



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo integrador final (T. I. F.)

Sostener la memoria, alojar el deseo: dispositivo grupal de estimulación cognitiva para sujetos con deterioro cognitivo leve

Modalidad de presentación: propuesta de intervención

Alumna: Luvani, Agustina

Legajo: L-5736/3

DNI: 43.608.259

Nombre del docente responsable: Martino, Pablo

Docente a cargo: Contino, Alejandro Martín

Agradecimientos

A todos aquellos que formaron parte de este gran tránsito por la universidad, tanto dentro como fuera de la institución.

A mi familia, a mis papás y hermanos, por el apoyo, por acompañarme en cada paso y por sostenerme a lo largo de estos años.

A mis abuelos, Mumi y Tito, que son la fuente de inspiración de este proyecto, con su modo de habitar el envejecimiento y la vida en sí.

A mi madrina, Soledad, por acompañarme y transmitirme la psicología a través de su persona, su docencia y su profesión.

A mis amigas de toda la vida, mesa chica, con quienes nos vemos crecer cada día y nos alentamos en cada proyecto. A mi mejor amiga Cami, siempre tan incondicional, hermana y compañera.

A mi novio, Valentin, por aparecer en este tramo final, por motivarme y estar al lado mío en todo momento.

A mis facu amigos, por hacer más leve el cursado, las rendidas y los finales, por las juntadas y por todo lo compartido en el camino. A mi primerísima amiga de la facultad, Lola, con quien disfruté y compartí muchos momentos juntas.

A todos los docentes que formaron parte de este recorrido. En especial, al Dr. Pablo Martino, por su acompañamiento en la elaboración de este trabajo y a Martin Contino, mi docente T. I. F.

Índice

Agradecimientos.....	1
Índice.....	2
Resumen y palabras clave.....	3
Denominación del Proyecto.....	4
Descripción del grupo destinatario de la intervención profesional.....	5
Descripción y justificación de la propuesta.....	7
Objetivos.....	12
Determinación de las acciones que se proponen realizar.....	13
Encuentros grupales de estimulación de las funciones cognitivas.....	13
Espacios de psicoeducación al entorno familiar.....	16
Evaluación general del proyecto.....	19
Esquema organizativo de las actividades a realizar.....	21
Referencias.....	23

Resumen

El presente Trabajo Integrador Final propone una intervención en el campo profesional del psicólogo/a, que consiste en la implementación de un dispositivo grupal de estimulación cognitiva destinado a personas adultas mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo leve. La propuesta se fundamenta en la necesidad de abordar esta condición desde una perspectiva integral, frente al predominio de intervenciones centradas exclusivamente en el entrenamiento cognitivo, que tienden a desestimar la dimensión subjetiva y vincular. En este marco, la intervención se inscribe en el nivel de la prevención secundaria, orientada a intervenir en fases tempranas del deterioro con el objetivo de enlentecer su progresión y sostener el funcionamiento cognitivo y subjetivo de los participantes. Su modalidad de implementación es flexible y a demanda, ajustándose a los diferentes contextos institucionales. La coordinación está a cargo de un/a psicólogo/a con formación en neuropsicología o psicogerontología, con posibilidad de articulación con otros/as profesionales según los recursos disponibles. El taller se organiza en encuentros grupales en los que se implementan actividades de estimulación cognitiva orientadas a distintos dominios (memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, entre otros), articuladas con la historia, intereses y recursos subjetivos de los participantes. Asimismo, se incluyen instancias de psicoeducación dirigidas al entorno familiar y estrategias orientadas a la transferencia de los aprendizajes a la vida cotidiana, desde una perspectiva ecológica. La evaluación se realiza mediante un enfoque mixto que integra registros cualitativos del proceso y una instancia de valoración neuropsicológica durante el receso y al cierre.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, estimulación cognitiva, psicoeducación, subjetividad, dispositivo grupal.

Denominación del Proyecto

El dispositivo se implementará bajo la denominación: Taller: "Recordar(se)".

Descripción del grupo destinatario de la intervención profesional

La presente propuesta de intervención en el campo profesional del psicólogo/a, está destinada a personas adultas mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL), que puedan participar de un dispositivo institucional grupal de estimulación cognitiva en un encuadre de acompañamiento psicológico y terapéutico. El grupo destinatario se delimita a partir de criterios que garantizan la pertinencia y viabilidad del encuadre grupal. Se incluyen sujetos que, contando con diagnóstico previo de DCL, conserven autonomía relativa en las actividades de la vida diaria y presenten disposición para el trabajo en grupo, condiciones que posibilitan el intercambio y la participación en las actividades propuestas. A su vez, el dispositivo no resulta pertinente para sujetos con deterioro cognitivo severo o con cuadros psiquiátricos descompensados, dado que dichas situaciones requieren abordajes de mayor complejidad.

El diagnóstico de DCL implica una condición que se sitúa como punto intermedio entre el proceso de envejecimiento habitual y la demencia (Arizaga, 2012). “Es un estado en el cual las personas presentan problemas de memoria mayor a la esperada durante el envejecimiento, el cual no afecta al desarrollo de las actividades de la vida diaria” (Ayala San Martín, 2020, p. 4). El DCL se define como un compromiso cognitivo que supera lo normalmente esperable para la edad, pero que no cumple con los criterios diagnósticos de demencia, dado que la funcionalidad general se encuentra preservada. Entre los criterios utilizados para su diagnóstico se incluyen la presencia de quejas de memoria, corroboradas por un informante; la objetivación del déficit de memoria mediante evaluación neuropsicológica; la conservación de la función cognitiva general; el mantenimiento de las actividades de la vida diaria; y la ausencia de un cuadro de demencia (Custodio et al., 2012). Si bien el DCL puede implicar un riesgo de progresión hacia formas más severas de deterioro, no constituye necesariamente una antesala de la demencia, ya que su evolución es variable y depende de múltiples factores. La detección temprana y la intervención son cruciales, esto permite identificar a los sujetos en riesgo de desarrollar demencia y proporcionar intervenciones para retrasar o prevenir su progresión (Russo, 2015).

En el marco de la presente propuesta, no se realizará un diagnóstico clínico, dado que los sujetos que participan del dispositivo arriban con una evaluación previa efectuada por profesionales del área de la salud, como neurólogos/as o psicólogos/as con formación en neuropsicología, y son derivados a partir de dicha instancia.

El DCL debe diferenciarse tanto de la declinación cognitiva asociada a la edad (DCAE), como de la demencia. La DCAE hace referencia a los cambios en la memoria en adultos mayores comparado a personas jóvenes. “La edad avanzada afecta la velocidad del procesamiento y en menor medida el pensamiento abstracto, pero nunca afecta la

orientación, la atención global, el lenguaje, el funcionamiento visuoespacial y la memoria semántica, aunque puede disminuir la memoria episódica” (Vera Barros et al., 2021, p. 530). Se entiende como la caída normal con respecto a la edad del sujeto, no implica ninguna patología ni deterioro. Por otro lado, la demencia “es un síndrome definido como un deterioro cognitivo y/o conductual adquirido, suficientemente importante para afectar la funcionalidad del individuo” (Arizaga, 2012. p. 87). Se caracteriza por una declinación respecto del nivel previo de funcionamiento, que interfiere en las actividades de la vida cotidiana y no se explica por un estado confusional ni por un trastorno psiquiátrico mayor. Su diagnóstico se realiza a partir de la historia clínica, incluyendo el aporte de un informante cercano, junto con evaluaciones cognitivas objetivas. Asimismo, implica el compromiso de múltiples dominios cognitivos y/o conductuales, como la memoria, el lenguaje, las capacidades visuoespaciales, el razonamiento o la conducta, lo que impacta en la autonomía del sujeto (Arizaga, 2012).

En este sentido, el DCL no implica un desenlace unívoco, sino que su evolución se encuentra abierta a múltiples trayectorias. Esta condición habilita la pertinencia de intervenciones orientadas al sostenimiento y estimulación de las funciones cognitivas, así como al acompañamiento de los sujetos que transitan este proceso. En este marco, dichas intervenciones requieren inscribirse en una perspectiva integral. En consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley 26.657, 2010, art. 3), se entiende que las transformaciones asociadas al DCL no se reducen a factores exclusivamente orgánicos, sino que involucran aspectos subjetivos, vinculares y sociales, lo que da lugar a modos singulares de transitar dicho proceso.

La propuesta se concibe como un dispositivo a demanda, que puede ser implementado en diversas instituciones a partir de su requerimiento, siendo llevado y adaptado a las características y posibilidades de cada institución. Para su desarrollo, se requiere la presencia de un/a profesional psicólogo/a con orientación en neuropsicología o psicogerontología, quien estará a cargo de la coordinación del dispositivo. Asimismo, el equipo de trabajo podrá conformarse de manera variable en función de los recursos y la disponibilidad institucional, siendo deseable la participación de, al menos, otro/a profesional psicólogo/a y un/a acompañante terapéutico/a.

Entre las posibles instituciones se incluyen centros de jubilados, residencias geriátricas, centros de día, vecinales, clubes y centros de neurorrehabilitación, tanto del ámbito público como privado.

Descripción y justificación de la propuesta

La presente propuesta se enmarca en el diseño de un dispositivo institucional grupal de acompañamiento psicológico y terapéutico destinado a personas adultas mayores con diagnóstico de DCL. El objetivo consiste en estimular las funciones cognitivas a partir de la implementación de actividades grupales, desde un abordaje que contemple la singularidad de cada sujeto y la dimensión del deseo.

Dicho abordaje se concibe desde una perspectiva integral que articula aportes de la neuropsicología, del psicoanálisis y de la psicología social. En este marco, el psicoanálisis no se lleva a cabo como una psicoterapia grupal propiamente dicha, sino como una orientación que atraviesa la lectura clínica y la posición del coordinador. Asimismo, la propuesta no excluye la posibilidad de que los participantes realicen, de manera paralela, un tratamiento psicoterapéutico individual, en tanto se trata de instancias diferenciadas y potencialmente complementarias.

Desde los fundamentos de la neuropsicología, el dispositivo se orienta al trabajo sobre los dispositivos básicos del aprendizaje (DBA), tales como la memoria, la atención, la emoción/motivación y la sensopercepción, así como sobre las funciones cerebrales superiores (FCS), entre ellas las gnosias, praxias, el lenguaje y las funciones ejecutivas (Azcoaga, 1984). Dentro de este conjunto de funciones, la memoria adquiere un lugar central, especialmente en el abordaje del DCL, en tanto resulta fundamental en los procesos de aprendizaje y en la organización de la experiencia del sujeto. En palabras de Azcoaga (1984), constituye uno de los DBA, en tanto posibilita la adquisición de nuevos conocimientos y la continuidad de la experiencia. Tal como plantea Nogueira (2021), la memoria es el soporte del conocimiento y vivencia del tiempo en su orden de pasado, presente y futuro, lo que da cuenta de su función en la construcción de la temporalidad subjetiva. A nivel neurobiológico, este proceso se sustenta en la formación de engramas, entendidos como huellas o representaciones del trazo mnésico que se configuran en redes neuronales interconectadas, permitiendo la integración de experiencias de diversa complejidad.

Bajo esta perspectiva, la estimulación cognitiva (EC) adquiere un lugar central en el dispositivo, en tanto se orienta al trabajo sobre los dominios cognitivos previamente mencionados. Se entiende por EC al conjunto de actividades orientadas a potenciar las capacidades cognitivas existentes y a enlentecer el proceso de deterioro, a partir del fortalecimiento de funciones preservadas (Villalba y Tortajada, 2014). Además, “no solo se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de manera integral” (Jara Madrigal, s. f., p. 9). En este sentido, la EC no se reduce a un mero entrenamiento de funciones, sino

que se concibe como una herramienta de acompañamiento en una etapa temprana del deterioro.

Estas posibilidades de intervención se sostienen en los procesos de plasticidad cerebral, entendida como la capacidad del cerebro para modificar su estructura y su funcionamiento en respuesta a la experiencia. Se ha señalado que el cerebro, cuando es estimulado de manera apropiada y constante, mediante la práctica y la repetición sistematizada, es susceptible de generar modificaciones tanto estructurales como funcionales (Villalba y Tortajada, 2014). La neuroplasticidad permite a las neuronas reorganizarse y establecer nuevas conexiones sinápticas, incluso en el cerebro envejecido y en etapas iniciales del deterioro cognitivo.

Este concepto se encuentra estrechamente vinculado con el de reserva cognitiva. Al respecto, Stern (2002) define la reserva cognitiva como “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 factores, tales como el nivel educativo, la actividad laboral, los vínculos sociales y el estilo de vida. Se la considera, asimismo, un factor dinámico, susceptible de desarrollarse a lo largo del ciclo vital, que puede contribuir a retrasar o atenuar el deterioro cognitivo, lo que fundamenta la implementación de estrategias orientadas a su fortalecimiento (Reynoso-Alcántara et al., 2018).

En este marco, las intervenciones neuropsicológicas se orientan a mantener a la persona activa y estimulada, tanto a nivel cognitivo como funcional, con el objetivo de favorecer el sostenimiento de sus capacidades y enlentecer el declive asociado al deterioro. Esto pone de relieve la importancia de abordajes integrales que no se limiten a intervenciones exclusivamente farmacológicas, sino que incorporen estrategias de EC en dispositivos clínicos situados.

Por otro lado, desde la orientación psicoanalítica, la implementación del dispositivo se inscribe en la ética del deseo, concebida como un posicionamiento clínico que implica trabajar con la singularidad de cada sujeto. Tal como plantea Arévalo (2017), esta ética supone abordar la verdad singular a partir de los significantes que marcan la historia de cada sujeto, promoviendo su implicación y responsabilidad frente a aquello que lo afecta.

Sobre esta base, el dispositivo grupal no se rige por ideales normativos ni por la aplicación de ejercicios estandarizados definidos a priori, sino que se organiza de manera flexible, a partir de una planificación previa que se ajusta en función de lo que se pone en juego en cada encuentro. Las propuestas de EC se articulan con la historia de vida, los intereses y los recursos simbólicos de los participantes, posibilitando que el trabajo sobre las funciones cognitivas se enlace con la dimensión subjetiva y deseante.

La fundamentación de la presente propuesta parte de una lectura del predominio de abordajes neuropsicológicos estandarizados en el trabajo con personas con DCL, los cuales suelen desatender la dimensión subjetiva y vincular del padecimiento. Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad de revisar los modos en que se diseñan las estrategias preventivas en salud mental en el envejecimiento, recuperando el valor del deseo, la historia de vida y los vínculos como dimensiones centrales de cualquier intervención clínica significativa.

En relación al apartado anterior, Salerno (2017) señala que el proceso de envejecimiento puede implicar una conmoción en el universo simbólico del sujeto, en tanto se ve confrontado a transformaciones que interpelan su identidad. En este contexto, se vuelve necesario un trabajo de reconfiguración subjetiva que permita construir nuevos sentidos. Sobre esta base, la orientación psicoanalítica atraviesa la lectura clínica del dispositivo, habilitando que, a través de las actividades y la dinámica grupal, los participantes puedan resignificar aspectos de su historia y producir nuevos modos de posicionarse frente a esta etapa vital. En esta línea, Álvarez Chamale y Sarce (2011) sostienen que “la ‘adulthood mayor’ encuentra a la persona en un momento de vacilación subjetiva, en el que la historia familiar y lo singular de cada uno ponen en evidencia lo enigmático del deseo” (p. 180). En este sentido, las transformaciones propias de esta etapa, vinculadas al cese de actividades, modificaciones en los vínculos o experiencias de pérdida, pueden vivirse como un vacío y dar lugar a sentimientos de desamparo.

En función de lo desarrollado, se vuelve fundamental sostener una modalidad de intervención que, aún en un encuadre grupal y orientado a la EC, no desatienda la dimensión subjetiva. Las actividades y la dinámica grupal habilitan que cada participante pueda poner en juego aspectos de su historia, sus modos de lazo y su posicionamiento frente a este momento vital, promoviendo una perspectiva humanizante que otorgue lugar a la singularidad, en articulación con su trayectoria, intereses y deseos.

En este marco, el dispositivo grupal adquiere particular relevancia. El formato grupal se justifica por su potencial terapéutico en términos vinculares y sociales, en tanto posibilita la construcción de un espacio de encuentro, intercambio y sostén entre pares. De este modo, favorece la socialización, la prevención del aislamiento y el fortalecimiento del sentimiento de pertenencia.

Asimismo, el grupo habilita la circulación de la palabra, la construcción de identificaciones y el reconocimiento de experiencias compartidas, elementos centrales para el trabajo subjetivo. La experiencia grupal no solo promueve el intercambio entre los participantes, sino que también posibilita procesos de historización, en los que los sujetos pueden narrar, resignificar y rearticular sus propias trayectorias vitales. Tal como señalan Leonart y Mateu (2016), la psicoterapia grupal en la vejez favorece la expresión verbal, el

pensamiento y la creatividad, en tanto los recuerdos y experiencias se ponen en común, permitiendo no solo la reconstrucción de la historia individual, sino también la construcción de una historia grupal compartida.

Cabe añadir que, el grupo opera como un potenciador de las capacidades singulares, en tanto las interacciones que allí se producen favorecen la emergencia de nuevas articulaciones subjetivas. En esta línea, Zarebski (2008) señala que “hay una relación directa entre la riqueza de los vínculos externos y la riqueza interna: se potencian recíprocamente” (p. 150).

Desde la perspectiva de la psicología social, resulta pertinente considerar los aportes de Pichon-Rivière en relación al trabajo grupal. El autor plantea que la tarea del grupo se desarrolla simultáneamente en dos planos: uno temático, vinculado al contenido a abordar, y otro dinámico, que refiere a los aspectos emocionales, vinculares y a los modos en que el grupo enfrenta los obstáculos y ansiedades que emergen en el proceso (Aguiló y Losada, 2015). En este sentido, ambos planos adquieren igual relevancia en la intervención, en tanto no solo interesa aquello que el grupo trabaja, sino también cómo lo hace. Esto implica atender a la dinámica grupal, al interjuego de roles y a las modalidades de afrontamiento frente a las dificultades, elementos que inciden directamente en los procesos de aprendizaje y en la producción subjetiva.

Este dispositivo se inscribe en el nivel de la prevención secundaria, entendida como aquellas acciones orientadas a la detección temprana de una enfermedad ya instaurada, pero aún en una fase incipiente, con el objetivo de frenar su avance y minimizar sus efectos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Por consiguiente, el trabajo con personas con diagnóstico de DCL permite intervenir clínicamente antes de que la condición evolucione a formas más severas, como la demencia.

Al respecto, Vignolo et al. (2011) sostienen que “la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental” (p. 13), destacando la importancia de intervenir en etapas iniciales del proceso de enfermedad. Si bien en la presente propuesta los sujetos arriban con un diagnóstico previo de DCL, la intervención se orienta a acompañar de manera temprana dicha condición, procurando enlentecer su progresión y sostener el funcionamiento cognitivo y subjetivo de los participantes.

A su vez, el alcance de la intervención busca que la propuesta sea transferible a la vida cotidiana de los sujetos, promoviendo la autonomía funcional e integración de los aprendizajes en contextos reales y significativos. Este enfoque busca que las actividades realizadas no se limiten al espacio del encuentro grupal, sino que puedan ser trasladadas a los contextos cotidianos de los participantes, promoviendo la generalización funcional y la autonomía en la vida diaria. De este modo, se favorece una mayor validez ecológica de

la intervención, en tanto los aprendizajes se integran en situaciones reales, con sentido para cada sujeto (Pinto et al., 2024).

Partiendo de esta premisa, se retoma la visión ecológica propia del campo de la salud pública y la psicología comunitaria, que considera la interrelación entre los sujetos y sus entornos. Desde este enfoque, los cambios en los hábitos de salud pueden lograrse más eficazmente al intervenir sobre las condiciones del ambiente que los determinan (Gifre Monreal y Guitart, 2013). Así, se reconocen múltiples niveles de influencia (individual, interpersonal, comunitario y de políticas públicas) lo que fundamenta la necesidad de intervenciones que no se restrinjan al espacio individual.

En articulación con esta perspectiva, la psicoeducación se constituye como una herramienta fundamental para acompañar el proceso de DCL. Esta estrategia promueve la incorporación de hábitos neuroprotectores y favorece la continuidad del trabajo fuera del espacio grupal, extendiendo la intervención al entorno cotidiano. Asimismo, facilita el trabajo conjunto entre pacientes, familiares y profesionales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del sujeto y promoviendo la autonomía (Casasola-Rivera, 2024; Godoy et al., 2020). De este modo, la psicoeducación se despliega en distintos niveles, involucrando tanto a los participantes como a su entorno cercano y a los profesionales implicados en el cuidado. Desde una orientación psicoanalítica, se procura que estas instancias no se reduzcan a la mera transmisión de contenidos, sino que habiliten la circulación de la palabra. En este sentido, siguiendo los desarrollos de Freud (1912), se trata de sostener una posición que no se ubique en un lugar de saber cerrado ni de indicación normativa, evitando un abordaje meramente educativo o prescriptivo, para favorecer la emergencia de producciones singulares en torno a la experiencia del padecimiento.

Finalmente, resulta pertinente recuperar los aportes de Larrosa (2019), quien propone pensar las prácticas desde una lógica artesanal, en la que 'cada pieza conserva la huella del dedo del que la ha hecho'. Frente a la primacía de la metodología como forma de estandarización, el autor reivindica las maneras singulares de hacer, introduciendo una dimensión ligada al gesto, al cuerpo y a la implicación en acto. Desde esta perspectiva, se trata de sostener una práctica que, lejos de la estandarización, pueda poner el cuerpo y alojar la singularidad de cada sujeto en el marco del dispositivo grupal.

Objetivos

Objetivo general: Estimular las funciones cognitivas mediante la implementación de actividades grupales, desde un abordaje que contemple la singularidad de cada sujeto y la dimensión del deseo.

Objetivo específico:

- I. Favorecer la preservación de las capacidades cognitivas y el enlentecimiento del deterioro, a partir de la participación activa en las actividades propuestas.
- II. Acompañar procesos de resignificación de la historia personal, posibilitando nuevos modos de posicionamiento frente a esta etapa vital.
- III. Promover la construcción de un espacio de encuentro, intercambio y sostén entre pares.
- IV. Propiciar la integración de los avances del taller en contextos cotidianos, contribuyendo al desarrollo de la autonomía funcional.
- V. Implementar instancias de psicoeducación dirigidas a familiares y allegados, orientadas a la comprensión del diagnóstico y al acompañamiento del proceso.

Determinación de las acciones que se proponen realizar

El presente apartado tiene por finalidad describir las principales acciones que estructuran el dispositivo de intervención propuesto, así como los plazos tentativos de implementación y los recursos humanos y materiales necesarios para su desarrollo. Dado el carácter flexible y situado del dispositivo, las acciones no se conciben como actividades cerradas o protocolizadas, sino como líneas de trabajo que se configuran a partir del encuentro con los participantes y de la singularidad de cada grupo.

Las dos actividades principales que conforman el dispositivo son las siguientes:

- I. Encuentros grupales de estimulación cognitiva en un encuadre que integra la dimensión subjetiva.
- II. Espacios de psicoeducación y acompañamiento para familiares y allegados del sujeto que participa en el dispositivo grupal.

Encuentros grupales de estimulación de las funciones cognitivas

El dispositivo se iniciará con una instancia de relevamiento contextual y subjetivo. En primer lugar, se implementará una ficha inicial de carácter sociodemográfico y de salud, destinada a recabar información básica necesaria para la planificación de las actividades. Se les solicitará a los participantes datos como nombre y apellido, edad, nacionalidad, nivel educativo alcanzado, ocupación laboral actual (o previa a la jubilación), si se encuentra bajo tratamiento por algún problema de salud (físico o mental), datos sobre su diagnóstico de DCL, su situación de residencia, intereses personales, entre otros. La información brindada será utilizada de manera confidencial y con fines exclusivamente terapéuticos.

En articulación con dicha instancia, se realizarán entrevistas individuales preliminares de carácter breve (20 minutos aproximadamente). Estos encuentros iniciales se proponen como un espacio para profundizar en la historia singular del participante, explorar sus expectativas respecto al dispositivo y dar lugar a un primer vínculo con el/la coordinador/a.

Primer encuentro y establecimiento del encuadre:

Se realizará un primer encuentro grupal de carácter exploratorio, orientado a conocer las expectativas, referencias culturales, modos de participación y vivencias en relación con el diagnóstico. Asimismo, esta instancia tendrá como objetivo propiciar un primer acercamiento entre los participantes y el/la psicólogo/a a cargo de la coordinación del dispositivo, pudiendo contar, según la disponibilidad institucional, con el acompañamiento de otros/as profesionales que integren el equipo. Para ello, se dispondrá el espacio en forma de ronda, favoreciendo la circulación de la palabra y el

reconocimiento entre pares. Se invitará a cada participante a presentarse, compartiendo su nombre y, en la medida de lo posible, aspectos de su historia, intereses o actividades significativas.

Asimismo, en este primer encuentro se establecerán las coordenadas del encuadre de trabajo, explicitando la modalidad de funcionamiento del dispositivo, la frecuencia y duración de los encuentros, así como las condiciones de participación, incluyendo un cupo máximo de hasta 10 participantes. El dispositivo se desarrollará con una frecuencia de dos encuentros semanales de 90 minutos de duración, a lo largo de un ciclo anual, pudiendo ajustarse en función de la disponibilidad y condiciones institucionales.

Cada encuentro se estructurará en distintos momentos: una instancia inicial de apertura, orientada a la bienvenida y a la recuperación de lo trabajado previamente; un momento central destinado al desarrollo de actividades de estimulación cognitiva, articuladas con los intereses del grupo; y un cierre, en el que se propiciará la puesta en común, la elaboración de la experiencia y la anticipación del próximo encuentro.

En articulación con este momento de cierre, se destinarán los últimos 10 minutos de uno de los encuentros semanales a la propuesta de actividades de carácter ecológico, orientadas a favorecer la transferencia de lo trabajado al entorno cotidiano. Estas consignas, de carácter simple, podrán ser retomadas por fuera del taller, ya sea en el hogar o en la institución donde la persona resida, pudiendo involucrar, cuando corresponda, a acompañantes terapéuticos u otros actores del cuidado.

Durante esta primera etapa, se incluirá además un espacio inicial de psicoeducación dirigido a los participantes, orientado a brindar información básica sobre el diagnóstico de DCL, sus características y posibles modos de abordaje, favoreciendo la comprensión del proceso y promoviendo una participación activa en el dispositivo.

Desarrollo de los encuentros y actividades:

A partir de la información recabada, quien coordine el taller elaborará propuestas que articulen los ejes cognitivos a trabajar con los intereses y recorridos vitales de los participantes, promoviendo la recuperación de espacios de sentido en esta etapa vital.

Los encuentros se organizarán en torno a un eje cognitivo predominante, que orientará la planificación de las actividades. Sin embargo, estas no se estructuran como ejercicios dirigidos a funciones aisladas, sino como propuestas integrales que comprometen de manera simultánea distintos procesos cognitivos, así como la dimensión subjetiva y vincular de los participantes.

Operacionalización de la EC¹

Área cognitiva	Ejemplos de actividades / ejercicios / líneas de acción	Objetivo	Materiales para cada actividad
Memoria	1. Evocación de recuerdos a partir de estímulos significativos. 2. Retención y reorganización de información en situaciones cotidianas.	Estimular los procesos de codificación, retención y recuperación de información a través de la memoria episódica y de trabajo.	Fotografías, objetos o imágenes, listas de palabras, consignas o situaciones cotidianas. hojas y lápices.
Atención	1. Focalización de elementos relevantes en soportes gráficos o escritos. 2. Realización simultánea de tareas en contextos cotidianos.	Favorecer la atención selectiva y dividida en el procesamiento de la información.	Recetas, textos o notas periodísticas
Aprendizaje	1. Adquisición de una habilidad simple o manejo de una herramienta tecnológica básica. 2. Implementación de estrategias. mnemotécnicas para el autorregistro.	Promover la neuroplasticidad y la capacidad de adquirir y retener nueva información relevante.	Agendas, anotadores, aplicaciones de recordatorios.
Orientación espacio temporal	1. Registro y comentario de la actualidad. 2. Localización de puntos de referencia significativos en el mapa del barrio o la ciudad.	Mantener al sujeto situado en su realidad personal, social y cronológica.	Mapas, diarios del día, calendarios de pared grandes, reloj de agujas.
Lenguaje	1. Fluidez verbal mediante asociaciones semánticas o fonológicas (ej. "nombres de..."). 2. Análisis y producción de textos breves o narrativas personales.	Conservar las habilidades comunicativas, tales como la fluidez, la coherencia y la cohesión del discurso.	Letras de canciones populares, refranes incompletos, láminas descriptivas.
Gnosias	1. Reconocimiento de objetos, rostros o sonidos	Preservar la capacidad de reconocimiento de	Grabaciones de

¹ Cuadro de propia elaboración.

	a partir de diferentes canales sensoriales. 2. Discriminación de estímulos visuales (formas y colores) integrados en imágenes complejas o figuras superpuestas.	estímulos sensoriales y la interpretación del entorno.	sonidos, texturas (telas, lija), esencias/aromas, imágenes, objetos.
Praxias	1. Dibujo de figuras complejas o armado de rompecabezas. 2. Ejecución de secuencias de movimientos (gestos simbólicos o uso de herramientas).	Favorecer la coordinación motora voluntaria y la planificación del movimiento con un fin.	Papel, lápices de colores, juegos de encastre, objetos de uso cotidiano.
Funciones ejecutivas	1. Resolución de situaciones problemáticas cotidianas. 2. Planificación de una actividad secuenciada (ej. organizar una salida o una receta).	Potenciar la capacidad de razonamiento, la toma de decisiones y la resolución de problemas.	Útiles, papel y juegos de mesa.
Actividades de la vida diaria	1. Introducir una mínima variación en la rutina (cambiar orden, horario, recorrido). 2. A partir de una noticia periodística de interés personal, identificar palabras clave (nombres propios, fechas, lugares).	Transferir las mejoras de las funciones cognitivas más allá del taller.	No aplica.

Las actividades presentadas tienen un carácter orientativo y serán ajustadas en función de los intereses y particularidades de cada grupo.

Espacios de psicoeducación al entorno familiar

Se implementarán instancias de psicoeducación dirigidas a familiares, allegados y/o cuidadores de los participantes. En aquellos casos en que las personas residan en instituciones, estos espacios podrán incluir también al personal de cuidado, favoreciendo la articulación con el entorno cotidiano.

Los encuentros tendrán una periodicidad mensual, pudiendo ajustarse en función de las necesidades que se presenten a lo largo del proceso.

Primer encuentro:

El primer encuentro se desarrollará al inicio del dispositivo y tendrá como objetivo la presentación general del mismo. En este marco, se explicitarán sus objetivos, fundamentos, modalidad de trabajo y alcances.

En un segundo momento, se incluye un espacio destinado al abordaje de prejuicios, mitos y representaciones sociales en torno al DCL. Este apartado permite trabajar sobre creencias falsas o naturalizadas acerca del diagnóstico, favoreciendo una comprensión más compleja del mismo, así como la problematización del lugar del entorno en la construcción de redes de apoyo y sostén.

En un tercer momento, se desarrollan los contenidos específicos de psicoeducación en hábitos neuroprotectores, entendidos como prácticas cotidianas orientadas a la reducción de factores de riesgo potencialmente modificables asociados al deterioro cognitivo y la demencia, promoviendo el cuidado de la salud cerebral y general (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). En este punto, los contenidos pueden organizarse en los siguientes ejes: alimentación balanceada, chequeos médicos de rutina, descanso reparador, vida social, salud mental y actividad física.

Finalmente, se propone un espacio de intercambio y preguntas, orientado a la elaboración de dudas, la circulación de experiencias del cuidado y la construcción colectiva de estrategias de acompañamiento.

Encuentros de acompañamiento y orientación al entorno familiar:

A lo largo del año, se llevarán a cabo encuentros mensuales dirigidos a familiares, allegados y/o cuidadores de los participantes, orientados al seguimiento y acompañamiento del proceso. Teniendo en cuenta la información brindada en el primer encuentro, los encuentros posteriores, estarán orientados a evaluar la implementación de los contenidos trabajados, así como a identificar las dificultades que puedan surgir en su puesta en práctica.

A su vez, considerando que la propuesta contempla como uno de sus objetivos la transferencia de los avances del taller a la vida cotidiana de los participantes —en términos de una perspectiva ecológica y de promoción de la autonomía funcional—, estos espacios permitirán también dar cuenta de cómo dichos procesos se van desplegando en los contextos concretos.

Recursos humanos

Los recursos humanos incluyen un/a psicólogo/a con orientación en neuropsicología o psicogerontología, responsable de la coordinación y desarrollo del dispositivo. Asimismo, el equipo podrá conformarse de manera variable según la disponibilidad institucional, siendo deseable la participación de otro/a profesional psicólogo/a y un/a acompañante terapéutico/a.

Recursos materiales a utilizar

Los recursos materiales se detallan en el apartado “Esquema organizativo de las actividades a realizar”.

Financiamiento

El financiamiento de dicho proyecto estará a cargo de la institución a la cual esté dirigido.

Evaluación general del proyecto

El dispositivo contempla instancias de seguimiento y evaluación del proceso con el fin de valorar la evolución de los participantes y los efectos de la intervención, en términos de estabilidad, mejora o posible progresión del DCL, así como su impacto en el funcionamiento cotidiano.

En este marco, se adopta un enfoque mixto que articula la valoración neuropsicológica con una lectura de la implicación subjetiva. En lo que respecta a la dimensión subjetiva, se realiza un seguimiento continuo mediante el registro sistemático de cada encuentro por parte del/la psicólogo/a coordinador/a. Estos registros incluyen aspectos vinculados a la participación, el nivel de implicación en las actividades, la interacción entre los participantes y las particularidades observadas en cada caso, permitiendo una lectura del recorrido de cada sujeto en el dispositivo.

En cuanto a la dimensión cognitiva, se prevén dos instancias de evaluación neuropsicológica de carácter individual: una intermedia, durante el receso invernal, y otra al finalizar el ciclo anual. Estas evaluaciones tienen como finalidad valorar el estado cognitivo de los participantes y su evolución a lo largo del proceso. La batería de test neuropsicológicos será la siguiente:

- Cribado Auditivo Verbal de Alteraciones Cognitivas (CAVAC). Un test de screening heteroadministrado recientemente diseñado en Argentina (Martino et al., en prensa) 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 subtest (Torralva et al., 2009).

En articulación con lo mencionado anteriormente, el dispositivo contempla un receso inercial que habilita al profesional —y, en caso de contar con otros/as profesionales, al equipo— a realizar una instancia de revisión del proceso grupal a partir del material recogido durante el primer semestre. Este espacio, de carácter interno, permite una lectura integradora en términos de participación, dinámica vincular, avances en relación con los objetivos propuestos y pertinencia de las actividades implementadas. Asimismo, los resultados de la evaluación neuropsicológica intermedia constituye un recurso relevante para orientar posibles reajustes en la planificación de las actividades de EC para el segundo semestre.

Encuentro de cierre con los participantes:

Al finalizar el taller, posteriormente a la realización de la evaluación neuropsicológica final, se establece un espacio de intercambio con los participantes, orientado a recuperar la experiencia del proceso transitado y sus posibles efectos en la vida cotidiana. Esta instancia se desarrolla en un clima distendido que favorece la circulación de la palabra y la elaboración de la experiencia, funcionando como un espacio de devolución y cierre del dispositivo.

Evaluación final e informe individual

Una vez finalizado el ciclo, el/la profesional a cargo —y, en caso de contar con otros/as profesionales, el equipo— realizará una instancia de integración del material producido, articulando los registros de seguimiento con los resultados de la evaluación neuropsicológica y los aportes relevados en el espacio de trabajo con familiares. A partir de ello, se elaborará un informe final de carácter individual, que será comunicado de manera presencial a cada participante y, en caso de corresponder, a sus familiares o red de sostén que hayan participado de las instancias de psicoeducación. Dicho informe procurará ser claro y accesible, incluyendo una síntesis del proceso realizado, el nivel de implicación en el dispositivo, los resultados de la evaluación neuropsicológica, así como orientaciones y recomendaciones para el sostenimiento de las funciones cognitivas y el acompañamiento en la vida cotidiana.

Esquema organizativo de las actividades a realizar

Actividad	Objetivos	Recursos materiales necesarios	Meses									
			M 3	A 4	M 5	J 6	J 7	A 8	S 9	O 10	N 11	D 12
Administración de ficha sociodemográfica y de salud	- Obtener información de los participantes. - Recabar datos relevantes para la planificación de las actividades.	Ficha impresa, útiles.	X									
Entrevistas individuales preliminares	- Profundizar en la historia singular del participante. - Explorar expectativas respecto al dispositivo. - Favorecer el establecimiento del vínculo inicial con el/la coordinador/a.	Sillas, cuaderno / registro de notas (opcional).	X									
Primer encuentro con los participantes	- Presentar el dispositivo y establecer el encuadre. - Propiciar un primer acercamiento grupal. - Brindar un espacio inicial de psicoeducación.	Sillas, material de registro inicial (ficha), útiles.	X									
Estimulación cognitiva	- Trabajar sobre las funciones cognitivas articulando con la historia e intereses de los participantes.	Se detallan en el apartado de "operacionalización de la EC".	X	X	X	X		X	X	X	X	

Primer encuentro de psicoeducación con familiares y/o allegados	- Presentar el dispositivo. - Abordar mitos y creencias en torno al DCL. - Brindar información sobre hábitos neuroprotectores	Sillas, mesas, material informativo, proyector (opcional).	X										
Encuentros mensuales con familiares y/o allegados	- Acompañar el proceso del entorno familiar. - Identificar dificultades en la implementación de los contenidos trabajados.	Sillas, material informativo (opcional).	X	X	X	X		X	X	X	X		
Receso Invernal	- Realizar una instancia de revisión e integración del dispositivo, de carácter interno al equipo de trabajo.	Sillas, mesas, registros del proceso (notas de seguimiento).					X						
Encuentro de cierre con los participantes	- Realizar las evaluaciones neuropsicológicas - Recuperar la experiencia del proceso grupal.	Sillas, mesas, materiales para la evaluación (tests, hojas, útiles).											X
Evaluación final e informe individual	- Integrar los registros de seguimiento, resultados de la evaluación neuropsicológica y aportes del entorno familiar. - Comunicar los resultados al participante y familiar y/o red de sostén.	Sillas, mesas, registros del proceso, resultados de evaluación.											X

Referencias

- Aguiló, E. y Losada, A. (2015). *Los grupos y la intervención comunitaria*. Centro Marie Langer. Recuperado el día 22 de junio de 2017 de www.procc.org.
- Álvarez Chamale, M. M., y Sarce, K. (2011). *Reorientación vocacional: deseo y subjetividad en la adultez mayor*. Cuadernos Universitarios. Publicaciones Académicas de la Universidad Católica de Salta, 4, 179–185.
- Arévalo, A. G. (2017). *La ética del psicoanálisis*. Boletín Psicoevidencias, (48). Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).
- Arizaga, R. (2012). *Los criterios diagnósticos*. Anales de la Facultad de Medicina, 73(4), 321–330.
- Ayala San Martín, L. (2020). *Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores*. ENE, Revista de Enfermería, 14(3). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1049>
- Azcoaga, J. (1984). *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico*. El Ateneo.
- Casasola-Rivera, W. (2024). *La importancia de la psicoeducación en la intervención de personas adultas mayores con trastorno neurocognitivo leve*. Revista Costarricense de Psicología, 43(1), 1–13.
- Custodio, N., Herrera-Pérez, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendejú, L. (2012). *Deterioro cognitivo leve: concepto, diagnóstico y tratamiento*. Revista de Neuro-Psiquiatría, 75(4), 267–275.
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En La cantera freudiana. <https://www.lacanterafreudiana.com.ar>
- Gifre Monreal, M., y Guitart, M. E. (2013). *Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner*. Contextos Educativos. Revista De Educación, (15), 79–92. <https://doi.org/10.18172/con.656>.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). *Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares*. Revista Médica Clínica Las Condes, 31(2), 169–173.
- Jara Madrigal, M. (s. f.). *La estimulación cognitiva en personas adultas mayores*. Revista Cúpula.
- Larrosa, J. (29 de marzo de 2019). *Entrevista a Jorge Larrosa*. Instituto Superior de Estudios Pedagógicos (ISEP).
- Lezak, M.D., Howieson, D.B., Bigler, E.D. y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment*. 5th ed. Oxford University Press.

- Lleonart, M., y Mateu, G. (2016). *La psicoterapia de grupo en la vejez: Un proyecto de investigación*. Temas de Psicoanálisis, (11).
- Martino, P., Cervigni, M., Cores, E., Cossini, F., Román, K., Cuesta, C., Esnaola y Rojas, M.M., Graviotto, G., Gallegos, M. y Politis, D. (en prensa). Construcción y validación de un test para el cribado auditivo verbal de alteraciones cognitivas. *Revista de Neurología* (España).
- Nogueira, G. (2021). *El niño problema. Un desafío para padres, docentes y profesionales*. Barcelona/ Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Prevención de las enfermedades mentales: Intervención eficaz y políticas eficaces. Informe sobre una reunión de consulta de la OMS*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42617>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia*. OPS.
- Pinto, J. O., Pontes, D., Peixoto, B., Dores, A. R., y Barbosa, F. (2024). *Ecological validity of neuropsychological interventions: A systematic review*. *Applied Neuropsychology: Adult*. <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2328694>.
- 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
- Reynoso-Alcántara, V., Guiot-Vázquez, M. I., y Díaz-Camacho, J. E. (2018). Modelo de reserva cognitiva: Orígenes, principales factores de desarrollo y aplicabilidad clínica. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19(2), 62–73.
- 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. (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. y 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>.
- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Lopez, P., y 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.

Vera Barros, B., Pacha, M. S., y Pettinicchi, J. P. (2021). *Deterioro cognitivo*. En Neurología sin secretos (cap. 35).

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11–14.

Villalba Agustín, S., y Espert Tortajada, R. (2014). *Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica*. *Terapeía*, 6, 73–93.

Zarebski, G. (2008). Padre de mis hijos, ¿padre de mis padres? Buenos Aires: Paidós.