11am a partir de la segunda semana de marzo. En el mes de julio, se hará un receso invernal para los participantes, volviendo así a recomenzar la actividad en el mes de agosto hasta noviembre del corriente año.

Tanto los días lunes como los miércoles se trabajará la orientación espacio temporal. Los lunes, por su parte, se harán, además, actividades relacionadas a la estimulación de la memoria y la atención y los miércoles se trabajarán funciones ejecutivas y lenguaje. Por su parte, el equipo se reunirá a las 9:30am para planificar el encuentro y al finalizar, participarán de la formación de un acta o informe en el cual se detallarán las actividades que se realizaron y las particularidades o dificultades que se encontraron.

### Recomendaciones generales:

- Ofrecer las instrucciones de forma clara y precisa. Repetir las veces que sean necesarias hasta que todos los participantes hayan comprendido.
- Utilizar un lenguaje sencillo apropiado para personas mayores.
- Ser paciente y mantener la calma, respetando el ritmo de cada persona. Los tiempos tienen que ser flexibles.
- Felicitar al terminar la actividad con independencia del resultado. • Que las sesiones mantengan una rutina específica: siempre a la misma hora y en el mismo lugar.
- Adaptar las actividades a los gustos e intereses de las personas.

### • Orientación espacio temporal.

Esta actividad se trabajará los primeros 15 minutos de cada encuentro. Consiste en proporcionar información contextual que incluye el día, la fecha y el lugar que se habita. Para comenzar, a medida que los participantes llegan, se van ubicando en sillas que estarán acomodadas en una ronda, para beneficiar el encuentro y el conocimiento con los demás participantes. La técnica para preguntar puede ir variando.

Tomamos un ejemplo: Una vez que llegan todos los participantes, la coordinadora se sienta con ellos y va a tener una pelota. Va a comenzar explicando que es una actividad

de orientación y que se les van a hacer preguntas a quien se le tire la pelota. La coordinadora arrojará la pelota a uno de los participantes y pregunta que día de la semana es. Cuando responde el participante le tira la pelota a otro, y se le pregunta en que día (número) del mes están. Al siguiente, se le preguntará el mes del año y al

siguiente el año

actual. Luego se preguntará el lugar en el que se encuentran, calles, ciudad, provincia y país. Si uno de los participantes no sabe la respuesta, puede pasar la pelota. El trabajo de orientación espacio temporal siempre termina con una actividad denominada "efemérides de cada encuentro". Se trata de una conversación sobre la fecha: ¿qué ha ocurrido un día como hoy? Por ejemplo: si se comienza la actividad en marzo, se puede tener una conversación sobre el día de la mujer. Preguntar a los participantes si saben por qué se conmemora o traer a conversación noticias sobre eso. También, se puede dialogar, intercambiando ideas sobre noticias ocurridas en la semana. • Memoria

Teniendo en cuenta que el déficit de memoria es el síntoma más frecuente y uno de los más tempranos en los estadios de las demencias, trabajar esta función es fundamental en la rehabilitación cognitiva.

Ejemplos de ejercicios para trabajarla:

1) Sentados todos los participantes en una ronda, se pone una mesa en el medio (también puede ser una manta) y sobre esta, se colocan objetos. Los objetos tienen que ser variados. Al principio, se pondrán 4 elementos sobre la mesa. Puede ser: un celular, una cartuchera, un cuaderno y unos lentes. Todos cierran los ojos y el coordinador saca uno de los objetos. Al abrir los ojos, se tomarán 10 segundos y cuando se diga "AHORA" los participantes tienen que decir que objeto falta. Si el ejercicio fue fácil para los participantes, se van a ir sumando elementos a la mesa.

2) Todos los participantes se sientan alrededor de una mesa. A cada participante se le asignan 3 tapitas de colores que el coordinador va a apoyar en frente del mismo, de una manera determinada en una fila. Por ejemplo: una tapita azul, una roja y una amarilla. El color y la disposición deben estar registrados por el coordinador. Cuando se le entregaron las tapitas a todos los participantes, se les dice que lo recuerden y luego, las vuelvan a poner en la bolsa. El coordinador va a mezclar la bolsa y al rato, los participantes tendrán que volver a poner las tapitas que le tocó a cada uno en la disposición inicial.

Esta actividad puede tener variantes: por ejemplo, proporcionar 3 dibujos en una fotocopia a cada uno de los participantes. Los mismos deberán decir en voz alta por turnos los elementos que tiene en su fotocopia. A medida que pasa su turno dan vuelta la fotocopia. Cuando terminan todos de decirlo, el primero que dio vuelta la fotocopia tiene que recordar que dibujo le tocó y así sucesivamente.

#### • Atención

Trabajar la atención es fundamental. Esta función cognitiva tiene un impacto directo en la vida cotidiana, ya que es esencial para realizar tareas básicas diarias. Dos actividades modelo:

Actividad 1: Se proporcionan a cada uno de los participantes una fotocopia de dos dibujos casi idénticos que tendrán 7 diferencias entre ellos. La idea es que cada uno de los adultos pueda encontrarlas. Si algunos participantes no pueden lograr la actividad, se les proporciona ayuda sin decir específicamente donde está la diferencia. Ejemplo: Si la diferencia está en que a un animal le falta una oreja, se podría decir: Este animal no escucha muy bien.

Actividad 2: En esta actividad, el coordinador lee un texto narrativo a todos los participantes y luego, se le harán preguntas sobre lo leído. Esto también trabaja la memoria. Una variante de esta actividad puede ser un video, una parte de una película o serie. • Lenguaje

Es común que en personas con deterioro cognitivo surjan dificultades en el lenguaje, como la fluidez, coherencia y cohesión. Para mantener las habilidades comunicativas se proponen actividades de ejemplo:

Actividad 1: "Termina la frase". Se pide a los participantes que completen la frase.

- Riego las plantas porque...
- Si tengo hambre voy a...
- Si viene una tormenta desenchufa el tele porque...
- Si no tengo más jabón voy a...

Actividad 2: "Ordena la frase". A continuación, se les darán palabras y los participantes deberán ordenarlas en una oración.

- Dulce de leche con María come panqueques.
- Vacaciones de se fue Pedro.
- Pastel el duraznos tiene.
- Gusta me Spinetta escuchar mucho.

Actividad 3: "Corrige la frase". Se proporcionarán oraciones con errores tanto sintácticos como semánticos y los participantes deberán decir donde está la falla. ○ Ayer, Camila come raviolos de verdura.

- Los niños jugó en la plaza.
- Alberto miran el partido de fútbol.
- El gato de mi amiga ladra mucho.

Actividad 4: "¿Quién está demás? Se pide a los participantes que identifiquen la palabra que sobra. Además, se les pregunta ¿por qué sobra? ¿qué tienen en común el resto? ○ ARROZ – FIDEOS – RAVIOLES – MILANESA

- LEON – PERRO – GATO – BOSQUE
- CAJA – ZAPATILLAS – BOTAS – SANDALIAS
- BANANA – QUESO – MANZANA – MANDARINA

#### • Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas son actividades complejas que requieren de la participación de las anteriores funciones. Son fundamentales porque nos permiten organizarnos y planificar tareas de la vida cotidiana.

Una actividad a modo de ejemplo para trabajar estas funciones: Los participantes se dividirán en dos grupos. A cada grupo se le asignará, en forma de juego, una receta que tendrán que cocinar y un monto determinado de dinero en fotocopias. Las tareas serán las siguientes:

1. Realizar una lista de ingredientes de la receta.
2. Calcular el tiempo que les llevará la compra y la cocina.
3. Realizar una compra de ingredientes. Para ello, tendrán los precios por unidad de muchos ingredientes y deberán escoger y calcular el precio total.
4. Por último, cuando cada grupo termine, deberán contar como se realiza la comida.

Otro ejercicio para trabajar las funciones ejecutivas puede ser ordenar acciones. Por ejemplo:

- Llego al cumpleaños. (5)
- Recibo una invitación de cumpleaños. (2)
- Me alisto para salir. (4)
- Voy a comprar un regalo. (3)
- Me despierto en la mañana temprano. (1)
- Felicito al cumpleañosero. (6)

#### Análisis individual desde un enfoque psicoanalítico

Esta tarea nos permitirá crear un espacio personal donde se acompañe al adulto mayor a partir de conectar con el proceso de envejecimiento, donde se pueda expresar

sobre lo que le acontece y obtener alivio del sufrimiento. También este espacio sirve por si

es necesario elaborar las pérdidas por las cuales transita o ha transitado en su vida. En este sentido, los duelos no solo se realizan ante los objetos perdidos sino también por aspectos del yo o la imagen corporal.

Se sabe que muchas personas llegan a la edad adulta sin haber transitado un espacio de terapia personal y este puede ser un primer momento para entender de que se trata. El objetivo será entonces que, además de continuar con la estimulación cognitiva desde los hogares, las personas, si así lo desean puedan continuar con sus sesiones al finalizar el programa.

Esta actividad tendrá lugar los días viernes por turnos. Aquellas personas que deseen participar, se les proporcionará un horario fijo y tendrán su espacio de análisis individual.

### Recursos humanos

Los recursos humanos que se disponen para la realización de este proyecto son un psicólogo especializado en neuropsicología quien ha recibido en primera instancia al paciente y se encargará de llevar a cabo las actividades los días lunes y miércoles, y un psicoanalista, quien tendrá su espacio terapéutico los días viernes.

### Recursos materiales a utilizar

Todos los recursos materiales que se utilizarán para la realización de este proyecto serán extraídos del efector o brindados por el equipo encargado de llevar a cabo dichos encuentros.

- Hojas blancas
- Útiles: lapiceras, lápices, cinta, goma de borrar, lápices de colores, tijera, plasticola, regla.
- Mesas y sillas
- Actividades en fotocopias
- Pelota
- Cajas de cartón
- Material digitalizado
- Juegos de mesa
- Proyector
- Computadora
- Entre otros

### Financiamiento

El financiamiento de dicho proyecto estará a cargo del efector al cual está dirigido. En este caso, los recursos económicos provendrán del presupuesto de PAMI.

## Evaluación general y cierre

El equipo encargado de la intervención estará constantemente evaluando el programa. Al finalizar cada encuentro, se realizará un informe o acta en donde se detallarán: actividades realizadas, participación, motivación, interacción entre participantes y particularidades de cada uno.

Llegado el mes de julio, al finalizar el semestre, el programa de estimulación cognitiva entrará en un receso durante el cual el equipo se reunirá para planificar el segundo semestre. En este momento, se revisarán los informes generados hasta el momento, se evaluarán las debilidades y fortalezas del programa y se elaborarán estrategias para mejorar aquello en lo que se encontró dificultades.

Al finalizar los encuentros en noviembre, se realizará una evaluación neurocognitiva que tendrá como objetivo valorar las distintas funciones cognitivas. Se les aplicará una batería de test conformada por:

- *Cribado Auditivo Verbal de Alteraciones Cognitivas (CAVAC)*. Un test de screening heteroadministrado recientemente diseñado en Argentina (Martino et al., 2024) que incluye tareas de orientación, memoria inmediata, memoria a largo plazo episódica, atención, lenguaje, entre otros.
- *Trail Making Test (TMT)* creado por Reitan en 1958. Es una prueba de lápiz y papel que capta procesos atencionales y está compuesta por dos partes. En la primera, es decir, la parte A, el sujeto unirá con una línea círculos de números desordenados. En la parte B, se sumarán letras (de la A a la L) y el sujeto deberá unir los elementos alternando entre número y letra.
- *Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)* utilizado para evaluar el declive de la memoria. En dicho test se miden la memoria a corto y largo plazo, el aprendizaje verbal, reconocimiento, entre otras funciones. (Sánchez-Nieto et al., 2016)
- *Test de la Figura Compleja de Rey y Prueba de Reconocimiento (RCFT)*. Esta prueba (Rey, 1942) evalúa habilidades visoconstructivas y memoria visual. Está compuesta por dos partes. En la primera parte, se le pide a la persona que copie una figura y luego, en la segunda parte se pide que la persona repita la figura de memoria dos veces con un intervalo de tiempo.
- *Test de Fluidez Verbal (TFV)*. El mismo es un test que evalúa el lenguaje y las funciones ejecutivas y se divide en dos partes: fonológica (se trabaja con palabras que comienzan con determinada letra) y semántica (es decir, palabras dentro de una misma categoría) (Lezak, et al., 2012).
- *Ineco Frontal Screening (IFS)*: Es una herramienta de cribado para evaluar el funcionamiento ejecutivo. La misma valora la inhibición de respuestas y cambio de sets cognitivos, la capacidad de abstracción y la memoria de trabajo a través de 8 subtests. (Torralva et al., 2009)
- *Escala de Depresión Geriátrica (GDS)*. Este test evalúa el estado afectivo de los adultos mayores a partir de 15 preguntas de respuesta dicotómica (sí o no). De acuerdo al puntaje, se puede determinar la presencia de síntomas depresivos (5 o más puntos). (Yesavage, 1998)

En estos encuentros finales, se evaluará el proyecto en general con los participantes. Se les preguntará que les pareció el programa, cómo se sintieron, si creen que les ayuda, si están siguiendo los consejos en sus hogares. Esta instancia ayudará a captar la percepción subjetiva de cada uno de los adultos sobre la intervención, tanto aspectos positivos como negativos. Además de este intercambio de opiniones, se plantea

un espacio de diálogo, en el que los participantes puedan compartir un desayuno y un momento distendido, luego de pasar por las evaluaciones neurocognitivas. Por otro lado, el equipo se reunirá al finalizar para compartir las experiencias, debatir sobre las fortalezas y áreas a mejorar. Se analizarán los resultados obtenidos en la batería de test, se debatirá sobre la concreción de los objetivos planteados y, por último, se elaborará un informe final con conclusiones y sugerencias para futuras intervenciones.





## Referencias bibliográficas

- Bartoloni, L., Russo, M. J., Messa y Morteo, M., Iturry, M., Román, F., & Sevlever, G. (2015). Manejo inicial en deterioro cognitivo. En R. F. Allegri & M. Roque (Eds.), *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: formación profesional para el equipo sociosanitario* (pp. 28-41). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Conde Sala, J. L. (1999) Las personas mayores ¿Objetos o sujetos de intervención? *Revista Tiempo*, 2(1), 1-6.
- Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2008) Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades. En *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones y tendencias.* (pp.29 a 44) Buenos Aires: Lugar Ed.
- Francés, I., Barandiarán, M, Marcellán, T & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 26 (3): 405-422 Galende, E. (2008). La política de Salud Mental. En: *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser.* (pp. 189-206). Buenos Aires: Lugar Ed.
- Gifre Monreal, M., & Guitart, M. E. (2013). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronferbrenner. *Contextos Educativos. Revista De Educación*, (15), 79–92. <https://doi.org/10.18172/con.656>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Estimaciones y proyecciones nacionales de población 2010-2040: metodología. Recuperado de: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/proyeccionesyestimaciones\\_nac\\_2010\\_2040.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/proyeccionesyestimaciones_nac_2010_2040.pdf)
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D. & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment*. 5th ed. Oxford University Press
- Macotinsky, G. (1999) El viejo, el psicoanalista y la gerontología. "Tiempo" Revista de Psicogerontología Psiconet
- Mannoni, M. (1992) Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Martino, P., Cervigni, M., Cores, E., Cossini, F., Román, K., Cuesta, C., Esnaola y Rojas, M.M., Graviotto, G., Gallegos, M. & Politis, D. (2024). Construcción y validación de un test para el cribado auditivo verbal de alteraciones cognitivas (CAVAC). *Revista de Neurología*, 79:187-97.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado de: [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a\\_70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a_70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1978) La Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Ata. Recuperado de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347879/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Un marco político (p. 12). OMS. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Organización Mundial de la Salud. (2008) La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Who.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia.* Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pérez, R., Berriel, F. y Charamelo, A. (2005). La intervención psicológica en las

demencias. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Programa de Atención Médica Integral (2024). Plan Estratégico Institucional 2024-2027. Recuperado de: [https://www.pami.org.ar/pdf/plan\\_estrategico\\_institucional.pdf](https://www.pami.org.ar/pdf/plan_estrategico_institucional.pdf)

24

- Reitan, R. M. (1958) Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills* 8(3) 271-276
- Rey, A. (1942). L' examen psychologique dans les cas d encephalopathie traumatique. *Arch Psychol* 28, 286-340
- Roqué, M. & Rubin, R. (2015) Escenarios sociodemográficos. En R. F. Allegri & M. Roque (Eds.), *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: formación profesional para el equipo sociosanitario* (pp. 12-15). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ruiz Adame Reina, M. (2000). El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer *Papeles del Psicólogo* (76) 3-8 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807602>
- Russo, M.J. (2015) Criterios diagnósticos. En R. F. Allegri & M. Roque (Eds.), *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: formación profesional para el equipo sociosanitario* (pp. 12-15). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Salerno, V. P. (30 de mayo de 2017) ¿Para qué, si ya estoy grande? Psicología en la vejez. Institución Fernando Ulloa <https://www.institucionulloa.com.ar/para-que-si-ya-estoy-grande-psicologia-en-la-vejez/>
- Sanchez-Nieto, J.M., Villa Rodriguez M.A. & Mendoza-Núñez, V.M. (2016) Rendimiento en el test de aprendizaje auditivo verbal de Rey en una población de adultos mayores de México. *Revista Mexicana de Neurociencia* 17(4): 37-44.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>
- Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, 13(3), 267-276.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P., & Manes, F. (2009) INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*. doi:10.1017/S1355617709990415
- Universidad Nacional de Rosario. Usina de Datos. Las personas mayores en Rosario: aportes para una caracterización demográfica y social. Ciudad de Rosario. Marzo de 2022. ISSN 2718-6598 Recuperado de: <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/0a8c3b3b-109e-4793-97c0-40b0f977479e/content#:~:text=Poblaci%C3%B3n%20de%2060%20a%C3%B1os%20y%20m%C3%A1s%3A%20176.377%20personas.&text=En%20el%20caso%20de%20la,la%20proporci%C3%B3n%20a%20nivel%20nacional>.
- Yesavage, J.A. (1998) Geriatric Depression Scale. *Psychofarmacology Bulletin*, 24(4) 709- 711. Recuperado de: [https://nesdo.onderzoek.io/wp-content/uploads/2016/08/GDS\\_Yesavage-1988-1.pdf](https://nesdo.onderzoek.io/wp-content/uploads/2016/08/GDS_Yesavage-1988-1.pdf)

