

margen N° 121 - junio de 2026

El rol del Trabajo Social en el abordaje del deterioro cognitivo y las demencias

Por Carla Vanesa Díaz

Carla Vanesa Díaz. Licenciada en Trabajo Social. Residente de 1° año de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología, Centro de Salud Comunitario 36, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Introducción

Este escrito se ha llevado a cabo desde la mirada de una trabajadora social en el marco de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG)¹ a partir de la recuperación de experiencias vivenciadas en diversos dispositivos de la red de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre los meses de septiembre y diciembre de 2025. Los mismos están conformados por el servicio de Neurología de un Centro de Salud Comunitario sito el barrio de Floresta en CABA, así como el Taller de Estimulación Cognitiva para personas con diagnóstico de demencia² ubicado en el mismo efector de salud.

A partir de mis observaciones y mis registros en dichos espacios, como objetivo general se propone caracterizar los aportes del trabajo social con formación gerontológica en la prevención del deterioro cognitivo y las demencias, así como en la promoción de factores protectores en la población.

Los objetivos específicos que se postulan son:

-Reflexionar sobre las consecuencias del envejecimiento poblacional en la sociedad actual.

- Describir el deterioro cognitivo y demencias como una problemática de salud pública, crónica y compleja.
- Identificar las estrategias implementados desde la biomedicina para abordar el deterioro cognitivo y las demencias.
- Examinar el rol y potencial del trabajo social en el abordaje del deterioro cognitivo y las demencias.

1 La RPIG forma parte del sistema de residencias de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue formada a partir de la necesidad de capacitar profesionales para integrar equipos interdisciplinarios que puedan abordar a complejidad de las problemáticas propias del envejecimiento. Tiene dos sedes formadoras (CeSac 36 y Hospital Durand) y actualmente está constituida por profesionales de Psicología, Medicina General y Familiar, Comunicación Social, Antropología y Trabajo Social.

2 Se lo reconoce como taller de la memoria en su expresión coloquial.

El transitar durante tres meses en dispositivos que acompañan el proceso de salud enfermedad atención cuidado de personas con deterioro cognitivo en diversos estadios me ha generado algunas preguntas:

- Ante la prevalencia del deterioro cognitivo y las demencias en una población que envejece a un ritmo acelerado, ¿cuáles son las estrategias que se da el subsistema de salud público para su afronte?
- ¿se trabaja de forma interdisciplinaria frente a las complejas y heterogéneas vejezes que se presentan en las intervenciones en salud pública?
- ¿hay alguna vacancia en materia preventiva del deterioro cognitivo y demencias? ¿en qué consiste?
- ¿cómo se posiciona el trabajo social frente a la misma? ¿cuáles son los desafíos con los que debe lidiar dicha disciplina con enfoque gerontológico al momento de abordar el deterioro cognitivo y las demencias?

Un escenario envejecido: sus consecuencias

Nuestro país asiste desde hace un tiempo a un marcado proceso de envejecimiento de la población, el cual se enmarca en un fenómeno demográfico de alcance mundial a través del cual el porcentaje correspondiente a las personas mayores se incrementa a paso firme.

En 1950, la población mayor de 60 años representaba el 8% de la población mundial. En 2015 ese porcentaje se elevaba al 12,2 % de la población. Para 2050 se evalúa que superará el 21% (Peláez et al., 2017).

Dicho proceso, que encuentra sus causas en el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, convoca a quienes delinear las políticas públicas, a sus ejecutores y a aquellas personas sobre quienes las mismas recaen, a plantear nuevos horizontes y una reconfiguración de los escenarios.

De acuerdo al último censo realizado en Argentina en 2022, la cantidad de personas mayores a 60 años ascendía a 16,2% (INDEC, 2022). De acuerdo al Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2023), los datos del último censo del año 2022 arrojan que CABA ostenta un 22% de personas mayores de 60 años, es decir, cerca de un cuarto de sus habitantes. Se dice que estamos en presencia de una “ciudad envejecida” cuando el 7% o más de su población tiene más de 60 años.

Uno de los aspectos distintivos del proceso de envejecimiento poblacional es su tendencia a la previsibilidad, lo cual es posible gracias a los cambios observados y señalados por expertos de diversas disciplinas a lo largo del tiempo. Precisamente, desde hace más de cien años este fenómeno se viene registrando y notificando a los gobiernos de todo el mundo, con escasa repercusión en la implementación de políticas públicas que puedan contener el impacto que esto conlleva al interior de las sociedades y en la vida de las personas.

De acuerdo al Dossier Estadístico de Personas Mayores (INDEC, 2024), en 1914 la mitad de la población del país tenía hasta 20 años y la de 65 años -y más- representaba poco más del 2%. Este último grupo alcanzó en 1970 el 7% y en 2022, casi un 12%.

Así como aumenta el peso relativo de las personas mayores en el conjunto de la población,

también lo hace el de las personas de la llamada “cuarta edad” (85 años y más) al interior de su grupo. Precisamente, el índice de sobreenvjecimiento representa la cantidad de personas de 85 años y más por cada 100 personas de 65 años y más. Mientras que en 1970 su valor fue de 5,0, en 2022 llegó a 10,4.

Pero el aumento de la expectativa de vida no se traduce necesariamente en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores. Es decir, vivir más no significa vivir mejor ni gozar de un envejecimiento saludable³.

Si bien estamos transitando el decenio declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) como de “Envejecimiento Saludable 2021 a 2030”, su posibilidad de concreción se encuentra condicionada en la práctica por múltiples factores. Con el aumento de la expectativa de vida de la población también crece la incidencia de diabetes, ateromatosis, artrosis, osteoporosis, deterioro cognitivo, entre otras enfermedades. También se magnifica el número absoluto y relativo de las demencias: un 13% de casos con deterioro cognitivo evoluciona a síndromes demenciales cada año (Allegri et al, 2010).

En ese sentido, es interesante la proyección que realiza Taragano (2019) al comparar la población pediátrica y la población adulta mayor con y sin demencia a lo largo del tiempo. Entre 1950 y 2050 la población pediátrica se multiplicará por 2 mientras que las personas mayores sin demencia lo harán por 10,2 y las personas mayores con demencia lo harán por 18,56. A su vez, en 1950, por cada nueva persona con demencia había 117 nuevos niños, mientras que en 2010, por cada nueva persona con demencia había 18 niños. Para 2050 se estima que por cada persona con demencia habrá solo 7 nuevos niños (Taragano, 2019).

Asimismo es importante señalar a la feminización de la vejez (es decir, la preponderancia de las mujeres en el grupo etario de personas mayores) como un fenómeno característico del envejecimiento poblacional, de suma importancia ya que tiene impacto en la demencia. Esto se debe a que las mujeres padecen más Alzheimer que los hombres. La proyección estadística que realiza el autor permite visualizar las consecuencias sociosanitarias que la feminización de la vejez plantea a nuestra sociedad.

Entre 1950 y 2050, la población femenina pediátrica se multiplicará por 2 mientras que las adultas mayores sin demencia lo harán por 11,5 y las adultas mayores con demencia lo harán por 20,89. En 1950, por cada nueva mujer con demencia había 90 nuevas niñas, pero en 2010 la cifra cambió abruptamente, ya que por cada nueva mujer con demencia había solo 11 nuevas niñas. Para 2050 se estima que por cada nueva mujer con demencia habrá solo 4 nueva niñas.

Considerando lo expuesto, es posible afirmar que la demencia se presenta como un problema de salud pública, crónico y complejo.

Su alta prevalencia en la población adulta mayor, unida al envejecimiento de la pirámide poblacional, la falta de tratamientos efectivos para detener su progresión y el alto grado de dependencia que sufren los pacientes, hacen que sus repercusiones médicas, personales, familiares,

3 Es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (Informe mundial sobre envejecimiento y la salud de la OMS, 2015, p.30). A su vez, la capacidad funcional abarca los atributos relacionados con la salud que posibilitan que una persona pueda ser y hacer lo que es importante para ella. Y está formada por la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales de la persona), el entorno (las personas y sus relaciones con la familia, la comunidad y la sociedad, las actitudes y valores, las políticas de salud y sociales así como los servicios que prestan) y la interacción entre ambos.

sociales y económicas sean realmente significativas (Castellano et al. 2011), lo cual pone de manifiesto su carácter problemático para la salud pública. Es crónica porque se trata de una enfermedad de larga duración cuya curación no puede preverse claramente. Es compleja porque en su prevención, diagnóstico y acompañamiento intervienen múltiples variables: por un lado, está subdiagnosticada, pero por otro lado, cuando el diagnóstico se efectiviza suele llevarse a cabo en estadios avanzados de la enfermedad. A su vez la prevención requiere articulación interinstitucional desde los primeros años de vida para poder alcanzar la escolaridad deseada (12 años) que constituye uno de los factores protectores primordiales para su no adquisición. Si bien la educación secundaria en nuestro país se proclama obligatoria, según el Censo del año 2022, el 41,2% de las mujeres y el 49,3% de los varones no habían terminado el nivel medio.

Pero antes de continuar, sería preciso responder plantear qué es la demencia.

La demencia es la pérdida de autonomía de la persona como consecuencia del deterioro cognitivo y/o de la conducta, siendo “una de las mayores causas de discapacidad en la vejez y es la causa principal de dependencia” (Allegrí y Roqué, 2015, p.14).

El abordaje de las demencias

El deterioro cognitivo leve no es una enfermedad específica sino un síndrome que hace referencia a un estado patológico al que hay que descubrir la causa, la cual podrá evolucionar a la demencia, o no necesariamente. Se denomina “leve” en la medida en que se lo compara con la demencia. Según Petersen et al (citados en Allegrí y Roqué, 2015), para arribar a su diagnóstico es preciso considerar:

- preocupación por parte de la persona que lo experimenta, de algún referente o del profesional de la salud
- deterioro en uno o más de los cuatro dominios cognitivos (memoria, lenguaje, visoconstrucción⁴, función ejecutiva⁵) de la evaluación neuropsicológica en relación a personas de la misma edad y nivel educativo del paciente.
- desenvolvimiento normal de las actividades funcionales de la vida diaria
- ausencia de demencia.

Si efectivamente evoluciona hacia una demencia, se dice entonces que se está en presencia de un estado predemencial.

La demencia es un síndrome (es decir, un conjunto de signos y síntomas) originado por

-
- 4 Las habilidades visoespaciales y visoconstructivas se definen como procesos no verbales que trabajan con estímulos perceptivos e imágenes mentales, producto de la integración de información visual, motora y espacial (Vera Salinas, 2017)
 - 5 Son el conjunto de capacidades que tiene el individuo para generar procesos como la toma de decisiones, analizar, actuar etc. Son la esencia de nuestra conducta y el generador de varios procesos cognoscitivos esenciales para que el ser humano pueda interactuar y valerse por sí mismo dentro de las áreas biológica, psicológica y social. Cumplen un papel fundamental en el proceso de optimizar un envejecimiento activo (Soto-Anari y Cáceres-Luna, 2012)
-

diferentes causas, entre éstas las de origen degenerativo, dentro de las cuales se destacan la demencia por Alzheimer, la Demencia Vascular, Demencia por Cuerpos de Lewy y la Demencia Frontotemporal. Las mismas se corresponden con los diagnósticos observados en las consultas llevadas a cabo en el servicio de neurología y en las personas asistentes al Taller de la memoria.

Uno de los síntomas característicos es la pérdida de la memoria (muy presente en las demencias degenerativas como el Alzheimer, la cual concentra la mayoría de los casos). Si bien los olvidos - que son la expresión de la pérdida de memoria- forman parte del envejecimiento normal, también son la característica de las etapas iniciales de la demencia.

El deterioro cognitivo puede ser considerado como una consecuencia normal del envejecimiento del cerebro, pero también puede indicar la aparición de los primeros indicios del avance de un proceso neurodegenerativo asociado a la demencia (Allegri y Roqué, 2015: p.28)

En la Argentina, la prevalencia de demencia en general está estimada en 12.2% en personas mayores de 65 años. Según estas cifras, podemos inferir que actualmente hay en el país más de 600.000 personas con demencia, de los cuales aproximadamente el 60% son Demencia Tipo Alzheimer (PROMED, s.f.).

Tradicionalmente, el concepto de deterioro cognitivo leve ha referido únicamente a trastornos en las funciones cognitivas; no obstante, los síntomas conductuales también pueden formar parte del mismo y constituir por sí mismos los síntomas iniciales en la población en riesgo de demencia (Serrano et al., 2007).

El síndrome demencial tiene una baja prevalencia antes de los 65 años, pero posteriormente experimenta un aumento considerable a medida que las personas se van acercando a los 90 años: a esa edad, el mismo está en el orden del 55%. Este hecho, sumado al creciente aumento en la expectativa de vida, las implicancias en el ámbito familiar, social y económico que tienen estas afecciones, ha logrado que se le preste cada vez mayor atención desde el punto de vista médico y sociosanitario. En cuanto a la prevalencia de la demencia según su clasificación, la más frecuente en nuestro medio es la enfermedad de Alzheimer (55 a 70%) seguida de la Demencia Vascular y la Demencia por Cuerpos de Lewy (Zuin en Allegri y Roqué, 2015: p.84).

Cuando la persona llega al consultorio por propia iniciativa o bien acompañada por algún referente -familiar en la mayoría de los casos- hay que determinar si se está frente a un declive cognitivo normal⁶ propio del envejecimiento, un deterioro cognitivo leve, moderado o avanzado, o una demencia.

El arribo al diagnóstico es una construcción compleja que requiere un abordaje multidimensional y que exige llevarse a cabo en las etapas tempranas de su manifestación o sospecha (prevención secundaria). La dificultad para inferir la presencia de deterioro cognitivo en fase inicial se presenta no solo en los profesionales de la salud sino también en quien la padece y en su grupo familiar, ya que funciones como la memoria y el impedimento para recordar, por ejemplo, suelen acontecer en sus inicios de forma progresiva, lenta y silenciosa. A su vez se requiere la intervención de profesionales con un enfoque gerontológico que puedan posicionarse lejos de prejuicios que obstaculicen el diagnóstico, como por ejemplo que el deterioro cognitivo -cuya

6 Según Allegri y Roqué (2015), el 60% de las personas mayores de 70 años que consultan por olvidos se encuentra en un rango de normalidad.

expresión más popular es la pérdida de memoria- o los cambios conductuales son comunes y normales en la vejez⁷.

A pesar de su alta prevalencia en las personas mayores, Allegri y Roqué (2015) señalan que

no existe evidencia a favor ni en contra que permita realizar una recomendación formal para realizar el “screening” o “detección” de deterioro cognitivo en forma rutinaria en todos los individuos de edad avanzada en atención primaria (p.34).

Sin embargo, frente a la sospecha de la presencia del mismo, para su detección se requiere intervención profesional interdisciplinaria.

Para arribar a una aproximación diagnóstica, siguiendo a Allegri y Roqué (2015) y Taragano (2019), hay que tener presente diversas dimensiones:

- Anamnesis: siendo uno de los aspectos más importantes de este proceso reconstructivo y al cual hay que otorgarle mucha dedicación. La misma se lleva a cabo a través de una entrevista con el paciente y su referente cuidador adoptando un enfoque de atención centrado en la persona, procurando respetar sus tiempos y necesidades. Se busca recuperar diversos aspectos: antecedentes personales y familiares, factores de riesgo cardiovascular, signos cognitivos y conductuales observables en la cotidianidad, la red emocional, escolaridad y actividad laboral, ya que a mayor déficit de las mismas el deterioro cognitivo tiene más posibilidades de desplegarse. Asimismo, es importante indagar acerca de la dificultad manifiesta o no respecto a la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de quien consulta.
- Examen neurológico
- Evaluación neurocognitiva: la misma consiste en aplicar diversas baterías de test breves aprobados por guías nacionales e internacionales.
- Evaluación neuropsiquiátrica: a través de ella se ahonda en el encuentro desde síntomas conductuales hasta enfermedades neurológicas.
- Laboratorio: consiste en solicitar una rutina básica.
- Neuroimágenes estructurales: la tomografía axial computarizada, es la técnica utilizada en primera instancia mientras que la segunda es la resonancia magnética.

En relación al tratamiento, hay uno farmacológico y otro no farmacológico. Para el primero, no existe uno que pueda enlentecer la progresión patogénica del deterioro cognitivo o demencia, pero sí es posible “ralentizar la progresión sintomática” (Taragano, 2019: p.98).

Para el segundo, en lo que refiere a la prevención primaria es posible encontrar medidas que van desde la prevención de factores de riesgo cardiovascular, así como la promoción de la actividad física, la alimentación saludable, las actividades sociales, la actividad intelectual y la participación

⁷ Según un estudio llevado a cabo en el 2007 por Serrano et. Al (2007), el 50% de los profesionales de salud encuestados consideran que el deterioro cognitivo leve es propio del envejecimiento mientras que el otro 50% considera que es patológico.

en talleres de entrenamiento cognitivo⁸. Asimismo, el tratamiento no farmacológico también se expresa en la prevención secundaria a través de la realización de talleres de estimulación y en la prevención terciaria a través de la rehabilitación cognitiva⁹.

Tanto la prevención de los factores de riesgo como la promoción de los factores protectores son los pilares de la atención primaria de la salud. Es en su posibilidad de realización que el Trabajo Social con formación gerontológica puede desplegar estrategias de intervención junto a otros trabajadores de la salud (promotores de salud, psicopedagogos, psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, médicos generalistas, enfermeras, etc)

La prevención como estrategia frente al avance de las demencias y el rol del trabajo social

En Atención Primaria de la Salud existen cuatro niveles:

- a) Prevención Primaria: promoción de la salud y prevención antes que se presente la enfermedad.
- b) Prevención Secundaria: consiste en detectar la enfermedad en estadios precoz
- c) Prevención Terciaria: dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para retrasar su progresión y, con ello la aparición de complicaciones buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- d) Prevención Cuaternaria: trata de evitar las recaídas (Allegri y Roqué, 2015).

En el nivel de la prevención primaria, entre los factores protectores contra el deterioro cognitivo y su máxima expresión -la demencia- se ubica la conservación elevada de la reserva cognitiva¹⁰ que puede tener una persona. Mora y Calvario (2023) señalan que la posesión de ésta se relacionaría con la presencia de un deterioro cognitivo más lento. Aunque parece ser que el nivel de reserva cognitiva no influye en el tiempo de desarrollo, sí tendrían influencia en el grado de gravedad de los síntomas los factores como la educación, actividad laboral e inserción en actividades de ocio. Actualmente, los 12 años de escolaridad (conformados por la escuela primaria y secundaria) constituyen un corte en la puntuación en uno de los tests neurocognitivos más usados en nuestro país, el ACE, reservándose la exigencia de un puntaje esperable menor para quienes tienen menos de 12 años de escolaridad y un puntaje mayor para quienes tienen 12 años o más. A partir de ellos es posible pensar en implementar estrategias de prevención y promoción comunitaria tendientes a concientizar sobre los beneficios que tiene el conservar altos niveles de reserva cognitiva con el fin de amortiguar los síntomas del deterioro cognitivo, destacando que la prevención comienza desde temprana edad ya que el envejecimiento es un proceso que se ubica desde los inicios de la vida.

8 Los talleres de entrenamiento cognitivo tienen por objetivo conservar la capacidad o performance cognitiva en personas que aún no tienen deterioro alguno.

9 En sentido estricto, según Judith Jaskilevich los talleres de estimulación cognitiva tienen por fin identificar el deterioro en personas que padecen enfermedades neurodegenerativas mientras que los talleres de rehabilitación cognitiva tienen por objetivo recuperar funciones cognitivas que ya se encuentran dañadas como consecuencia de la adquisición del deterioro cognitivo.

10 La reserva cognitiva es un mecanismo cerebral que amortigua el deterioro o afección debido a una lesión como por ejemplo la demencia, el daño cerebral o el propio proceso de envejecimiento. Esta reserva la componen factores innatos como la genética o el sexo, y factores contextuales como el nivel educacional, ocupación laboral, ocio y actividad física, entre otros. (Mora y Calvario, p.251,2023)

Tal como señala De Paola (citado en Casas Torres y Zamora Carrillo, 2021), el Trabajo Social, desde la perspectiva gerontológica, desarrolla criterios vinculados al ámbito de la prevención social como lo constituyen las tareas de preparación para el envejecimiento (p.34)

En relación a la preservación de una óptima funcionalidad cognitiva, la participación de las personas mayores en talleres preventivos de estimulación cognitiva es una recomendación en crecimiento que se observa por parte de los profesionales de la salud. Asimismo, comienza a generarse una sostenida demanda por parte dicha población hacia los efectores públicos de salud en que se desarrollan dichos talleres.

Pensar en estrategias vinculadas a la preservación de una elevada reserva cognitiva en las personas requiere también el fomento de la articulación interinstitucional entre salud y educación con el fin de garantizar 12 años de escolaridad, así como la participación en elaboración de políticas que contemplen efectos a largo plazo en la población.

Asimismo, existen otros factores de protección y también de riesgo que desde la prevención primaria se pueden abordar. La actividad física de forma regular y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular -como la diabetes, obesidad, tabaquismo e hipertensión- disminuyen el riesgo de deterioro cognitivo así como el riesgo de demencia. Además, tanto sostener una alimentación saludable como el aprendizaje y el entrenamiento cognitivo a lo largo de toda la vida pueden disminuir el riesgo de deterioro cognitivo (Allegrí y Roqué, 2015).

Desde la prevención secundaria (detección precoz de la enfermedad), la contribución del trabajo social se centra en la planificación y coordinación de talleres de estimulación cognitiva. Dichos dispositivos proponen enlentecer el deterioro cognitivo de los participantes a través del desarrollo de actividades grupales e individuales que estimulen diversos dominios intelectuales.

Por otro lado, uno de los objetivos de este trabajo es reflexionar sobre los aportes que el Trabajo Social con formación gerontológica realiza en el abordaje del deterioro cognitivo y las demencias. Durante la rotación en el consultorio de neurología se asistió a la atención de pacientes que se encontraban atravesando preocupación por olvidos que luego de la evaluación fueron considerados normales, deterioro cognitivo leve o moderado y diversos tipos de demencia (principalmente Alzheimer, mixta y Frontotemporal). Salvo los del primer grupo, el resto asistieron acompañados por familiares que ejercían mayoritariamente el rol de cuidadores principales.

Dicha experiencia permite dar cuenta del aporte de la disciplina al trabajo con personas mayores con deterioro cognitivo de diverso grado. La misma se puede caracterizar por el despliegue de estrategias basadas en la intersectorialidad, la promoción de derechos y la autonomía de las personas mayores; esta última considera su participación en la toma de decisiones (González, 2017). Otra de las estrategias que la disciplina propone en sus intervenciones es la adopción del enfoque centrado en la persona, priorizando gustos, preferencias y estilos de vida, reconociendo que todas las personas tenemos la misma dignidad (Martínez Rodríguez, 2011). Para Kitwood (1997), la atención centrada en la persona con demencia cobra particular relevancia ya que la no consideración de sus preferencias y estilos de vida puede ser la responsable de provocar alteraciones conductuales (es la forma en que esta población manifiesta su malestar). A su vez, la adopción del enfoque del curso de vida en las intervenciones permite recobrar la trayectoria de vida de quienes realizan una consulta. Esta última recupera sus vínculos familiares, su nivel de instrucción, su formación laboral, la dimensión clínica objetivada en síntomas, la voz y opinión de quien acompaña, entre otras dimensiones. La reconstitución de los variados aspectos a lo largo de la vida, que aluden al trayecto vital de las personas, resulta fundamental para arribar al diagnóstico que con frecuencia se presenta de forma compleja.

Una de las dimensiones poco abordadas e invisibilizadas durante las entrevistas con personas mayores -y especialmente con aquellas que poseen deterioro cognitivo o demencias- es la sexualidad.

Los trastornos mencionados afectan a la sexualidad de maneras diferentes. Quienes los padecen pueden presentar conductas que suelen verse como “inapropiadas” ya que rompen con los códigos morales de la sociedad: pueden presentarse desnudos, masturbarse públicamente o tener conductas de desinhibición sexual. Por otro lado, la confusión, la agitación y la angustia que tienen por sentirse desorientados hace que lleven a cabo muestras de afecto que pueden ser vistas como sexuales o inapropiadas (Iacub y Machluk, 2021).

A su vez, la existencia de algunas patologías pueden afectar el deseo, tales como los ataques cardíacos acompañados del temor a la “muerte por orgasmo”, la hipertensión arterial, diabetes, artritis y artrosis. No obstante, resulta importante clarificar a los pacientes acerca de que, con pausa para reiniciar la actividad sexual en el primer caso y con los controles adecuados en las restantes patologías, se puede llevar adelante una vida sexual sin mayores inconvenientes.

Incorporar la perspectiva de género y el reconocimiento de la diversidad desde un enfoque de derechos humanos permitirá orientar estrategias e intervenciones profesionales no sesgadas y respetuosas de la autonomía.

La psicoeducación es otra de las intervenciones que puede desarrollar Trabajo Social con formación gerontológica. Su objetivo es generar habilidades de afrontamiento, mejorar la adherencia terapéutica de los usuarios y proporcionar conocimiento y habilidades que ayuden al asistente gerontológico y a los familiares a llevar adelante sus tareas de cuidado (Arias, 2025); en *Práctica y clínica con personas mayores* señala que se trata de identificar las situaciones problemáticas del usuario y su familia con el fin de generar una estrategia psicoeducativa que permita mejorar la calidad de vida de quienes consultan (Arias, 2025). La psicoeducación abarca diferentes tipos de intervenciones (se puede implementar en los cuatro niveles preventivos) y es singular para cada situación; requiere realizar una entrevista con escucha abierta, evaluar al usuario para conocer su padecimiento y realizar una entrevista familiar. El factor de mayor relevancia para llevar adelante esta intervención clínica es la disponibilidad de tiempo, ya que efectiviza una atención integral permitiendo establecer una comunicación efectiva y generar un espacio de confianza.

Otra de las intervenciones a implementar no solo en la consulta sino durante el proceso de salud enfermedad atención cuidado (PSEAC) está vinculada a trabajar con la concreción de los derechos del paciente (Ley Nacional N° 26.529, 2009), como por ejemplo las directivas anticipadas (artículo 11 de la ley 26.529), especialmente en personas con demencia. Al tratarse de una enfermedad neurodegenerativa y progresiva que acorta la expectativa de vida con afectación de la autonomía y la capacidad de comunicación, la toma de decisiones termina viéndose condicionada. Las directivas anticipadas permiten a los pacientes expresar de forma temprana su voluntad sobre los cuidados a recibir y/o rechazar en la etapa final. En la instancia final algunas veces se suelen aplicar tratamientos desproporcionados, como la asistencia respiratoria mecánica o la alimentación artificial, que pueden prolongar la supervivencia a costa de afectar la calidad de vida. En esta etapa, la toma de decisiones suele recaer sobre el entorno familiar que, salvo excepciones, no ha hablado de ello con el paciente. Por tal motivo, abordar este eje en la consulta o durante el PSEAC resulta garante de la autonomía de la persona con demencia (Mattiussi et al., s.f.).

Otro aspecto a considerar en las intervenciones, como aspecto fundante de los derechos del paciente, es el acceso a la información sanitaria de forma clara, suficiente y adecuada (artículo 3 de

la ley 26.529), es decir, información sobre su condición de salud, estudios y tratamientos. Aun cuando la persona tuviera alguna incapacidad, la normativa vigente indica que la transmisión de la información debe adaptarse a sus posibilidades de comprensión. Asimismo, garantiza el derecho a no recibir información sanitaria si la persona es mayor de edad, tiene capacidad y así lo desea. Según Cornett, citado en Serrano (2013), se considera que la capacidad se pierde cuando la persona tiene una importante alteración de la memoria de trabajo y sus funciones ejecutivas, que son esenciales para la comprensión, toma de decisiones y procesamiento cognitivo.

Este punto plantea la necesidad de instalar la reflexión sobre la dimensión ética en el equipo de salud que acompaña a un paciente con demencia al momento de comunicar el diagnóstico, tanto al paciente como a su grupo familiar. La autonomía y el principio de no maleficencia son dos de sus aspectos que requieren atención (Serrano, 2013)

Para Cornett, citado en Serrano (2013), una persona que conserva la conciencia de enfermedad es capaz de verbalizar la naturaleza, severidad y consecuencias de sus alteraciones cognitivas. Sin embargo, los pacientes con gran conciencia de sus fallas cognitivas suelen angustiarse más, han perdido la conciencia de enfermedad y tal vez no resulte beneficiosa la transmisión del diagnóstico.

Además de la autonomía, al momento de la transmisión del diagnóstico se encuentra involucrado el principio ético de la no maleficencia, que establece la obligación de no hacer el mal. Paola Fuentes, citada en Serrano (2013), agrega que al informar el diagnóstico de Alzheimer al paciente, aunque esta sea la verdad, se puede hacer un daño por el impacto que esta noticia puede tener sobre él. Esto se puede expresar en forma de depresión y, en casos extremos, de ideación suicida.

Por esta razón, se recomienda reflexionar sobre las implicancias éticas al interior de los equipos de salud al momento de diagnosticar demencia en pacientes que tienen depresión así como acompañar el malestar psíquico que suele presentarse con posterioridad al diagnóstico.

Conclusiones y reflexiones

A partir de lo mencionado se pueden dimensionar las implicancias que tiene en la calidad de vida de nuestra población su envejecimiento, así como la creación de un escenario que favorece la prevalencia en personas mayores de síndromes complejos de abordar desde el subsistema público de salud, como ocurre con las demencias y el deterioro cognitivo.

Se ha puesto en evidencia las dificultades que se manifiestan al momento de implementar estrategias de prevención y promoción. Esto nos llama a reflexionar respecto a la necesidad de contar con políticas públicas a largo plazo que persistan a través de los gobiernos de diferente signo partidario, que conciben que las prácticas que se llevan a cabo hoy tienen consecuencias positivas y negativas a largo plazo en la vida de las personas, especialmente en la vejez. Pensar en políticas a largo plazo para la población demanda disponer de presupuesto para salud y educación, para lo cual las mismas tienen que ser concebidas como un bien público y no como un bien del Mercado.

Además, la prevención y la promoción, dos aspectos centrales en el abordaje de la demencia, requieren la ejecución de políticas y programas, así como su implementación a través de la incorporación de profesionales idóneos en los efectores de salud .

En un país que asiste a la caída histórica de la natalidad y fecundidad -junto con un progresivo envejecimiento poblacional- queda en evidencia la escasa interpretación de la coyuntura actual y resulta preocupante que en 2025 se generaron 314 cupos para ingresar al sistema de residencias de

salud pública en Pediatría mientras que para Geriátría y para Gerontología se ofertaron solo 4 y 3 cupos, respectivamente.

Por si acaso el escenario resultara poco favorable para quienes nos formamos en trabajar con personas mayores en el sistema de residencias, los escasos egresantes de Gerontología carecemos de la posibilidad de concursar en cargos públicos para los que fuimos formados por el subsistema público de salud, ya que no existe dicha oferta laboral en un distrito cuya cuarta parte de la población es mayor de 60 años. A su vez, dicho segmento etario también se ve perjudicado con esta vacancia, ya que no cuenta con la posibilidad de acceder a la atención de profesionales especializados con formación geriatra y gerontológica.

Dicho panorama no se corresponde con el compromiso que asumió nuestro país al adherir a la Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores (OEA, 2015) a través de la Ley Nacional N° 27.360 (2017). En el inciso h del artículo 19, la norma internacional establece la protección del derecho a la salud, al

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.

Queda demostrado que el abordaje integral e interdisciplinario que requiere el deterioro cognitivo y las demencias reclama una mirada que trascienda el enfoque biomédico e involucre a otras disciplinas y actores de la sociedad. Una de las disciplinas en las que hace hincapié este escrito es el trabajo social con formación gerontológica y su aporte en el abordaje del deterioro cognitivo y las demencias.

Su invisibilización, que se expresa en el no reconocimiento a través de la inserción laboral en cargos del subsistema de salud público y la consiguiente conformación de equipos gerontológicos, ha dado como resultado la necesidad de escribir sobre la relevancia de su aporte al abordaje del deterioro cognitivo y las demencias. Desde que promueve la concreción de los derechos humanos de las personas mayores, así como el conocimiento específico sobre diversas dimensiones que caracterizan y hacen de la vejez una etapa realmente compleja, única y singular, se entiende que su contribución pone de manifiesto la relevancia de su inserción en equipos gerontológicos en los efectores de salud.

A partir de las estadísticas predictivas de Taragano (2019) es que quedan abiertos algunos interrogantes, como por ejemplo: ¿qué líneas de intervención preventivas se pueden desplegar para abordar la feminización de las demencias? y ¿qué políticas se están considerando para cuidar a quienes han cuidado durante gran parte de su vida?

A menudo -y con atino- se critica la infantilización en el trato hacia las personas mayores, que consiste en considerarlos como si fueran niños, restringiendo de esta forma su autonomía y sus derechos.

Sin embargo, en aspectos relacionados con el cuidado, la atención, la asignación de presupuestos acordes y la contratación de profesionales especializados se requiere concebir a las personas mayores con la misma prioridad y cuidado con la que se trata a los niños.

Bibliografía

- Arias, C.J. (comp.) (2025). *Práctica y clínica con personas mayores*. Editorial Autores De Argentina.
- Allegri, R.; Taragano, F.; Krupitzki, H.; Serrano, C.; Dillon, C.; Sarasola, D.; Feldman, M.; Tufro, G.; Martelli, M. y Sánchez, V. (2010). Role of cognitive reserve in progression from mild cognitive impairment to dementia. *Dement Neuropsychol March;4(1):28-34*.
<https://www.cemic.edu.ar/descargas/2010%20d.pdf>
- Allegri, R. y Roqué, M. (2015). *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario*. Ministerio de Desarrollo Social. 1a edición especial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://www.algec.org/biblioteca/Deerierioro-cognitivo-Alzheimer.pdf>
- Casas Torres, G. y Zamora Carrillo E. -coord- (2021). *Evidencias Internacionales de Trabajo Social en Gerontología*. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
https://www.trabajosocial.unam.mx/publicaciones/descarga/EvTS-Gerontologia_Ultima_version_mzo_2021.pdf
- Castellanos Pinedo, F.; Cid Gala, M; Duque San Juan, P. y Zurdo, M. (2011). Abordaje integral de la demencia. *IT de Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nro 2/11*, México.
https://vsf-iwsold-pro-portal.sanidad.gob.es/en//biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_2_Abordaje.pdf
- González, C. C. (2017). La intervención social en el campo gerontológico. *ConCienciaSocial, 1(1)*, 2017. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9149965&orden=0&info=link>
- Iacob, R. y Machluk, L. (2021). *Psicología de la Vejez*. Diplomado Iberoamericano ONU Mujeres, Organización Iberoamericana de Seguridad Social y PAMI. [Material inédito].
- INDEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022). *Estadísticas. Personas mayores*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-21-130>
- (2024). *Dossier estadístico de personas mayores*.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dossier_personas_mayores_2024.pdf
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open University Press, UK.
- Ley Nacional N° 26.529 (2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*.
https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2024-04/ley_nacional26529.pdf
- Ley Nacional N° 27.360 (2017). *Protección de los derechos humanos de los adultos mayores*.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/275347/norma.htm>
- Martínez Rodríguez, T. (2011). *La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=632953&orden=1&info=open_link_libro

- Mattiussi, M.; Dawidowski, A.; Restibo, J.; Pollán, J.; Pezzano, L. & Cámara, L. (s/f). *Perspectivas de los médicos sobre las Directivas Anticipadas en pacientes con diagnóstico incipiente de demencia*. Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Clínica Médica. (1)Sección Geriátrica y (2)Sección Epidemiología. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/9021.pdf
- Ministerio de Salud Ciudad de Buenos Aires (2023). *Informe de caracterización de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires*. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/pgmedia/815.zip>
- Mora, Á.R. & Calvario, C. (2023). Revisión sistemática sobre la influencia de la reserva cognitiva en la demencia y en la eficacia de la terapia de estimulación cognitiva. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 251-264. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2514/2153>
- Organización de los Estados Americanos - OEA (2015). *Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores*. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=BF9DC2B44715E9DED870A3AF4A502863?sequence=1
- (s.f.). *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. <https://www.who.int/es/initiatives.f.ecade-of-healthy-ageing>
- Peláez, E.; Monteverde, L y Acosta, L. (2017). *Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina. Desafíos para la formulación de políticas*. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/65951/CONICET_Digital_Nro.dc03996a-fb9e-4d2a-ae8b-c7f6414a7d78_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y_28
- PROMED - Programa Nacional de Datos. Docencia e Investigación en Alzheimer y otros Trastornos Cognitivos FMED UBA (s.f.). *Estado de la Situación de Demencias*, <https://pronadial.org.ar/estado-de-la-situacion-de-demencias/>
- Serrano, C.M. (2013). Consideraciones éticas de la comunicación diagnóstica en la Enfermedad de Alzheimer Prodrómica. *Revista Anual de ALMA, año IV, N° 4*, p.21-23, Buenos Aires. <https://www.alma-alzheimer.org.ar/images/revista-alma/numero-04.pdf>
- Serrano, C. M.; Allegri, R.F.; Caramelli, P.; Taragano, F.E. y Cámara L. (2007). Deterioro cognitivo leve. Encuesta sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas. *Medicina (B. Aires) v.67 n.1* Buenos Aires ene./feb. 2007. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000100003
- Serrano, C.M.; Taragano, F.E.; Allegri, R.F.; Krupitzki, H.; Martelli, M.; Feldman, M.; Goscilo, C.; Tufro, G.; Loñ, L.; Sarasola, D.; Dillon, C. & Tamaroff, L. (2007). Factores predictores de conversión en deterioro cognitivo leve. *Revista Neurológica Argentina*, 32(2), 75-93. [https://www.cemic.edu.ar/descargas/2007%20mci%20cohorta%20\(h\).pdf](https://www.cemic.edu.ar/descargas/2007%20mci%20cohorta%20(h).pdf)
- Soto-Anari, M. & Cáceres-Luna, G. (2012). Funciones ejecutivas en adultos mayores

alfabetizados y no alfabetizados. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 127-133.
<https://www.redalyc.org/pdf/1793/179324986006.pdf>

Taragano, F.E. (2019). *Deterioro cognitivo: un desafío en clínica médica y atención primaria* – 1era edición, Laboratorio Gador, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
https://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2019/08/606482_01_LibroDeteriorocognitivo_Dr-Taragano.pdf

Vera Salinas, H. (2017) *Análisis neuropsicológico y electrofisiológico del sistema funcional durante la solución de tareas visoespaciales y viso constructivas en sujetos sanos*. Tesis de Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica.
<https://psicologia.buap.mx/neuropsicologia/docs/tesis/Generacion%20XIX.pdf>