



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Propuesta de intervención
psicológica para el deterioro
cognitivo leve en Ceuta: adaptación a
sus particularidades socioculturales.**

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Carmen Salas Reina

Tutor/a: Francisco Luis Rivero Pérez

06-04-2026

*A la ansiedad, que durante este proceso también estuvo presente y me enseñó, a su manera,
sobre la fragilidad y la fortaleza de la mente humana, recordándome que detrás de cada
concepto teórico existe siempre una experiencia humana real.*

*También quiero agradecer a quienes me han brindado comprensión, apoyo y paciencia a lo
largo de este camino.*

Resumen

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un trastorno de especial relevancia en la población mayor, se sitúa dentro del continuo clínico entre el envejecimiento cognitivo normativo y los trastornos neurocognitivos mayores, con implicaciones significativas a nivel cognitivo y psicosocial, pudiendo asociarse a dificultades funcionales leves. La evidencia científica destaca la importancia de las intervenciones no farmacológicas en fases iniciales, orientadas al mantenimiento de las capacidades cognitivas y la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de intervención psicológica dirigida a personas con DCL en la ciudad de Ceuta. La intervención, fundamentada en el modelo biopsicosocial, combina sesiones individuales de estimulación cognitiva e intervención psicológica con talleres grupales de estimulación cognitiva y funcional, así como espacios psicoeducativos dirigidos a familiares y personas cuidadoras. El programa presenta una planificación estructurada de seis meses e incluye actividades orientadas a la transferencia de los aprendizajes a la vida diaria, el mantenimiento de la participación social y el abordaje de aspectos emocionales asociados al DCL, incorporando además adaptaciones socioculturales acordes al contexto multicultural de Ceuta.

El trabajo describe detalladamente los objetivos, la metodología, la temporalización, el procedimiento general de las sesiones y las actividades propuestas, sin incluir resultados empíricos, al tratarse de un diseño orientado a futuras aplicaciones. En este sentido, la propuesta presentada pretende contribuir al desarrollo de intervenciones tempranas basadas en la evidencia y adaptadas al contexto comunitario, favoreciendo el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida de las personas con DCL.

Palabras clave: Deterioro cognitivo leve, envejecimiento, estimulación cognitiva, intervención psicológica, personas mayores, prevención.

Abstract

Mild cognitive impairment (MCI) is a disorder of special relevance in the elderly population, it is located within the clinical continuum between normative cognitive aging and major neurocognitive disorders, with significant implications at the cognitive and psychosocial levels, and may be associated with mild functional difficulties. The scientific evidence highlights the importance of non-pharmacological interventions in early stages, aimed at maintaining cognitive abilities and quality of life.

The objective of this work is to design a proposal of psychological intervention aimed at people with mild cognitive impairment (MCI) in the city of Ceuta. The intervention, based on the biopsychosocial model, combines individual sessions of cognitive stimulation and psychological intervention with group workshops of cognitive and functional stimulation, as well as psychoeducational spaces aimed at relatives and caregivers. The program presents a structured planning of six months and includes activities aimed at transferring learning to daily life, maintaining social participation and addressing emotional aspects associated with MCI, also incorporating sociocultural adaptations according to the multicultural context of Ceuta.

The work describes in detail the objectives, the methodology, the timing, the general procedure of the sessions and the proposed activities, without including empirical results, as it is a design oriented to future applications. In this sense, the proposal aims to contribute to the development of early interventions based on the evidence and adapted to the community context, favoring the maintenance of autonomy and quality of life of people with mild cognitive impairment.

Keywords: aging, cognitive stimulation, mild cognitive impairment, older people, prevention, psychological intervention.

Introducción

En 2024, la población mundial de personas de 65 años o más se estima en unos 830,5 millones, cifra que puede alcanzar los 1.600 millones en 2050 (OMS, 2023). En España, la esperanza de vida se sitúa en 83,1 años y podría aproximarse a los 85 años en 2035, en un contexto marcado por una baja natalidad y un envejecimiento progresivo (INE, 2025). Este incremento progresivo de la población mayor se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de condiciones relacionadas con la edad, entre ellas el DCL (Karen Dayana, 2011).

A nivel mundial, la prevalencia del DCL se sitúa entre el 15,56 % y el 19,7 % de la población mayor (Bai et al., 2022; Song et al., 2023). En España, la estimación de su prevalencia presenta importantes limitaciones debido al infradiagnóstico en fases tempranas y a la ausencia de registros epidemiológicos específicos. No obstante, a partir de estimaciones recientes basadas en datos poblacionales nacionales y prevalencias europeas, se calcula que más de 850.000 personas se encuentran actualmente en estadio de DCL asociado a enfermedad de Alzheimer (Gustavsson et al., 2023).

La edad constituye el principal factor de riesgo asociado al DCL. Entre los 75 y 79 años, la incidencia se sitúa en torno a 22,5 casos por 1.000 personas/año, incrementándose progresivamente hasta superar los 60 casos por 1.000 personas/año en mayores de 85 años (Gillis et al., 2019). Este aumento se enmarca en el proceso de envejecimiento poblacional, caracterizado por un incremento sostenido de la longevidad y de la proporción de personas mayores, lo que conlleva una mayor frecuencia de condiciones asociadas a la edad, entre ellas el DCL. Este fenómeno representa uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios, al implicar un aumento de la demanda asistencial que requiere recursos y estrategias adaptadas (OMS, 2023).

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

No obstante, el curso clínico del DCL es heterogéneo. Aproximadamente un 34 % de los casos progresan hacia demencia, un 45 % permanecen estables y entre un 10 % y un 15 % revierten a un rendimiento cognitivo normativo (Hu et al., 2017). Estudios más recientes confirman esta variabilidad, describiendo tasas de progresión que oscilan entre el 27 % y el 41,5 %, así como tasas de reversión que alcanzan el 28,2 %, junto a patrones fluctuantes o tipo “yo-yo” (Salemme et al., 2025; Overton et al., 2019). Esta evolución diversa subraya la relevancia del DCL como una fase crítica para la intervención temprana, con el objetivo de retrasar o prevenir la progresión hacia la demencia (Song et al., 2023).

El DCL se define como una fase intermedia entre el envejecimiento cognitivo normativo y los trastornos neurocognitivos mayores (Amor Andrés y Martín Correa, 2019). Se caracteriza por la presencia de déficits cognitivos objetivables que no interfieren de forma significativa en la autonomía funcional de la persona (Petersen y Negash, 2008). Asimismo, el envejecimiento implica transformaciones biológicas, psicológicas, sociales y funcionales, cuyas trayectorias son diversas y están moduladas por múltiples factores individuales y contextuales (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

En este marco, distinguir entre envejecimiento normativo y patológico resulta fundamental. Como señala Astorga (2023), “los límites entre el envejecimiento cerebral normal y el patológico son aún difusos”. El envejecimiento normativo conlleva un declive progresivo y gradual del funcionamiento cognitivo, modulado por variables como el nivel educativo, el estilo de vida o los factores socioeconómicos (Hernández et al., 2007). Desde el punto de vista biológico, se observan cambios estructurales y funcionales como la disminución del volumen cerebral, la atrofia del hipocampo y de la corteza prefrontal, la reducción sináptica y una menor disponibilidad de neurotransmisores (Saldívar, 2011). Estos cambios se asocian a una ralentización general del procesamiento cognitivo, manifestándose

en un mayor tiempo de reacción, especialmente en tareas de atención dividida o doble tarea (Rosselli et al., 2008; Verhaeghen et al., 2003).

Entre las funciones cognitivas, la memoria de trabajo y la memoria episódica resultan especialmente vulnerables al envejecimiento, mientras que la memoria semántica e implícita se mantienen relativamente preservadas (Luo y Craik, 2008). En la vida cotidiana, estos cambios se reflejan en dificultades para retener información reciente, recordar la localización de objetos o evocar detalles de acontecimientos próximos, mientras que el conocimiento general y las habilidades previamente adquiridas permanecen estables. Asimismo, se observan mayores dificultades para integrar información nueva, con un mejor rendimiento en tareas apoyadas en aprendizajes consolidados o rutinas habituales (Hannon y Daneman, 2009). En el ámbito de las funciones ejecutivas, pueden aparecer alteraciones sutiles en la planificación, la organización o la inhibición de respuestas automáticas (Allain et al., 2005), estrechamente relacionadas con la ralentización de la velocidad de procesamiento propia del envejecimiento (Salthouse, 2003). Este perfil de cambios normativos resulta clave para diferenciar el envejecimiento cognitivo esperable de las alteraciones iniciales de un envejecimiento patológico, facilitando la detección precoz del DCL y el diseño de intervenciones ajustadas a las necesidades reales de esta población.

Por el contrario, el envejecimiento patológico incluye alteraciones cognitivas, emocionales o conductuales que superan lo esperable para la edad y repercuten de manera significativa en la funcionalidad. Dentro de este continuo se sitúan los trastornos neurocognitivos descritos en los sistemas diagnósticos actuales (APA, 2013), entre ellos el trastorno neurocognitivo leve y el mayor, diferenciados principalmente por su impacto en la autonomía personal (Contador et al., 2020). Entre las causas más frecuentes se encuentran enfermedades como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia

frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy (Hamilton, 2020). Comprender este continuo permite delimitar con mayor precisión la posición específica del DCL y sus características clínicas.

Diversos autores incluyen entre los criterios diagnósticos del DCL la presencia de quejas subjetivas de memoria, entendidas como la percepción de un empeoramiento del rendimiento mnésico, que suele expresarse mediante afirmaciones como “estoy muy olvidadizo” o “me cuesta recordar las cosas” (Moro Murciego y Sánchez Cabaço, 2024). Estas quejas adquieren mayor validez cuando son corroboradas por un informante cercano y constituyen un motivo frecuente de consulta clínica, ya que hasta el 18,5 % de las demandas por deterioro cognitivo se originan a partir de ellas (Pérez, s.f.). Aunque no siempre se corresponden con déficits objetivables, suelen representar uno de los primeros indicios considerados en la evaluación del DCL (Winblad et al., 2004). No obstante, su interpretación presenta dificultades debido a la limitada fiabilidad del autorreporte, relacionada tanto con la falta de conciencia del propio deterioro como con la tendencia a sobreestimar los problemas de memoria en edades avanzadas (Bruna et al., 2011).

En el DCL, los déficits cognitivos más frecuentes se observan en la memoria prospectiva, especialmente en la capacidad para recordar la realización de acciones previstas o intenciones demoradas, como acudir a una cita médica o tomar la medicación a la hora indicada (Rivara, 2022). Asimismo, aparecen alteraciones sutiles en la atención, la velocidad de procesamiento y la memoria de trabajo, lo que se traduce en una menor eficacia para mantener la concentración o gestionar varias tareas simultáneamente, por ejemplo, seguir una conversación mientras se realiza otra actividad. Algunas personas muestran también cambios leves en funciones ejecutivas como la planificación, la organización o la inhibición, junto con dificultades discretas en la fluidez verbal y en la recuperación espontánea de palabras, lo que

se manifiesta en bloqueos al hablar o en la dificultad para encontrar términos cotidianos (Bonilla-Santos et al., 2021).

El DCL no se limita a alteraciones cognitivas, sino que con frecuencia se acompaña de cambios emocionales y conductuales. Entre las manifestaciones más habituales se incluyen la apatía, reflejada en la pérdida de iniciativa o el abandono de actividades previamente gratificantes, la irritabilidad y modificaciones leves de la personalidad, así como síntomas depresivos y ansiedad ante situaciones cotidianas (González Hernández et al., 2023). También pueden aparecer alteraciones del sueño y episodios de inquietud o desorientación. Estos cambios, aunque sutiles, impactan en la calidad de vida y en la participación social de la persona, reforzando la necesidad de una intervención temprana e integral (Álvarez, 2023).

En este contexto clínico, surge la necesidad de identificar intervenciones eficaces que permitan frenar la progresión del deterioro y mejorar la calidad de vida. Las intervenciones no farmacológicas adquieren un papel central, especialmente en fases tempranas del DCL, donde existe un mayor margen de actuación (Song et al., 2023). Entre ellas, las actuaciones cognitivas constituyen las más investigadas y las que presentan mayor respaldo empírico. La estimulación, el entrenamiento y la rehabilitación cognitiva se asocian a mejoras consistentes en memoria, atención, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas, dominios particularmente sensibles en el DCL (Belleville et al., 2018; Hill et al., 2017; Reijnders et al., 2013).

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis más recientes refuerzan estos hallazgos. Gkintoni et al. (2024) señalan mejoras cognitivas significativas tras intervenciones tradicionales, digitales y basadas en realidad virtual, sin diferencias concluyentes entre modalidades. De forma complementaria, Reyes y Valbuena (2021) destacan efectos positivos

tanto en la cognición como en la calidad de vida, si bien subrayan la heterogeneidad metodológica de los estudios. Otros enfoques emergentes, como la estimulación sensorial combinada, muestran también efectos favorables sobre la atención y la memoria (Jaramillo, 2021). No obstante, algunos trabajos señalan que, aunque se observan mejoras en el rendimiento cognitivo, estas no siempre se traducen en cambios funcionales significativos, lo que pone de relieve la necesidad de favorecer la transferencia a las actividades de la vida diaria (Calatayud et al., 2020). El ejercicio físico constituye otra intervención relevante, la evidencia indica que la práctica regular de ejercicio aeróbico favorece la neurogénesis, incrementa la reserva cognitiva y mejora el flujo sanguíneo cerebral, efectos que se asocian a mejoras en las funciones ejecutivas y a una menor progresión hacia la demencia (Lautenschlager et al., 2008; Baker et al., 2010).

En los últimos años, las intervenciones multimodales han cobrado especial relevancia. El ensayo FINGER demuestra que la combinación de estimulación cognitiva, ejercicio físico y control de factores de riesgo vascular mejora las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento en personas mayores con riesgo de deterioro cognitivo (Ngandu et al., 2015). Otros estudios, como el MAPT o el PreDIVA, muestran resultados más discretos, pero contribuyen a consolidar la utilidad de los enfoques integrales (Andrieu et al., 2017; Moll van Charante et al., 2016).

Con el fin de sintetizar la evidencia científica revisada sobre intervenciones en DCL, en la Tabla 1 se presentan las características principales de los estudios analizados.

Tabla 1

Características principales de los estudios revisados sobre DCL.

Autor y año	Tipo de estudio	Población	Instrumentos de evaluación	Tipo de intervención	Resultados principales	Limitaciones
Reijnders et al. (2013)	Revisión sistemática	Personas con DCL Edad ≥ 65	Pruebas neuropsicológicas de memoria, atención y funciones ejecutivas	Estimulación y entrenamiento cognitivo	Mejora en memoria, FE y procesamiento	Heterogeneidad metodológica
Ngandu et al. (2015) FINGER	Ensayo clínico aleatorizado	Personas con riesgo de DCL, n=1260, edad 60-77	Pruebas neuropsicológicas de memoria, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento.	Intervención multimodal (ejercicio físico, dieta, entrenamiento cognitivo y control de factores vasculares)	Mejoras en FE y velocidad de procesamiento	Alto coste y baja aplicabilidad
Moll van Charante et al. (2016) PreDIVA	Ensayo clínico aleatorizado	Personas con DCL n=3526, edad 70-78	MMSE, controles médicos	Control vascular intensivo	Beneficio en subgrupos con HTA	No reduce demencia global
Andrieu et al. (2017) MAPT	Ensayo clínico aleatorizado	Personas con riesgo de DCL, n=1080, edad ≥ 70	batería neuropsicológica global para evaluación cognitiva.	estimulación cognitiva combinada con suplementación de ácidos grasos omega-3	Resultados modestos; pequeños beneficios	Resultados inconsistentes
Hill et al. (2017)	Revisión sistemática y metaanálisis	Personas con DCL n=686, edad 67-81 (51,9 % mujeres)	tareas cognitivas computarizadas de memoria, atención y velocidad de procesamiento.	Entrenamiento cognitivo computarizado	Aumento de atención sostenida y velocidad de procesamiento	No hay seguimiento a largo plazo
Belleville et al. (2018)	Revisión sistemática	Personas con DCL n= 250, edad 65-85 (80% mujeres)	Pruebas de memoria episódica	Entrenamiento cognitivo	Mejoras en memoria episódica mantenidas a 6 meses	Muestras pequeñas

Autor y año	Tipo de estudio	Población	Instrumentos de evaluación	Tipo de intervención	Resultados principales	Limitaciones
Calatayud et al. (2020)	Ensayo clínico aleatorizado	Personas con riesgo cognitivo n=201, edad ≥ 65	MEC, Barthel, Lawton-Brody	Estimulación cognitiva (10 sesiones)	Mejoras sostenidas en cognición	No mejora funcionalidad
Jaramillo et al. (2021)	Revisión sistemática	Personas con DCL Edad ≥ 65	diversas pruebas neuropsicológicas de atención y memoria.	Estimulación sensorial	Mejoras en atención y memoria	Pocos Estudios disponibles
Reyes y Valbuena (2021)	Revisión sistemática	Personas con DCL Edad ≥ 65	Evaluación cognitiva	Estimulación cognitiva	Mejora cognitiva global y calidad de vida	Poca evidencia consistente
Gkintoni et al. (2024)	Revisión sistemática	Personas con DCL Edad ≥ 65	Pruebas cognitivas diversas	EC tradicional, digital y VR	Mejoras cognitivas en todas las modalidades	Sin diferencias claras entre modalidades

Nota. DCL = deterioro cognitivo leve; FE = funciones ejecutivas; MMSE = Mini-Mental State Examination; MEC = Mini Examen Cognoscitivo; EC = estimulación cognitiva; VR = realidad virtual; HTA = hipertensión arterial; FINGER = Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability; MAPT = Multidomain Alzheimer Preventive Trial; PreDIVA = Prevention of Dementia by Intensive Vascular Care.

No obstante, a la vista de los estudios revisados, la evidencia disponible indica que, pese a la diversidad de intervenciones analizadas, las actuaciones cognitivas se consolidan como una de las estrategias más eficaces y accesibles para la intervención temprana en el DCL. Su aplicabilidad en contextos comunitarios, la ausencia de efectos secundarios y su especial relevancia en fases iniciales justifican su selección como eje central de la propuesta de intervención que se desarrolla en el presente trabajo.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

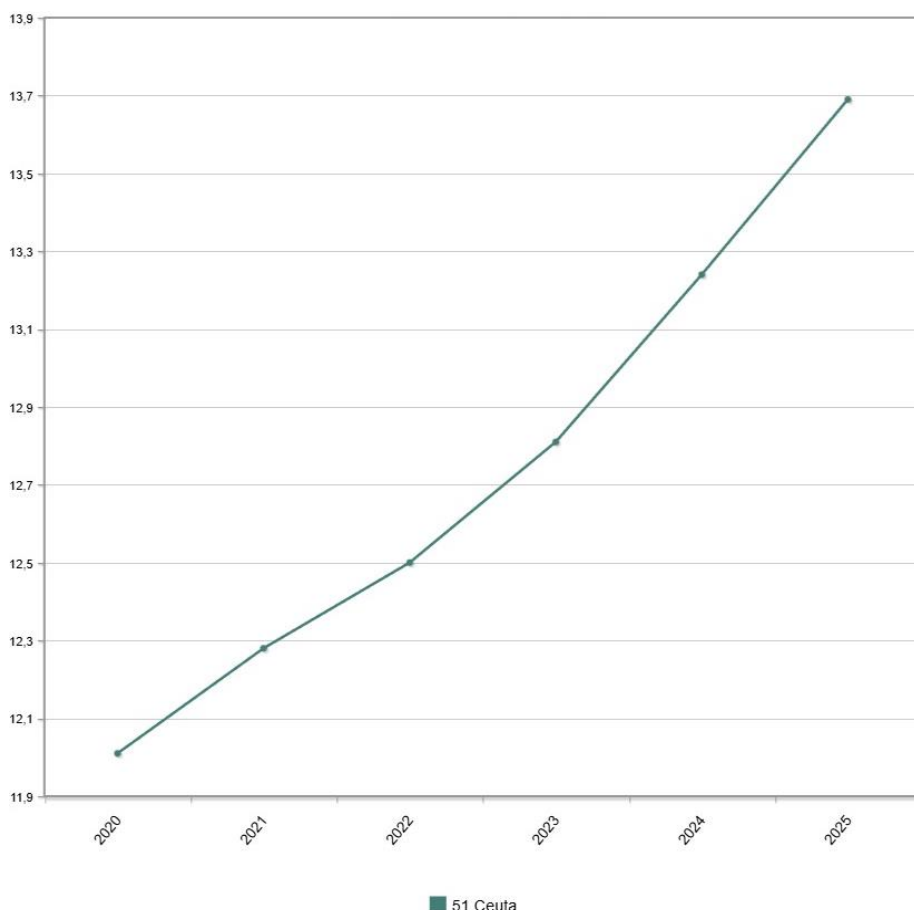
www.universidadeuropea.com

Sin embargo, la literatura presenta limitaciones relevantes que condicionan la generalización de estas intervenciones. Predominan programas centrados casi exclusivamente en el entrenamiento cognitivo, con escasa atención a las dimensiones emocional, social y funcional, desarrollados mayoritariamente en formatos grupales estandarizados y con limitada adaptación a las necesidades individuales. Asimismo, las mejoras observadas en pruebas neuropsicológicas no siempre se traducen en cambios funcionales significativos en la vida cotidiana, lo que cuestiona su validez ecológica. A ello se suma la frecuente implementación en contextos altamente controlados y la escasa consideración de variables culturales y socioeconómicas, lo que dificulta su aplicación en entornos reales.

Estas limitaciones resultan especialmente relevantes en contextos específicos como Ceuta. La ciudad experimenta un proceso de envejecimiento progresivo que incrementa la demanda de recursos sociosanitarios especializados. Según datos del INE (2024), la proporción de personas mayores de 65 años ha aumentado del 12,0 % al 13,7 % en los últimos años, puede observarse en la Figura 1. Aunque el crecimiento absoluto es moderado, su impacto en un territorio reducido, con 83.229 habitantes, resulta especialmente significativo. Esta tendencia ascendente anticipa un aumento paralelo en la prevalencia del DCL.

Figura 1

Proporción de personas mayores de 65 años en Ceuta (2020–2025).



Nota. Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (2024)

Sin embargo, en Ceuta la oferta asistencial actual se centra casi exclusivamente en fases moderadas o avanzadas de demencia. Entidades como el Centro de Día de Enfermos de Alzheimer (Cruz Roja), la Fundación Eduardo Gallardo o la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer (AFA) de Ceuta atienden mayoritariamente a personas con deterioro cognitivo muy avanzado, priorizando la dependencia y no las fases iniciales. En consecuencia, no existen programas específicos dirigidos al DCL, ni intervenciones cognitivo-preventivas estructuradas para personas que se encuentran en fases tempranas del deterioro. Las actividades comunitarias disponibles son generalistas, con escasa personalización y sin un enfoque basado en evidencia científica reciente.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

A esta limitación se añaden diversas características socioeconómicas y culturales propias de Ceuta que incrementan la vulnerabilidad de su población mayor. Entre ellas destacan las desigualdades socioeconómicas entre barrios, que pueden limitar el acceso a recursos especializados, así como la presencia de barreras lingüísticas, especialmente en personas que utilizan el árabe como lengua habitual, lo que dificulta la comunicación sanitaria y el acceso a servicios psicológicos (Alguacil, 2010). Además, el marcado contexto multicultural de la ciudad, con una composición poblacional aproximada del 57 % de origen sociocultural cristiano y un 42 % musulmán (Unión de Comunidades Islámicas de España, 2023), implica la necesidad de adaptaciones culturales en la atención. A ello se suma la escasez de profesionales formados específicamente en estimulación cognitiva temprana, lo que limita aún más la disponibilidad de intervenciones preventivas en esta fase del deterioro.

Estos factores generan desigualdades en el acceso, dificultan la detección precoz y aumentan el riesgo de evolución hacia fases más avanzadas sin intervención (Cantón Gálvez et al., 2022). Por todo ello, Ceuta se configura como un contexto especialmente vulnerable, donde el desarrollo de un programa de intervención cognitiva temprana no solo es pertinente, sino necesario.

En este sentido, la propuesta que se desarrolla en el presente trabajo se concibe como una intervención integral, orientada a superar algunas de las carencias detectadas en la literatura. Junto al trabajo cognitivo grupal, se incorporan sesiones individuales que permiten una mayor personalización, así como actividades realizadas en el entorno comunitario, dirigidas a favorecer la generalización de los aprendizajes, el contacto social y la participación activa en la vida cotidiana. De este modo, la propuesta integra componentes cognitivos, emocionales y sociales, y responde de forma más ajustada tanto a las limitaciones identificadas en la evidencia existente como a las necesidades reales del contexto local.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención psicológica y cognitiva dirigida a personas mayores con DCL, con edades comprendidas generalmente entre los 60 y 85 años, en la ciudad de Ceuta, teniendo en cuenta las características socioculturales específicas del contexto, orientada al mantenimiento de las funciones cognitivas, la autonomía funcional y el bienestar emocional.

Objetivos específicos

- ✓ Mejorar el rendimiento cognitivo en memoria episódica, memoria de trabajo, atención sostenida, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas mediante la realización de tareas específicamente dirigidas a estos dominios.
- ✓ Favorecer el mantenimiento de la funcionalidad en la vida diaria, promoviendo la aplicación de las capacidades cognitivas entrenadas a actividades cotidianas y situaciones reales.
- ✓ Promover el bienestar emocional de las personas con DCL mediante actividades que favorezcan la expresión emocional, la motivación y el afrontamiento adaptativo de los cambios asociados al deterioro cognitivo
- ✓ Favorecer la participación social de las personas con DCL mediante actividades grupales que estimulen la interacción, la comunicación y el mantenimiento de redes sociales.
- ✓ Proporcionar información y estrategias de apoyo a familiares y personas cuidadoras para favorecer la comprensión del DCL y facilitar un acompañamiento adecuado en el entorno cotidiano

Metodología

Destinatarios

La población diana de la presente propuesta de intervención está constituida por personas, generalmente entre 60 y 85 años, con diagnóstico de DCL o con sospecha clínica de alteraciones cognitivas compatibles con este estadio, residentes en la ciudad de Ceuta. y mantienen un nivel de autonomía funcional suficiente para participar en una intervención estructurada.

El perfil de las personas destinatarias del programa es heterogéneo desde el punto de vista socioeconómico y cultural. En la intervención podrán participar tanto hombres como mujeres, sin establecer criterios de equilibrio por sexo ni por edad dentro del rango establecido. La intervención se orienta específicamente a personas que no cumplen criterios de acceso a los recursos dirigidos a fases moderadas o avanzadas de demencia o que se encuentran en listas de espera, al no presentar un deterioro cognitivo lo suficientemente avanzado como para ser incluidas en dichos dispositivos. En el contexto de Ceuta, donde la oferta sociosanitaria se centra mayoritariamente en la atención a fases avanzadas, esta población queda frecuentemente desatendida, a pesar de encontrarse en un momento especialmente adecuado para la intervención preventiva.

El reclutamiento de las personas participantes se realizará mediante diferentes estrategias de difusión y coordinación con recursos comunitarios de la ciudad de Ceuta. En primer lugar, se establecerá coordinación con centros de atención primaria y profesionales sanitarios que puedan identificar posibles casos de DCL o sospecha del mismo. Asimismo, se promoverá la colaboración con asociaciones y fundaciones que dispongan de listas de espera para ingresar en los programas.

De forma complementaria, se llevarán a cabo acciones de difusión a través de redes sociales, publicaciones informativas en medios de comunicación locales y la elaboración de materiales divulgativos dirigidos a la población mayor y a sus familiares. Estas acciones tendrán como objetivo dar a conocer el programa y facilitar el acceso de posibles participantes interesados en la intervención.

En términos de capacidad del programa, se prevé una participación aproximada de entre 10 y 20 personas, organizadas en grupos reducidos de entre 5 y 10 participantes para el desarrollo de las sesiones grupales. Esta estructura permite favorecer la participación activa, la interacción entre las personas participantes y una atención más individualizada durante la intervención.

Criterios de Inclusión

Se incluyen en la presente propuesta personas que cumplen los siguientes criterios:

- Tener una edad comprendida entre los 60 y 85 años.
- Presentar diagnóstico de DCL o sospecha clínica de alteración cognitiva compatible con este estadio.
- Residir en la ciudad de Ceuta.
- Mantener un nivel de autonomía funcional básica conservada que permita la participación en actividades grupales e individuales.
- No cumplir criterios de acceso a recursos asistenciales dirigidos a fases moderadas o avanzadas de demencia, o encontrarse en lista de espera por no presentar un deterioro cognitivo suficientemente avanzado.
- Aceptar voluntariamente la participación en la intervención y firmar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Se excluyen de la intervención aquellas personas que presentan alguna de las siguientes condiciones:

- Diagnóstico de demencia en fases moderadas o avanzadas.
- Alteraciones sensoriales graves no compensadas (visión o audición) que dificulten de forma significativa la participación en la intervención.
- Presencia de otros trastornos mentales, según criterios diagnósticos del DSM-5, que puedan interferir significativamente en la participación y aprovechamiento del programa.
- Enfermedades neurológicas o médicas graves que limiten la participación regular en las actividades propuestas.
- Imposibilidad de asistencia continuada a las sesiones programadas.

Tipo de Diseño

El presente trabajo consiste en el diseño de una propuesta de intervención fundamentada en la revisión de la evidencia científica existente sobre intervenciones no farmacológicas dirigidas a personas con DCL.

Se trata de un estudio teórico-aplicado cuyo objetivo no es la implementación ni la evaluación empírica de un programa, sino el diseño de una propuesta de intervención estructurada, fundamentada en la literatura científica y adaptada a un contexto comunitario específico, como el de la ciudad de Ceuta. Por ello, el diseño no contempla grupo control ni asignación aleatoria.

El enfoque metodológico integra variables cognitivas, funcionales, emocionales y psicosociales con el fin de configurar una intervención integral y viable, que responda tanto a las limitaciones señaladas en estudios previos como a las necesidades del contexto local, sirviendo como base para futuras aplicaciones y evaluaciones empíricas.

Variables de Estudio

a) Variables cognitivas

Incluyen diferentes funciones cognitivas que se ven afectadas en el DCL y que se trabajan durante la intervención, como memoria episódica, memoria de trabajo, atención sostenida, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. Estas variables se abordan mediante actividades de estimulación cognitiva ajustadas al nivel de funcionamiento de las personas participantes.

b) Variables funcionales

Se refieren al grado de autonomía en la realización de actividades de la vida diaria y a la capacidad de aplicar las habilidades cognitivas entrenadas a situaciones cotidianas. En este ámbito se incluyen habilidades como el manejo básico del dinero, la realización de la compra diaria, la planificación de actividades o eventos, la organización de tareas cotidianas y la resolución de problemas prácticos del día a día. La intervención incorpora tareas orientadas a favorecer la transferencia de los aprendizajes cognitivos al contexto funcional, promoviendo el mantenimiento de la independencia personal.

c) Variables emocionales-afectivas

Incluyen dificultades emocionales que pueden aparecer en personas con DCL, como preocupación por los olvidos, frustración ante los errores en tareas cotidianas, disminución de

la confianza en las propias capacidades, inseguridad al realizar actividades habituales o cambios en el estado de ánimo asociados a la percepción de deterioro cognitivo.

d) Variables psicosociales

Se relacionan con cambios en la participación social y en las relaciones interpersonales, como tendencia a reducir la participación en actividades sociales, evitación de situaciones que requieren esfuerzo cognitivo, disminución del contacto con amistades o familiares y mayor riesgo de aislamiento social.

e) Variables psicoeducativas

Incluyen variables relacionadas con la comprensión del DCL, la adquisición de estrategias de manejo por parte de familiares y personas convivientes, el uso de ayudas externas para la memoria (agenda, recordatorios), el establecimiento de rutinas, la adaptación de la comunicación, dificultades para comprender los olvidos o cambios cognitivos, sobreprotección del familiar o falta de estrategias para favorecer la autonomía en actividades cotidianas.

Materiales e Instrumentos de Evaluación

Para la valoración inicial y el seguimiento de las personas participantes se emplearán instrumentos breves, validados en población española y sensibles a la detección de DCL en fases iniciales.

En primer lugar, se utilizará el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) como instrumento de cribado cognitivo general. Esta prueba ha demostrado una mayor sensibilidad que otras herramientas clásicas, en la detección del DCL (Nasreddine et al., 2005). No obstante, en fases iniciales del DCL el rendimiento en esta prueba puede situarse dentro de la

normalidad, por lo que su uso debe complementarse con otras medidas neuropsicológicas más específicas.

Para la evaluación específica de la memoria y capacidades de aprendizaje se empleará el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC), adaptación española del paradigma de aprendizaje verbal tipo RAVLT, ampliamente utilizado en el ámbito clínico y de investigación en España (Benedet y Alexandre, 1998). Este instrumento permite analizar tanto el rendimiento cuantitativo como aspectos cualitativos del proceso de aprendizaje y recuerdo, resultando especialmente sensible a alteraciones tempranas.

En relación con las funciones ejecutivas, se incluirán pruebas como el Trail Making Test (TMT), en su versión española desarrollada por Fernández et al. (2002), y la adaptación española (Golden, 2001) del Test de Stroop, ambos ampliamente utilizados y validados en la evaluación neuropsicológica. Estas pruebas permiten valorar aspectos como la flexibilidad cognitiva, la atención alternante, la velocidad de procesamiento y la capacidad de inhibición de respuestas automáticas. En fases iniciales del DCL pueden observarse alteraciones sutiles que no siempre se traducen en errores, pero sí en un incremento del tiempo de ejecución, especialmente en la parte B del TMT, así como una mayor interferencia en el Test de Stroop. Estos indicadores resultan especialmente útiles en la detección de perfiles de DCL no amnésico o mixto.

Para la evaluación de la velocidad de procesamiento, se empleará el Symbol Digit Modalities Test (*SDMT*), prueba ampliamente utilizada en la evaluación neuropsicológica y sensible a cambios cognitivos tempranos. Como señalan Cancela, Ayán y Varela (2012), esta prueba permite valorar la rapidez en el procesamiento de la información y la atención sostenida, mostrando utilidad en población española.

En el ámbito del lenguaje, se incluirán el *Test de Boston de denominación* y tareas de fluencia verbal, tanto fonológica (por ejemplo, letras como P, M o R) como semántica (categorías como animales). Estas pruebas permiten valorar la capacidad de acceso léxico, la organización semántica y la producción verbal (Goodglass et al., 2005). En fases iniciales del DCL pueden observarse alteraciones sutiles en el lenguaje, especialmente en la fluencia semántica, que suele verse más afectada que la fonológica.

En cuanto a la funcionalidad y el impacto en el entorno, se prevé la utilización del Índice de Actividades de la Vida Diaria de Lawton y Brody adaptada a la población española por Vergara et al., (2012). Este instrumento resulta especialmente relevante como criterio diferencial en el DCL, ya que, en fases iniciales, la independencia funcional suele mantenerse. No obstante, pueden observarse cambios sutiles en actividades más complejas, como la gestión económica, la organización de tareas o la planificación de actividades cotidianas.

Para la evaluación de la percepción subjetiva del deterioro cognitivo, se incorporará el Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q), herramienta validada en población española (Rami et al., 2014). Este instrumento permite valorar los cambios percibidos por la propia persona en relación con su funcionamiento previo, abarcando diferentes dominios cognitivos como la memoria (por ejemplo, olvidos frecuentes o repetición de preguntas), el lenguaje (dificultades en la evocación de palabras) y las funciones ejecutivas (planificación, atención o resolución de problemas).

Asimismo, se complementará con una entrevista clínica estructurada, que permitirá recoger tanto la percepción subjetiva de la persona como la información aportada por familiares o personas cercanas, favoreciendo una evaluación más completa y contextualizada.

Finalmente, la evaluación del estado emocional resulta fundamental, para ello, se empleará la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en su versión española adaptada y validada por Martínez de la Iglesia et al. (2002). La inclusión de esta medida es especialmente relevante en el diagnóstico diferencial, ya que la depresión puede cursar con quejas cognitivas y dificultades en memoria o atención, simulando un cuadro de deterioro cognitivo leve. Y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) (Hamilton, 1959), con el objetivo de detectar sintomatología afectiva asociada que pueda influir en el funcionamiento cognitivo y en la participación en la intervención.

Consideraciones Éticas

La presente propuesta de intervención se diseñará conforme a los principios éticos fundamentales que rigen la práctica psicológica y la investigación con personas mayores, respetando los criterios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En caso de implementación del programa, todas las personas participantes recibirán información clara, comprensible y accesible sobre los objetivos de la intervención, el tipo de actividades a realizar, la duración del programa, los posibles beneficios esperados y la ausencia de riesgos relevantes asociados a la participación. Dicha información se facilitará mediante una hoja de información al participante, adaptada al nivel cognitivo de las personas con DCL.

La participación en el programa será voluntaria, garantizándose en todo momento el derecho a retirarse de la intervención sin que ello conlleve perjuicio alguno en la atención sociosanitaria que reciben habitualmente. Asimismo, se solicitará la firma del consentimiento informado antes del inicio de la intervención. En aquellos casos en los que resulte necesario,

el consentimiento se complementará con la participación de familiares o convivientes principales, respetando siempre la voluntad de la persona participante (ver apéndice)

Se asegurará la confidencialidad y protección de los datos personales, que se tratarán de forma anónima y conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos. La información recogida se utilizará exclusivamente con fines clínicos y de seguimiento del programa, evitando cualquier uso no autorizado.

Finalmente, la intervención se planteará desde una perspectiva de respeto a la diversidad cultural, lingüística y social presente en el contexto de Ceuta, adaptando los materiales y la comunicación para favorecer la comprensión, la participación activa y el bienestar de todas las personas implicadas.

Descripción y Temporalización de la Intervención

La presente propuesta consiste en un programa de intervención psicológica dirigido a personas mayores con DCL, diseñado para su aplicación en la ciudad de Ceuta. La intervención se fundamenta en la evidencia científica sobre intervenciones no farmacológicas en fases iniciales del deterioro cognitivo y se enmarca en el modelo biopsicosocial, considerando de forma integrada los aspectos cognitivos, funcionales, emocionales y psicosociales.

El programa se plantea desde una perspectiva preventiva y de mantenimiento, orientada a intervenir en fases tempranas del deterioro cognitivo. Para ello, se combinan sesiones individuales y grupales, entendidas como formatos complementarios. Las sesiones individuales permiten un trabajo cognitivo personalizado, mientras que las sesiones grupales favorecen la estimulación cognitiva global, la interacción social y la generalización de los aprendizajes a situaciones de la vida diaria.

Las actividades se orientan al entrenamiento de funciones cognitivas como la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas, incorporando de forma transversal componentes funcionales, emocionales y psicosociales relacionados con la vida cotidiana y la participación social. La intervención se estructura de forma flexible, permitiendo adaptaciones en los contenidos y el nivel de dificultad en función de la evolución de las personas participantes, sin perder la coherencia general del programa.

Asimismo, la intervención se diseñará teniendo en cuenta las características socioculturales y lingüísticas del contexto de Ceuta, adaptando los contenidos, materiales y dinámicas cuando sea necesario para favorecer la comprensión, la participación activa y la adherencia al programa.

Esta estructura del programa permite que la intervención pueda ser aplicada por otros profesionales, manteniendo los mismos criterios de organización y desarrollo.

Estructura General del Programa

La intervención se estructura como un programa de duración semestral (6 meses), diseñado para ofrecer una estimulación cognitiva continuada y ajustada a las necesidades de personas mayores con DCL. Durante este periodo, se combinan sesiones individuales y grupales, permitiendo abordar tanto el trabajo cognitivo personalizado como la dimensión social y comunitaria de la intervención, tal y como se recoge en la Tabla 2. Un ejemplo de la planificación correspondiente a un mes tipo se presenta en la Tabla 3.

Las sesiones individuales se realizan con una frecuencia de dos sesiones semanales y tienen una duración aproximada de 45–60 minutos. Estas pueden orientarse al entrenamiento cognitivo personalizado, en función del perfil de funcionamiento de cada participante, o a la intervención psicológica individual, dirigida al abordaje de las dificultades emocionales y de adaptación asociadas al deterioro cognitivo leve.

Las sesiones grupales se desarrollan con una frecuencia de una sesión semanal, con una duración aproximada de 60–90 minutos, y están orientadas a la estimulación cognitiva global, la funcionalidad y la participación social. Estas sesiones se diseñan de forma dinámica, incorporando actividades lúdicas y funcionales que favorecen la interacción entre los participantes, el refuerzo de la motivación y la generalización de los aprendizajes a situaciones de la vida cotidiana.

El programa contempla la realización de talleres psicoeducativos dirigidos a familiares y personas cuidadoras de participantes con DCL, con el objetivo de proporcionar información básica sobre el trastorno, ofrecer pautas de manejo en la vida diaria y favorecer una comprensión ajustada del proceso de deterioro cognitivo en fases iniciales. Estos talleres pretenden mejorar la comunicación familiar y promover la colaboración entre la familia y el profesional. La participación familiar se plantea con una frecuencia mensual, en sesiones de aproximadamente 60 minutos, desarrollándose de forma complementaria a las sesiones individuales y grupales, con el fin de reforzar la continuidad de la intervención y la generalización de los aprendizajes en el entorno cotidiano.

Tabla 2

Estructura general del programa de intervención

Tipo de intervención	Destinatarios	Frecuencia	Duración de la sesión	Objetivo general
Sesiones individuales de intervención cognitiva y psicológica	Personas con DCL	2 sesiones semanales	45–60 minutos	Desarrollar intervenciones individualizadas centradas en el entrenamiento cognitivo (memoria, atención, funciones ejecutivas) o en el abordaje psicológico de aspectos emocionales asociados al DCL.

Tipo de intervención	Destinatarios	Frecuencia	Duración de la sesión	Objetivo general
Sesiones grupales de estimulación cognitiva y funcional	Personas con DCL	1 sesión semanal	60–90 minutos	Favorecer la estimulación cognitiva, la interacción social y el entrenamiento de habilidades funcionales aplicadas a situaciones de la vida diaria.
Talleres psicoeducativos para familias y convivientes	Familiares y convivientes de personas con DCL	1 sesión mensual	Aproximadamente 60 minutos	Proporcionar información y estrategias de manejo del DCL, favoreciendo la comprensión del trastorno y la colaboración familiar en la intervención.

Tabla 3

Temporalización de un mes promedio

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31		

Sesiones individuales DCL
Talleres grupales DCL
Talleres familiares

Recursos Humanos, Materiales y Espaciales

La implementación de la presente propuesta de intervención requerirá de una serie de recursos humanos, materiales e infraestructurales que garantizarán su viabilidad y adecuada ejecución.

En cuanto a los recursos humanos, la intervención será coordinada por un/a psicólogo/a general sanitario que contará con formación específica y experiencia en el ámbito del envejecimiento, el DCL y la estimulación cognitiva. Este profesional se encargará de la planificación, desarrollo y seguimiento del programa, así como de la coordinación con el resto de profesionales implicados. Asimismo, se contará con la participación de una segunda psicóloga, que colaborará en el desarrollo de las sesiones grupales y en el apoyo a aquellas actividades que requieran una atención más distribuida, actuando bajo la coordinación del profesional responsable. De forma complementaria, se incluirá la colaboración de un/a terapeuta ocupacional, cuya intervención se orientará al trabajo funcional y a la promoción de la autonomía en actividades de la vida diaria, especialmente en aquellas actividades con mayor componente práctico.

En este sentido, al menos uno de los profesionales implicados contará con formación y sensibilidad hacia el contexto sociocultural de las personas participantes, así como conocimientos básicos del idioma dariya, con el fin de facilitar la comunicación y asegurar una intervención ajustada y eficaz.

Respecto a los recursos materiales, se emplearán materiales de estimulación cognitiva en formato papel y lápiz (fichas, cuadernos de trabajo, hojas de ejercicios), material manipulativo sencillo (tarjetas, láminas, objetos cotidianos), recursos lúdicos adaptados y material de manualidades (cartulinas, pinturas, rotuladores, pegamento, tijeras, material reciclado, entre otros), que se utilizarán para favorecer la estimulación cognitiva, la motricidad fina, la creatividad y la motivación. Asimismo, se contemplarán recursos digitales básicos, como ordenadores o tabletas con programas o aplicaciones de entrenamiento cognitivo, que se emplearán de forma complementaria y adaptada al nivel de familiaridad tecnológica de las personas participantes.

En relación con los recursos espaciales, la intervención requiere de un espacio comunitario accesible y adecuado, que disponga de al menos una sala para sesiones grupales y un espacio diferenciado para el desarrollo de las sesiones individuales. Estos espacios deben contar con una adecuada iluminación, ventilación y ausencia de barreras arquitectónicas, garantizando un entorno cómodo, seguro y funcional para la población mayor. Asimismo, para la realización de actividades fuera del centro o salidas programadas, se dispondrá, en caso necesario, de un servicio de transporte colectivo, mediante autobús con conductor, que facilitará el desplazamiento seguro de las personas participantes y favorecerá su participación en actividades de carácter funcional y social.

La disponibilidad de estos recursos permitirá el desarrollo de la intervención en condiciones realistas y favorecerá su correcta implementación a lo largo del programa.

Procedimiento General de las Sesiones

Las sesiones individuales tendrán una estructura fija que se mantendrá para todas las personas usuarias, con una duración aproximada de 60 minutos, tal como se presenta a continuación:

Campus de la Orotava
Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava
www.universidadeuropea.com

1. Acogida y orientación temporal (5–10 minutos): Recepción de la persona participante, saludo inicial y recordatorio del día, la fecha y el objetivo general de la sesión, con el fin de favorecer la orientación temporal y generar un clima de confianza.
2. Introducción a la sesión (5–10 minutos): Breve explicación de la actividad o actividades que se van a realizar, resolución de dudas iniciales y preparación para la actividad posterior, ajustando el ritmo y las consignas a las características de la persona.
3. Actividad principal (30–35 minutos): Desarrollo de la intervención principal de la sesión, que podrá centrarse en el entrenamiento cognitivo o en la intervención psicológica, en función de los objetivos terapéuticos. En el primer caso, se trabajarán los dominios cognitivos más afectados (memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento), y en el segundo, aspectos emocionales, motivacionales y de afrontamiento. En ambos casos, las actividades se adaptarán al nivel, ritmo y necesidades de la persona, ajustando progresivamente su dificultad.
4. Cierre y retroalimentación (5–10 minutos): Espacio final destinado a la revisión de la actividad realizada, refuerzo positivo, resolución de dudas y breve anticipación de la siguiente sesión, con el objetivo de consolidar los aprendizajes y favorecer la motivación.

Las sesiones grupales seguirán igualmente una estructura común, adaptada al formato grupal y con una duración aproximada de 60–90 minutos, que se desarrollará conforme a las siguientes fases:

1. Bienvenida y acogida grupal (10 minutos): Recepción del grupo, saludo inicial y recordatorio del día, la fecha y el objetivo general de la sesión, favoreciendo la orientación temporal y la cohesión grupal.

2. Introducción y dinámica inicial (5–10 minutos): Presentación de la actividad grupal y realización de una breve dinámica introductoria que facilite la participación y prepare al grupo para el desarrollo de la sesión.
3. Actividad principal grupal (30–40 minutos): Desarrollo de la actividad central de la sesión, diseñada en función de los objetivos específicos y de los dominios cognitivos a trabajar, fomentando la participación activa, la interacción entre los participantes y la adaptación del nivel de dificultad al grupo.
4. Cierre y puesta en común (10–15 minutos): Espacio final de reflexión y puesta en común, refuerzo positivo y recordatorio de la siguiente sesión, con el fin de consolidar los aprendizajes y reforzar la motivación.

Los talleres psicoeducativos dirigidos a familiares y convivientes mantendrán igualmente una estructura básica, con una duración aproximada de 60 minutos como se muestra en la tabla 4, que incluirá una fase de bienvenida, el desarrollo del contenido psicoeducativo y un espacio final de preguntas, intercambio y reflexión compartida, adaptando el lenguaje y los objetivos al perfil de los asistentes.

Tabla 4

Procedimiento general de las sesiones según tipo de intervención

Tipo de intervención	Fases principales	Duración aproximada
Sesiones individuales	Acogida y orientación → Introducción a la sesión → Actividad principal → Cierre	60 minutos
Sesiones grupales	Bienvenida → Introducción y dinámica inicial → Actividad principal → Puesta en común y cierre	60–90 minutos
Talleres familiares	Bienvenida → Desarrollo del taller → Espacio de preguntas y cierre	60-90 Minutos 60-91

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Fases de la intervención

Fase 1. Entrevista inicial: demanda y detección de necesidades

La intervención se iniciará con una fase de acogida inicial, orientada a conocer la demanda y detectar de manera general las necesidades cognitivas, funcionales y psicosociales de las personas participantes. Las personas usuarias podrán acceder al programa a través de diferentes vías, como la derivación desde recursos sociosanitarios, la lista de espera de otros dispositivos de atención, o la iniciativa propia de la persona o su familia ante la presencia de quejas cognitivas en fases iniciales.

Las personas participantes podrán acudir al programa con un diagnóstico previo de DCL emitido por profesionales del ámbito sanitario o sin un diagnóstico formal, presentando únicamente sospechas de alteraciones cognitivas manifestadas por la propia persona o por su entorno familiar. En aquellos casos en los que exista un informe previo, este será revisado con fines orientativos para facilitar la adecuación de la intervención.

En ambos casos, la primera sesión, denominada entrevista inicial, tendrá como objetivo recabar información relevante que permita comprender la situación global de la persona y orientar adecuadamente la intervención. Durante esta entrevista semiestructurada se recogerán datos relativos a las dificultades observadas en el entorno cotidiano, los cambios producidos en los últimos meses en las capacidades cognitivas o funcionales, posibles incidentes significativos, antecedentes familiares, así como la presencia de otras patologías neurológicas o médicas asociadas. Asimismo, se revisará la información disponible sobre pruebas médicas previas (como estudios de neuroimagen, analíticas o valoraciones neurológicas), prestando especial atención a aquellas realizadas en los últimos años.

La información se obtendrá fundamentalmente a través de preguntas abiertas dirigidas a la persona participante y a su familia, así como mediante la revisión de informes escritos cuando estos estén disponibles. El propósito de esta recogida de información será realizar una anamnesis orientativa, entendida como la reconstrucción de la historia clínica y funcional de la persona, con el fin de identificar las necesidades principales y las áreas de posible intervención.

No obstante, esta entrevista inicial no tendrá como finalidad establecer un diagnóstico clínico, sino detectar las necesidades expresadas por la persona y su entorno, aquellas señaladas por otros profesionales y las posibles áreas de dificultad que orienten la planificación de la intervención y la posterior fase de evaluación. Todo ello se realizará desde una perspectiva interdisciplinar, coherente con el modelo biopsicosocial y con el carácter propositivo del presente trabajo.

Fase 2. Evaluación inicial: obtención del perfil cognitivo

Tras la realización de la entrevista inicial y la detección de necesidades generales, se llevará a cabo una evaluación inicial de carácter orientativo, con el objetivo de obtener un perfil cognitivo, funcional y emocional que permita ajustar la planificación de la intervención a las características y necesidades de cada persona participante.

Esta fase de evaluación se desarrollará únicamente en aquellos casos en los que no se disponga de un informe neuropsicológico previo reciente o cuando la información disponible resulte insuficiente para orientar adecuadamente la intervención. En los casos en los que exista un informe previo, este será revisado con fines orientativos, valorando su vigencia y su utilidad para la planificación del programa, sin que resulte necesario repetir la evaluación.

La evaluación inicial tendrá como finalidad orientar la intervención, no establecer un diagnóstico clínico. Para ello, se emplearán instrumentos de cribado y valoración previamente descritos, que permiten evaluar de forma integral las dimensiones cognitivas, funcionales y emocionales (véase Tabla 5).

Tabla 5

Instrumentos de evaluación empleados en el programa

Instrumento	Dominio principal	Finalidad
Montreal Cognitive Assessment (Mo-CA)	Cognición global	Detección inicial de alteraciones cognitivas
Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)	Memoria episódica	Evaluación del aprendizaje y recuerdo verbal
Trail Making Test (TMT)	Funciones ejecutivas	Evaluación de la flexibilidad cognitiva y atención alternante
Test de Stroop	Funciones ejecutivas	Evaluación de la inhibición y control atencional
Symbol Digit Modalities Test (SDMT)	Velocidad de procesamiento	Evaluación de la rapidez en el procesamiento de la información
Test de Boston de denominación	Lenguaje	Evaluación del acceso léxico
Fluencia verbal (fonológica y semántica)	Lenguaje	Evaluación de la producción verbal y organización semántica
Índice de Lawton y Brody	Funcionalidad	Evaluación de la autonomía en actividades instrumentales
Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q)	Queja subjetiva	Evaluación de la percepción de fallos de memoria
Entrevista clínica	Queja subjetiva	Recogida de información del paciente y familiares
Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	Estado emocional	Detección de sintomatología depresiva
Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)	Estado emocional	Evaluación de sintomatología ansiosa

La información obtenida a través de esta evaluación permitirá configurar un perfil inicial de funcionamiento, que servirá como base para la personalización de las sesiones individuales, la selección de actividades grupales y la orientación de los talleres dirigidos a familiares y personas cuidadoras. Esta fase se concibe como un proceso flexible y ajustable, coherente con el enfoque preventivo del programa y con el modelo biopsicosocial que lo sustenta.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Fase 3. Intervención

Una vez detectadas las necesidades generales y realizada la evaluación inicial de carácter orientativo, se iniciará el proceso de intervención propiamente dicho. Esta fase constituirá el núcleo del programa y se desarrollará a lo largo de los seis meses de duración de la intervención.

La intervención se estructurará en tres bloques complementarios: sesiones individuales de entrenamiento cognitivo, sesiones grupales de estimulación cognitiva y funcional, y talleres psicoeducativos dirigidos a familiares y personas cuidadoras. Estos bloques se desarrollarán de forma coordinada, con el objetivo de ofrecer un abordaje integral de las necesidades cognitivas, funcionales y psicosociales de las personas participantes.

La intervención se planteará como un proceso flexible, adaptando los contenidos, el ritmo y el nivel de dificultad de las actividades a la evolución de cada caso, desde una perspectiva centrada en la persona y coherente con el modelo biopsicosocial.

Fase 4. Seguimiento y ajuste de la intervención

A lo largo del desarrollo del programa se realizará un seguimiento continuo del proceso de intervención, basado en la observación clínica y en el feedback proporcionado por las personas participantes y sus familias. Este seguimiento permitirá detectar posibles dificultades, ajustar el nivel de las actividades y adaptar los contenidos cuando sea necesario, con el objetivo de mantener la adecuación de la intervención a las necesidades de cada persona.

Fase 5. Cierre de la intervención

Al finalizar el programa se llevará a cabo una fase de cierre orientada a consolidar los contenidos trabajados y facilitar una finalización progresiva del proceso de intervención. En

esta fase se ofrecerán orientaciones generales a las personas participantes y a sus familias para el mantenimiento de hábitos cognitivos y funcionales, favoreciendo la continuidad de las estrategias trabajadas en la vida cotidiana.

Descripción de las Actividades

Las actividades descritas a continuación representan ejemplos de tareas utilizadas en las sesiones, que se seleccionarán, adaptarán y podrán repetirse a lo largo del programa en función de las necesidades y del perfil cognitivo de cada persona participante. Asimismo, dichas actividades se adaptarán, cuando sea necesario, a las características culturales y lingüísticas de las personas participantes, respetando sus valores, creencias y contexto sociocultural, con el fin de favorecer la comprensión, la participación activa y la adherencia a la intervención.

Sesiones Individuales

Las actividades que se describen a continuación se diseñan en coherencia con los objetivos del programa y con el enfoque planteado en apartados previos. Dado que las personas participantes pueden presentar perfiles de funcionamiento diferentes, estas se seleccionarán y adaptarán en función de los dominios más afectados en cada caso, priorizando el trabajo sobre la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, así como el abordaje de aspectos emocionales y de adaptación asociados al deterioro cognitivo leve, ajustando el nivel de dificultad, el ritmo de trabajo y los apoyos ofrecidos según las necesidades de cada persona.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial, las actividades se acompañarán de explicaciones claras y orientaciones que faciliten su realización. Durante las sesiones se fomentará la comprensión de las tareas, el uso de estrategias sencillas y la reflexión sobre la

propia ejecución, con el fin de favorecer un abordaje funcional, emocionalmente ajustado y vinculado a la vida cotidiana.

Las actividades se desarrollarán bajo la supervisión de profesionales con formación en intervención cognitiva y psicológica en personas mayores, garantizando su adecuada adaptación y seguimiento.

Actividad 1. ¡Fíjese en los detalles!

- Objetivo: favorecer la atención a los detalles y la evocación de información visual, así como estimular el lenguaje expresivo (figura 2).
- Funciones cognitivas trabajadas: atención selectiva, memoria a largo plazo, vocabulario y expresión oral.
- Se presentará a la persona participante una lámina con una escena determinada (por ejemplo, una escena de la vida cotidiana). Se le pedirá que observe la imagen con atención durante un tiempo aproximado de dos minutos. Una vez transcurrido este tiempo, la lámina se retirará y se solicitará que describa lo que ocurría en la escena, respondiendo a preguntas como: *¿cuántas personas aparecen?*, así como recordando el mayor número posible de detalles, tales como las acciones que realizan los personajes, el lugar en el que se encuentran u otros elementos relevantes
- Recursos materiales: láminas con distintas escenas y cronómetro.
- Adaptaciones: Se podrá ajustar el tiempo de observación, el número de detalles solicitados, colores o proporcionar apoyos verbales en función del nivel de funcionamiento.

Figura 2

Ejemplo de escena para la actividad



Nota. Imagen modificada mediante inteligencia artificial para evitar conflictos de copyright (fair use), basada en el Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass et al., 2005).

Actividad 2. Espacio de apoyo emocional

- **Objetivo:** Favorecer la expresión emocional y ofrecer un espacio de apoyo psicológico donde la persona participante pueda abordar preocupaciones relacionadas con su situación actual.
- **Funciones cognitivas trabajadas:** Expresión y regulación emocional, estrategias de afrontamiento.
- **Descripción:** El psicólogo ofrecerá un espacio de conversación individual en el que la persona participante podrá expresar preocupaciones, dudas o sentimientos relacionados con los cambios que está experimentando en su vida cotidiana. A través de preguntas abiertas y una escucha activa, el profesional facilitará la verbalización de emociones como preocupación, frustración o incertidumbre. Durante la sesión se promoverá la reflexión sobre estrategias personales que puedan ayudar a afrontar estas situaciones, reforzando los recursos y capacidades de la persona. Asimismo, se podrán introducir técnicas sencillas de regulación emocional, como ejercicios breves de respiración y relajación guiada, con el objetivo de favorecer la reducción del malestar y promover una mayor sensación de calma.

- Recursos materiales: Espacio tranquilo que favorezca la conversación, sillas cómodas y, de manera opcional, material de apoyo para la relajación como música y luz suave.

Actividad 3. Encuentre las diferencias

- Objetivo: estimular la atención visual y la capacidad de discriminación de estímulos, favoreciendo la concentración y la observación detallada (figura 3).
- Funciones cognitivas trabajadas: atención selectiva, atención sostenida, percepción visual y velocidad de procesamiento.
- Descripción: Se presentarán dos imágenes aparentemente iguales, que contienen un número determinado de diferencias entre ellas. Se pedirá a la persona participante que observe ambas imágenes y localice las diferencias existentes en un tiempo determinado. Durante la actividad se reforzará la verbalización de las diferencias encontradas y la explicación de los elementos discriminados.
- Recursos materiales: láminas con pares de imágenes similares y lápiz.
- Adaptaciones: Se podrá variar el número de diferencias, ampliar el tiempo disponible o proporcionar ayudas verbales y visuales en función del nivel de dificultad y de las capacidades de la persona participante.

Figura 3

Ejemplo de escena para la actividad



Nota. Imagen modificada mediante inteligencia artificial para evitar conflictos de copyright (fair use), basada en el Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass et al., 2005).

Actividad 4. Recuerdos del año

- **Objetivo:** favorecer la evocación y el reconocimiento de información temporal significativa, vinculada a acontecimientos conocidos (figura 4).
- **Funciones cognitivas trabajadas:** memoria a largo plazo (memoria episódica).
- **Descripción:** Se trabajará con fechas festivas o celebraciones popularmente conocidas. Se presentará a la persona participante una fecha concreta (por ejemplo, *31 de diciembre*) y se le pedirá que asocie dicha fecha con la festividad correspondiente (*Nochevieja*). Durante la realización de la actividad, se tendrá en cuenta la diferenciación entre posibles errores debidos a dificultades de memorización y aquellos relacionados con un desconocimiento real de la festividad.
- **Variante:** Como alternativa, se podrá presentar una ficha con dos columnas, una con las fechas y otra con los nombres de las festividades, de modo que la tarea consista en el reconocimiento en lugar del recuerdo libre, facilitando así la ejecución de la actividad.
- **Recursos materiales:** ficha impresa, lápiz y goma.

- Adaptaciones: Se podrá reducir el número de ítems, seleccionar festividades especialmente significativas para la persona o utilizar la variante de reconocimiento en función del nivel de dificultad.

Figura 4

Modelo de ficha

Fechas y festividades

Instrucciones: Relacione cada festividad con su correspondiente.

Festividad	Correspondencia
1. Día de Todos los Santos	☐ ☐ 1 de noviembre
2. Nochebuena	☐ ☐ 24 de diciembre
3. Eid al-Adha (Aid al-Adha)	☐ ☐ Celebración del sacrificio
4. Muharram	☐ ☐ Año Nuevo islámico
5. Día de Reyes	☐ ☐ 6 de enero
6. Año Nuevo cristiano	☐ ☐ 1 de enero
7. Eid al-Fitr	☐ ☐ Fin del Ramadán
8. Noche de San Juan	☐ ☐ 24 de junio
9. Navidad	☐ ☐ 25 de diciembre
10. Día de la Constitución Española	☐ ☐ 6 de diciembre
11. Hajj	☐ ☐ 6 de diciembre
12. Día de la Constitución Española	☐ ☐ Peregrinación a La Meca

Nota. Imagen generada mediante inteligencia artificial a partir de instrucciones propias.

Actividad 5. Siguiendo las coordenadas

- Objetivo: estimular la atención, la orientación espacial y la capacidad de seguimiento de consignas (figura 5).
- Funciones cognitivas trabajadas: atención sostenida y selectiva, orientación espacial, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo.
- Descripción: Se presentará a la persona participante una tabla con referencias alfanuméricas (letras y números) asociadas a distintos colores. De forma simultánea, se proporcionará una cuadrícula vacía en la que deberá colocar una cruz en la casilla correspondiente según la consigna indicada (por ejemplo, *A8 – rojo*). La persona deberá lo-

calizar correctamente la coordenada y marcarla en la cuadrícula respetando el color indicado.

- Recursos materiales: fichas y lápices de colores.
- Adaptaciones: se podrá reducir numero de consignas y colores.

Figura 5

Modelo de ficha de atención

Colocar una cruz del color que se indica en la casilla correspondiente.

A8	B4	AZ	D9	D1	E1	F3	R	F7	F1
R	V	AM	AZ	G8	E4	E1	F3	V	AZ
V	V	AMA	AZ	R	AMA	AZ	NE	V	AZ
F9	F12	F1	E4	G7	E4	AZ	E9	G10	AZ
V	AMA	AZ	AMA	R	R	A1	E5	AZ	AMA
F1	F1	AZ	G9	C5	E4	C1	F2	F2	V
F1	V	AMA	AZ	G7	E6	AQ	AZ	E5	AZ
V	V	R	AZ	R	D	E9	AMA	NE	NE
A2	B6	AZ	AZ	C	D6	AZ	E9	AZ	G7
V	V	V	AMA	NE	E5	AZ	F2	NA	NA
A2	V	B6	AZ	C8	D6	AZ	E9	AZ	F3
V	V	AZ	AZ	V	D6	AZ	NA	F2	AZ
F3	F2	AZ	AZ	G7	E3	G7	NA	H1	NE

■ R rojo ■ V verde ■ AMA amarillo ■ AZ azul ■ NE negro
■ R rojo ■ V verde ■ AMA amarillo ■ AZ azul ■ NE negro ■ NA naranja

	A	B	C	D	E	F	H
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
10							

Nota. Imagen generada mediante inteligencia artificial a partir de instrucciones propias.

Actividad 6. ¿Qué vamos a comprar hoy?

- Objetivo: favorecer la autonomía en situaciones cotidianas que implican el uso de dinero, promoviendo una gestión básica y segura (figura 6).
- Funciones cognitivas trabajadas: atención, cálculo sencillo, memoria funcional y funciones ejecutivas.
- Descripción: Se presentarán situaciones simuladas de uso cotidiano del dinero, como realizar la lista de la compra o una compra sencilla comercios del barrio (por ejemplo: pan, té, fruta, pescado, especias...). La persona participante deberá identificar el im-

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

porte solicitado, seleccionar las monedas o billetes necesarios y comprobar el cambio cuando proceda

- Recursos materiales: monedas y billetes simulados, fichas con precios y situaciones de compra.

Figura 6

Actividad funcional orientada a la vida diaria



Nota. Elaboración propia.

Actividad 7. Juegos de memoria clásicos

- Objetivo: estimular la memoria visual y la capacidad de recuerdo, favoreciendo el mantenimiento de la atención durante la tarea (figura 7).
- Funciones cognitivas trabajadas: memoria visual, atención sostenida, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.
- Descripción: Se presentará a la persona participante un conjunto de tarjetas colocadas boca abajo, formando parejas idénticas. La persona deberá ir levantando dos tarjetas en cada turno con el objetivo de encontrar las parejas correspondientes, recordando la ubicación de las cartas previamente descubiertas.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

- Recursos materiales: tarjetas con imágenes o palabras, superficie amplia para su colocación.

Figura 7

Juegos para trabajar la memoria



Actividad 8: cubos de Kohs

- Objetivo: Favorecer la organización y el análisis visoespacial, así como la planificación y la resolución de problemas a partir de la reproducción de modelos visuales.
- Funciones cognitivas trabajadas: Percepción visoespacial, atención y razonamiento no verbal (figura 8).
- Descripción: La actividad consistirá en la reproducción de modelos visuales sencillos mediante el uso de cubos bicolores, similares a los empleados en los cubos de Kohs (1920). Se presentará a la persona participante una lámina con una figura geométrica que deberá copiar utilizando los cubos, respetando la disposición espacial, la orientación y la combinación de colores. La dificultad de la tarea se ajustará progresivamente en función del número de cubos y de la complejidad del modelo presentado.

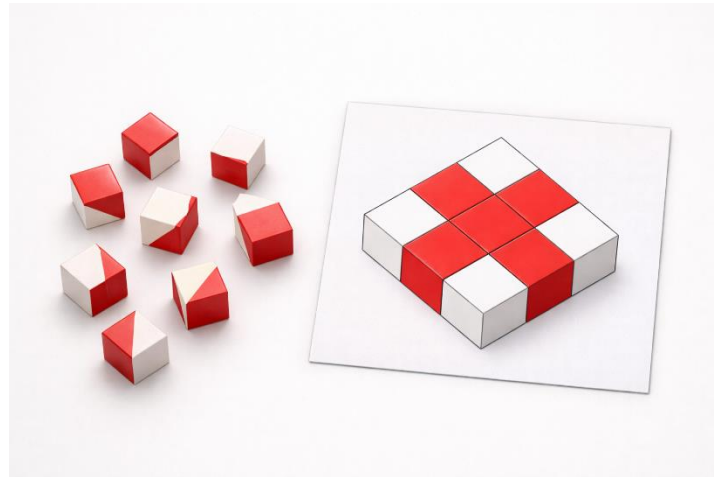
Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Figura 8

Actividad de razonamiento visuoespacial basada en los Cubos de Kohs



Nota. Imagen modificada mediante inteligencia artificial para evitar conflictos de copyright (Fair Use) (Wechsler, 2012)

Actividad 9. Juegos cognitivos en la Tablet

- **Objetivo:** Estimular el razonamiento, la atención y las funciones ejecutivas mediante el uso funcional de herramientas digitales (figura 9).
- **Funciones cognitivas trabajadas:** atención sostenida, funciones ejecutivas (planificación y resolución de problemas), memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.
- **Descripción:** Se utilizarán aplicaciones de entrenamiento cognitivo en formato digital que incluyan juegos como resolución de laberintos, sudokus... Durante la actividad se prestará especial atención al uso funcional de la tablet, favoreciendo la familiarización con el dispositivo y promoviendo una actitud activa y autónoma ante la tarea.
- **Recursos materiales:** tablet y aplicaciones como neuronup.
- **Adaptaciones:** Se podrá ajustar la dificultad de las tareas y el tipo de juego en función del nivel y de la experiencia previa del participante con el uso de tecnología.

Figura 9*Aplicación NeuronUP*

Nota. Captura de pantalla de la aplicación NeuronUP utilizada con fines ilustrativos.

Actividad 10. Detective de errores

- **Objetivo:** estimular la flexibilidad cognitiva y el razonamiento mediante la detección y corrección de errores en situaciones estructuradas (figura 10).
- **Funciones cognitivas trabajadas:** flexibilidad cognitiva, atención sostenida y selectiva, razonamiento y funciones ejecutivas.
- **Descripción:** Se presentará a la persona participante un material que contenga errores intencionados, que pueden ser de tipo lógico, temporal, secuencial o funcional (por ejemplo, una lista de acciones desordenadas, un texto con incongruencias, una escena cotidiana con elementos incorrectos o una instrucción mal planteada). La persona deberá identificar los errores presentes y explicar por qué considera que no son correctos, proponiendo una alternativa adecuada.

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Durante la actividad se fomentará la reflexión, la revisión de la propia respuesta y la capacidad para cambiar de criterio cuando sea necesario, favoreciendo así la flexibilidad cognitiva.

- Recursos materiales: fichas impresas con textos, listas o imágenes con errores deliberados; lápiz.

Ejemplo: “María se levanta a las 10 de la noche, desayuna un café con tostadas y, a continuación, se pone el pijama para ir al médico. Después sale de casa sin las llaves y vuelve a entrar para cogerlas. Finalmente, se acuesta para empezar el día.”

Actividad 11. Emociones en el día a día

- Objetivo: favorecer la identificación de emociones y la adquisición de estrategias básicas para el manejo del malestar emocional asociado a las dificultades cognitivas (figura 11).
- Funciones trabajadas: conciencia emocional, atención, autorregulación emocional básica.
- Descripción: Se facilitará un espacio individual en el que la persona participante podrá identificar emociones frecuentes relacionadas con su situación actual (preocupación, nerviosismo, frustración). A partir de ejemplos cotidianos, se promoverá la reflexión sobre situaciones que generan malestar y se ofrecerán estrategias sencillas de afrontamiento, como la respiración pausada, la verbalización emocional o el uso de apoyos cotidianos.
- Recursos materiales: fichas con emociones básicas, material visual de apoyo y tarjetas con situaciones cotidianas.

- Adaptaciones: Se ajustará el nivel de profundidad de la actividad y el tipo de apoyos en función de las características y necesidades de la persona participante.

Ejemplo de material utilizado

Situación cotidiana:

“Cuando tengo que ir a una cita médica y no recuerdo bien la hora.”

Preguntas guía:

- ¿Cómo me siento en esta situación?
- ¿Qué señales noto en mi cuerpo?
- ¿Qué puedo hacer para sentirme más tranquilo/a?

Estrategias propuestas:

- Respirar despacio durante unos minutos.
- Pedir ayuda o confirmar la información.
- Utilizar una nota o recordatorio.

Actividad 12. ¡Fíjate bien!

- Objetivo: Favorecer la discriminación visual de estímulos similares y el control inhibitorio ante respuestas automáticas incorrectas.
- Funciones cognitivas trabajadas: Atención selectiva, discriminación visual e inhibición.
- Descripción: Se presentará a la persona participante una ficha con una serie de letras visualmente similares (por ejemplo, *b* y *d*) distribuidas de forma aleatoria. Se le pedirá

que cuente únicamente el número de veces que aparece una de las letras objetivo (por ejemplo, la letra *b*), inhibiendo la respuesta ante las letras distractoras. La tarea podrá realizarse de forma oral o escrita, y se ajustará el número de estímulos en función del nivel de dificultad.

Talleres Grupales

Los talleres grupales estarán dirigidos a personas con diagnóstico o posible DCL y se desarrollarán en grupos reducidos de entre 5 y 10 participantes, con el fin de facilitar la participación activa y la interacción entre los miembros del grupo. Estas sesiones serán coordinadas por un/a profesional de la psicología, contando en determinados casos con el apoyo de otro profesional cuando la actividad lo requiera.

A través de los talleres grupales se pretende dar respuesta a diversos objetivos del programa, destacando especialmente los componentes relacionales y afectivos de la intervención. En este sentido, se busca favorecer la participación en actividades compartidas, el mantenimiento de las habilidades de interacción y la prevención del aislamiento, promoviendo al mismo tiempo la creación de vínculos interpersonales positivos entre las personas participantes.

Tal y como se ha señalado previamente, los talleres grupales incorporan actividades de estimulación cognitiva, funcional, social y afectiva, lo que permite trabajar de forma simultánea distintas funciones cognitivas mediante tareas variadas y significativas. Estas actividades se orientan principalmente al entrenamiento de competencias relacionadas con la vida cotidiana, favoreciendo la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar emocional y la participación activa en el entorno comunitario.

Por último, se tendrá especialmente en cuenta la heterogeneidad del grupo, adaptando las actividades y el nivel de apoyo ofrecido a las capacidades cognitivas y funcionales de cada persona. Esta flexibilidad permitirá garantizar la participación de todos los miembros del grupo y ajustar la intervención a la evolución individual a lo largo de los seis meses de duración del programa.

Actividad 1. ¿Quién soy yo?

- Objetivo: Favorecer la evocación y el reconocimiento de información semántica significativa relacionada con personajes relevantes y conocidos por la persona mayor, estimulando el acceso a conocimientos previamente adquiridos. (figura 10).
- Funciones cognitivas trabajadas: Memoria a largo plazo (memoria semántica).
- Descripción: La actividad se basará en el juego clásico “¿Quién soy?”, adaptado a personas mayores. A cada persona participante se le asignará, sin que pueda verlo, el nombre o la imagen de un personaje conocido de su generación (por ejemplo, *Julio Iglesias*, *Charles Chaplin*, *Marilyn Monroe* o *Cantinflas*), que se colocará mediante una diadema, pinza o soporte visible para el resto del grupo o para el profesional. La persona participante deberá identificar el personaje asignado formulando preguntas cerradas, que podrán responderse con “sí” o “no”, relacionadas con características generales del personaje, tales como su profesión, el ámbito en el que fue conocido (cine, música, deporte, televisión). La actividad continuará hasta que la persona consiga identificar correctamente el personaje.

Figura 10

Adaptación de juego clásico ¿Quién soy yo?



Nota. Imagen generada mediante inteligencia artificial a partir de instrucciones propias.

Actividad 2. Bingo musical

- **Objetivo:** estimular la memoria auditiva y la atención, favoreciendo la participación grupal y la evocación de recuerdos asociados a la música (figura 11).
- **Funciones cognitivas trabajadas:** atención sostenida, memoria auditiva, memoria a largo plazo, velocidad de procesamiento y lenguaje.
- **Descripción:** Se desarrollará una actividad grupal basada en el formato de bingo, en la que se utilizarán fragmentos breves de canciones conocidas por las personas participantes. Cada participante dispondrá de un cartón con títulos de canciones, intérpretes o imágenes asociadas a las mismas. El profesional reproducirá fragmentos musicales y las personas deberán identificar la canción correspondiente y marcarla en su cartón. De forma complementaria, se fomentará la verbalización de recuerdos, sensaciones o vivencias asociadas a las canciones escuchadas, favoreciendo la interacción social y el intercambio entre los miembros del grupo.
- **Recursos materiales:** reproductor de audio, cartones de bingo musical, fichas o marcadores.

Figura 11

Diseño de cartón para la actividad bingo musical.



Nota. Elaboración propia.

Actividad 3. Turismo por la ciudad

- **Objetivo:** estimular la memoria, la orientación espacial y la participación social mediante la realización de un recorrido guiado por lugares significativos de la ciudad.
- **Funciones cognitivas trabajadas:** memoria a largo plazo (semántica y autobiográfica), orientación espacial y temporal, atención sostenida, lenguaje y funciones ejecutivas.
- **Descripción:** Se llevará a cabo una salida grupal al entorno urbano, en la que las personas participantes recorrerán distintos lugares emblemáticos y significativos de la ciudad (plazas, edificios históricos, espacios de uso habitual). Durante el recorrido, el profesional guiará la actividad fomentando la identificación de los lugares, el recuerdo de su función o historia y la evocación de experiencias personales relacionadas con dichos espacios. Como parte activa de la actividad, se propondrán dinámicas estructuradas, tales como asociar cada lugar con hechos históricos relevantes, vivencias personales o cambios observados a lo largo del tiempo. Asimismo, se podrán utilizar fo-

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

tografías antiguas de la ciudad para compararlas con el entorno actual, promoviendo la observación, el diálogo grupal y la reflexión sobre las transformaciones del espacio urbano. Estas tareas se complementarán con pequeñas actividades grupales, como anticipar el recorrido, identificar puntos de referencia o recordar el orden de los lugares visitados.

- Recursos materiales: itinerario planificado previamente, fotografías antiguas de la ciudad, material de apoyo puntual (listado de lugares o plano sencillo), servicio de transporte si fuera necesario.
- Adaptaciones: El recorrido y las actividades se ajustarán en duración, distancia, número de paradas y nivel de exigencia cognitiva en función de las capacidades del grupo, garantizando la accesibilidad y la seguridad de las personas participantes.

Actividad 4. Gymkana

La gymkana cognitivo-funcional tendrá una duración aproximada de entre una hora y una hora y media y se desarrollará en dos grupos, que realizarán las distintas pruebas de forma paralela. Al finalizar cada estación, los grupos recibirán un código que deberán conservar y recordar.

Al completar todas las actividades, los códigos obtenidos se utilizarán para abrir un criptógrafo final, cuyo descifrado permitirá acceder a un pequeño premio, cerrando la actividad de forma motivadora y participativa.

- ¿Qué será, qué será?: Se presenta al grupo una adivinanza relacionada con un objeto o situación cotidiana. Los participantes disponen de un tiempo para pensar la respuesta y comentarla entre ellos hasta llegar a una solución común.

- “Cada vez que me transformo hago un ruido fuerte, y cuando lo hago soy más grande, pero peso menos. ¿Qué soy? “
- Organizamos el gran día: Se plantea al grupo la organización de una boda sencilla. A partir de una situación inicial (por ejemplo, número de invitados y presupuesto aproximado), los participantes deberán decidir dónde se celebrará, qué aspectos son prioritarios y en qué orden se realizarán los preparativos, como la elección del lugar, la comida o la fecha del evento.
- Pieza a pieza: El grupo debe completar un rompecabezas o puzzle de dificultad moderada. Las piezas se colocan sobre la mesa y los participantes van encajándolas hasta completar la imagen.
- Palabras enredadas: Se presenta un trabalenguas breve que el grupo deberá memorizar. Una vez practicado, los participantes lo repetirán en voz alta procurando decirlo de forma correcta.

“Pepe Pecas pica papas con un pico,

con un pico pica papas Pepe Pecas.

Si Pepe Pecas pica papas con un pico,

¿dónde está el pico con que Pepe Pecas pica papas?”

- Que no caiga: Se entrega un globo al grupo y se les indica que deben mantenerlo en el aire durante un tiempo determinado, evitando que toque el suelo.
- El paseo de los aromas: Con los ojos vendados, los participantes huelen distintos aromas cotidianos, como café, limón o lavanda, e indican cuál creen que es cada uno.

Talleres familiares

Los talleres dirigidos a las familias se plantean como un complemento a la intervención con las personas con DCL, reconociendo el papel fundamental que desempeña el entorno familiar en el día a día del paciente. A través de estos espacios se pretende ofrecer información clara y recursos prácticos que ayuden a las familias a comprender mejor el DCL y a ajustar su forma de acompañar a la persona afectada en el ámbito doméstico.

Estos talleres tienen como finalidad facilitar la adaptación de la familia a la nueva situación, promoviendo respuestas más ajustadas ante las dificultades cognitivas y funcionales que puedan aparecer. Asimismo, se busca favorecer una mejor comunicación y coordinación con los profesionales, de modo que la intervención en el hogar y la realizada en el programa sigan una línea común orientada al mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida.

De manera transversal, los talleres también atienden al bienestar de las propias familias, proporcionando orientaciones que contribuyan a reducir el malestar asociado al proceso y a fortalecer sus recursos personales y relacionales.

Taller 1. Psicoeducación sobre el DCL

- Duración: 60-90 min
- Materiales: ordenador y proyector
- Profesional responsable: psicólogo/a

Descripción del taller: Este primer taller tiene como objetivo ofrecer a las familias una comprensión clara y ajustada del DCL, diferenciándolo de otros procesos como el envejecimiento normal o la demencia. Se abordarán las características principales del DCL, su posible evolución y las dificultades más frecuentes en la vida diaria.

Asimismo, se explicará el papel fundamental que desempeña la familia como red de apoyo, destacando la importancia de mantener una actitud comprensiva y realista. El taller incluirá un espacio para resolver dudas frecuentes y desmontar creencias erróneas, favoreciendo una vivencia del diagnóstico menos alarmista y más orientada a la adaptación.

Taller 2. Estrategias cotidianas y estimulación en el hogar

- Duración: 60-90 min
- Materiales: ordenador y proyector
- Profesional responsable: psicólogo/a

Descripción del taller: Este taller tiene como objetivo proporcionar a las familias estrategias prácticas y recursos sencillos para el manejo cotidiano del DCL en el entorno familiar, favoreciendo una respuesta ajustada que promueva la autonomía y el bienestar de la persona afectada.

Durante la sesión se abordarán pautas para el uso de ayudas externas ante los olvidos cotidianos (agendas, calendarios, recordatorios visibles), la importancia de establecer rutinas flexibles que faciliten la organización del día a día y la necesidad de adaptar la comunicación, respetando los tiempos de respuesta y ofreciendo consignas claras y sencillas.

Asimismo, se ofrecerán orientaciones para mantener hábitos de vida saludables que contribuyan al bienestar general y al funcionamiento cognitivo, destacando el papel de la actividad física, la alimentación equilibrada y la reducción de hábitos perjudiciales. Estas pautas se presentarán desde una perspectiva realista, adaptada a las posibilidades de cada familia.

Por último, se proporcionarán ejemplos de actividades de estimulación cognitiva que pueden realizarse en el hogar, como pasatiempos en formato papel, juegos de mesa compartidos o actividades culturales y de ocio, enfatizando la importancia de que se desarrollen en un clima lúdico y no exigente, priorizando la participación y el disfrute.

Taller 3. Sesión de reminiscencia compartida

- Duración: 60-90 min
- Materiales: material evocador (fotografías antiguas, música significativa, objetos cotidianos) (figura 12).
- Profesional responsable: psicólogo/a

Descripción del taller: Este taller se plantea como una sesión grupal de reminiscencia compartida, en la que participarán conjuntamente las personas con DCL y sus familiares. La sesión se desarrollará en pequeños grupos, favoreciendo un clima cercano y facilitando la participación de todos los asistentes.

Durante la actividad se utilizarán distintos estímulos evocadores, como fotografías antiguas, música significativa u objetos relacionados con experiencias pasadas, con el fin de facilitar la evocación de recuerdos y promover la interacción entre las personas participantes. El profesional guiará la sesión mediante preguntas sencillas y abiertas, fomentando la conversación, el intercambio de recuerdos y la participación espontánea.

El objetivo principal de esta sesión es favorecer la comunicación y el vínculo entre la persona con DCL y su entorno familiar, proporcionando un espacio compartido de interacción positiva y reforzando la identidad personal a través del recuerdo, sin centrar la actividad en la corrección de errores ni en la exactitud de los recuerdos.

Figura 12

Ejemplo de material visual para la evocación de recuerdos autobiográficos



Nota. Elaboración propia.

Conclusión, Limitaciones y Líneas Futuras

Conclusiones

El DCL constituye una condición clínica de especial relevancia en el contexto del envejecimiento poblacional, al situarse en el continuo entre el envejecimiento cognitivo normativo y los trastornos neurocognitivos mayores. La evidencia científica revisada pone de manifiesto la importancia de intervenir en estas fases iniciales mediante estrategias no farmacológicas orientadas al mantenimiento del funcionamiento cognitivo, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores.

En este contexto, el presente Trabajo Fin de Máster tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención psicológica dirigida a personas con DCL o sospecha de

ello, en la ciudad de Ceuta, fundamentada en el modelo biopsicosocial y en la evidencia científica disponible sobre intervenciones cognitivas tempranas.

La propuesta desarrollada plantea un programa estructurado que combina sesiones individuales de entrenamiento cognitivo e intervenciones psicológicas orientadas al abordaje emocional, talleres grupales de estimulación cognitiva y funcional, así como actividades psicoeducativas dirigidas a familiares y personas cuidadoras.

Asimismo, el programa incorpora adaptaciones específicas al contexto sociocultural de la ciudad de Ceuta, caracterizado por su diversidad cultural y lingüística, lo que permite ajustar la intervención a las características de la población destinataria y favorecer la participación activa y la adherencia al programa.

En conjunto, la propuesta presentada pretende contribuir al desarrollo de intervenciones tempranas dirigidas a personas con DCL, especialmente en contextos donde los recursos disponibles se orientan principalmente a fases más avanzadas del deterioro. El diseño de programas estructurados, adaptados al contexto y basados en la evidencia científica, puede favorecer el mantenimiento de las capacidades cognitivas, la autonomía funcional y el bienestar psicológico de las personas mayores.

Fortalezas y Limitaciones

Entre las principales fortalezas de la presente propuesta destaca, en primer lugar, su fundamentación en la evidencia científica actual sobre intervenciones no farmacológicas dirigidas a personas con DCL. La revisión de la literatura permite sustentar el diseño del programa en estrategias orientadas al mantenimiento del funcionamiento cognitivo, la autonomía y la calidad de vida.

Asimismo, el programa presenta una estructura clara y organizada, con una planificación detallada de objetivos, sesiones y actividades, lo que facilita su posible aplicación por parte de otros profesionales en contextos comunitarios similares.

Otra fortaleza relevante es la combinación de sesiones individuales, actividades grupales y talleres dirigidos a familiares, lo que permite abordar de forma complementaria diferentes dimensiones de la intervención. Las sesiones individuales favorecen un trabajo más personalizado, mientras que las actividades grupales promueven la interacción social, la motivación y el apoyo entre iguales.

Además, la propuesta no se limita al entrenamiento de funciones cognitivas, sino que incorpora también componentes funcionales, emocionales y psicosociales, orientados a favorecer el mantenimiento de la autonomía en la vida diaria, el bienestar psicológico y la participación social de las personas participantes.

Finalmente, el programa contempla adaptaciones al contexto sociocultural específico de la ciudad de Ceuta, caracterizado por su diversidad cultural y lingüística. Esta consideración permite ajustar los contenidos, materiales y dinámicas de la intervención para facilitar la comprensión, la participación activa y la adherencia al programa.

No obstante, el presente trabajo presenta diversas limitaciones. En primer lugar, se trata de una propuesta de intervención teórica que no ha sido implementada ni evaluada empíricamente, por lo que no se dispone de datos sobre su eficacia real.

En segundo lugar, la heterogeneidad clínica del DCL puede dificultar la generalización del programa a todos los perfiles cognitivos. Asimismo, la adherencia al programa podría verse influida por variables personales, familiares o motivacionales no controladas.

Otra limitación relevante hace referencia a la posible generalización del programa a otros contextos geográficos y socioculturales. La propuesta ha sido diseñada específicamente para la ciudad de Ceuta, teniendo en cuenta sus características demográficas, culturales y lingüísticas. Si bien esta adaptación contextual constituye una fortaleza en términos de adecuación a la población destinataria, puede limitar la extrapolación directa del programa a

otros entornos con características diferentes, siendo necesarias adaptaciones específicas en función del contexto.

Por último, la disponibilidad de recursos humanos y materiales puede condicionar la aplicabilidad del programa en determinados contextos asistenciales.

Líneas Futuras

En relación con las líneas futuras, sería recomendable, en primer lugar, implementar el programa en un contexto real de intervención, lo que permitiría analizar su viabilidad y aceptación por parte de las personas participantes y sus familias. Asimismo, resultaría pertinente evaluar su eficacia mediante diseños pre-post, incorporando instrumentos estandarizados que permitan analizar posibles cambios en las variables cognitivas, funcionales y psicosociales.

Del mismo modo, futuras investigaciones podrían analizar el impacto diferencial del programa en función de los distintos perfiles cognitivos presentes en el DCL, lo que permitiría ajustar con mayor precisión los contenidos y actividades de la intervención. También sería de interés explorar la incorporación de herramientas digitales y tecnologías de estimulación cognitiva, que podrían complementar el trabajo realizado en las sesiones presenciales.

Otra línea de investigación relevante consistiría en evaluar el mantenimiento de los posibles beneficios a medio y largo plazo, mediante estudios de seguimiento posteriores a la finalización del programa. Asimismo, podría resultar de interés analizar el impacto de la intervención en los familiares y personas cuidadoras, dado el papel fundamental que desempeñan en el apoyo cotidiano a las personas con DCL.

Por otra parte, futuras investigaciones podrían examinar la aplicabilidad del programa en otros contextos socioculturales, con el fin de valorar su grado de transferibilidad más allá

del contexto específico de la ciudad de Ceuta. Finalmente, también sería pertinente analizar la relación entre los recursos necesarios y los beneficios obtenidos, con el objetivo de explorar la posible coste-efectividad de este tipo de programas en el ámbito comunitario.

Referencias Bibliográficas

- Alguacil, M. O. (2010). *Análisis de la calidad de vida en relación con la salud de los mayores de 65 años, en un entorno multicultural, en la ciudad de Ceuta*. [Tesis doctoral Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/6636>
- Allain, P., Nicoleau, S., Pinon, K., Etcharry-Bouyx, F., Barré, J., Berrut, G., Dubas, F., y Le Gall, D. (2005). Executive functioning in normal aging: a study of action planning using the Zoo Map Test. *Brain and Cognition*, 57(1), 4–7.
<https://doi.org/10.1016/j.bandc.2004.08.011>
- Alvarado García, A. M., y Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica* 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- Álvarez, M. B. (2023). *Sobrecarga de familiares cuidadores de personas mayores en tratamiento por deterioro cognitivo crónico: Efecto de un programa de intervención sobre la diada*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata]
<https://doi.org/10.35537/10915/156651>
- Amor Andrés, M. S., y Martín Correa, E. (2019). Deterioro cognitivo leve. *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 169–172). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- Andrieu, S., Guyonnet, S., Coley, N., Cantet, C., Bonnefoy, M., Bordes, S., Bories, L., Cufi, M.-N., Dantoine, T., Dartigues, J.-F., Desclaux, F., Gabelle, A., Gasnier, Y., Pesce, A., Sudres, K., Touchon, J., Robert, P., Rouaud, O., Legrand, P., ... MAPT Study Group. (2017). Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults

- with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet Neurology*, 16(5), 377–389. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30040-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30040-6)
- Astorga, D. G. (2023). *Guía del envejecimiento y salud mental en personas mayores*. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Ministerio de Salud de Chile. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf#page=8>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bai, W., Chen, P., Cai, H., Zhang, Q., Su, Z., Cheung, T., Jackson, T., Sha, S., y Xiang, Y.-T. (2022). Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. *Age and Ageing*, 51(8). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac173>
- Baker, L. D., Frank, L. L., Foster-Schubert, K., Green, P. S., Wilkinson, C. W., McTiernan, A., Cholerton, B. A., Plymate, S. R., Fishel, M. A., Watson, G. S., Duncan, G. E., Mehta, P. D., y Craft, S. (2010). Aerobic exercise improves cognition for older adults with glucose intolerance, a risk factor for Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(2), 569–579. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-100768>
- Belleville, S. (2008). Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 57–66. <https://doi.org/10.1017/S104161020700631X>
- Benedet, M. J., y Alejandre, M. A. (1998). *TAVEC: Test de aprendizaje verbal España-Complutense: manual*. TEA Ediciones.
- Bonilla-Santos, J., Zea-Romero, E. Y., González-Hernández, A., y Cala-Martínez, D. Y. (2021). Marcadores cognitivos, biológicos, anatómicos y conductuales del deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Una revisión sistemática. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(2), 57–67. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30200057>

- Bruna, O., Roig Rovira, T., y Puyuelo, M. (2011). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Editorial Médica Panamericana. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=685524>
- Calatayud, E., Plo, F., y Muro, C. (2020). Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado. *Atención primaria*, 52(1), 38–46.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>
- Cancela, J. M., Ayán, C., y Varela, S. (2012). “*Symbol Digit Modalities Test*” normative values for Spanish home care residents: A pilot study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 299–303.
- Cantón Gálvez, J. M., Mohamed Si Ali, M., Haz-Gómez, F. E., & Hernández-Pedreño, M. (2022). *Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla ante las crisis financiera y sanitaria*. *Revista Latina de Sociología*.
<https://ruc.udc.es/entities/publication/e28d99df-c3f3-41fd-b64c-f09c48457662>
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., y Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38(5), 469–472.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ramos, F. y Bermejo-Pareja, F. (2020). Los trastornos neurocognitivos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Coords.), *Manual de psicopatología* (Vol. II, pp. 523-547). McGraw-Hill.
- Fernández, A. L., Marino, J. C., y Alderete, A. M. (2002). Estandarización y validez conceptual del test del trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista de Neurología Argentina*, 27, 83–88.
- Gillis, C., Mirzaei, F., Potashman, M., Ikram, M. A., y Maserejian, N. (2019). The incidence of mild cognitive impairment: A systematic review and data synthesis. *Alzheimer's y Dementia* 11(1), 248–256. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.01.004>

- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., Nikolaou, G., y Vantarakis, A. (2025). Neurotechnological approaches to cognitive rehabilitation in mild Cognitive Impairment: A systematic review of neuromodulation, EEG, virtual reality, and emerging AI applications. *Brain Sciences*, 15(6), 582. <https://doi.org/10.3390/brainsci15060582>
- Golden, C.J. (2001). Stroop: Test de colores y palabras. (3ª Ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Goodglass, H., Kaplan, E., y Barresi, B. (2005). Evaluación de la afasia y trastornos relacionados (3.ª ed.). Médica Panamericana.
- González Hernández, A., Rodríguez Quintero, A. M., y Bonilla Santos, J. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(2), 118–128. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>
- Hamilton, C. A. (2020). *Neurocognitive patterns and progression of mild cognitive impairment with Lewy bodies or Alzheimer's disease*. [Tesis doctoral, University of Newcastle]. <https://scispace.com/pdf/neurocognitive-patterns-and-progression-of-mild-cognitive-4nq1rnghlv.pdf>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hannon, B., y Daneman, M. (2009). Age-related changes in reading comprehension: an individual-differences perspective. *Experimental Aging Research*, 35(4), 432–456. <https://doi.org/10.1080/03610730903175808>
- Hernandez, L., Montañes, P., Gamez, A., Cano, C., y Nunez Castellar, E. P. (2007). Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria ,21(1), 992–1004. <https://biblio.ugent.be/publication/3166713>
- Hill, N. T. M., Mowszowski, L., Naismith, S. L., Chadwick, V. L., Valenzuela, M., y Lampit, A. (2017). Computerized cognitive training in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 174(4), 329–340. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030360>

- Hu, C., Yu, D., Sun, X., Zhang, M., Wang, L., y Qin, H. (2017). The prevalence and progression of mild cognitive impairment among clinic and community populations: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1595–1608. <https://doi.org/10.1017/s1041610217000473>
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (2025). INE. <https://www.ine.es/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Indicadores demográficos básicos. Proporción de población de 65 y más años por provincia (Tabla 1488)*. Recuperado el 2 de diciembre de 2025, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>
- Jaramillo, O. (2021). *Beneficios de la estimulación sensorial en adultos mayores con deterioro cognitivo leve*. [Trabajo de fin de grado, Universidad Central del Ecuador] <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24222>
- Karen Dayana, R. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. [Trabajo de fin de grado, Universidad del Rosario]. https://doi.org/10.48713/10336_3286
- Kohs, S. C. (1920). The block-design tests. *Journal of Experimental Psychology*, 3(5), 357–376. <https://doi.org/10.1037/h0074466>
- Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., Flicker, L., Foster, J. K., van Bockxmeer, F. M., Xiao, J., Greenop, K. R., y Almeida, O. P. (2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial: A randomized trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 300(9), 1027–1037. <https://doi.org/10.1001/jama.300.9.1027>
- Luo, L., y Craik, F. I. M. (2008). Aging and memory: a cognitive approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 346–353. <https://doi.org/10.1177/070674370805300603>
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Aguado Taberna, C., Albert Colomer, C., y Luque Luque, R. (2002). *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación*. *Medifam*, 12, 620–630.

- Ministerio de Sanidad. (2023). *Sistema de Información Sanitaria: Gasto sanitario público por comunidades autónomas (Tabla 31)*. Recuperado el 2 de diciembre de 2025 <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla31.htm>
- Moll van Charante, E. P., Richard, E., Eurelings, L. S., van Dalen, J.-W., Ligthart, S. A., van Bussel, E. F., Hoevenaar-Blom, M. P., Vermeulen, M., y van Gool, W. A. (2016). Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 388(10046), 797–805. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30950-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30950-3)
- Moro Murciego, L., y Sánchez Cabaco, A. (2024). Importancia clínica de las quejas subjetivas de memoria en la detección precoz del deterioro cognitivo leve: El rol de la familia. *Familia: Revista de Ciencia y Orientación familiar*, 62, 161–188. <https://doi.org/10.36576/2660-9525.62.161>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699 <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Estadísticas mundiales de salud. Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 2 de diciembre de 2025 <https://www.who.int/es/news/item/19-05-2023-urgent-action-needed-to-tackle-stalled-progress-on-health-related-sustainable-development-goals>

- Overton, M., Pihlsgård, M., y Elmståhl, S. (2019). Diagnostic stability of mild cognitive impairment, and predictors of reversion to normal cognitive functioning. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 48(5–6), 317–329. <https://doi.org/10.1159/000506255>
- Perez, A. F. (s. f). Quejas subjetivas de la memoria (QSM): simplificando su manejo en Atención Primaria. Semg.es. Recuperado el 2 de diciembre de 2025, de <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/453-qsm-manejo-en-ap>
- Petersen, R. C., y Negash, S. (2008). Mild cognitive impairment: an overview. *CNS Spectrums*, 13(1), 45–53. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016151>
- Rami, L., Mollica, M. A., García-Sánchez, C., Saldaña, J., Sánchez, B., Sala, I., Valls-Pedret, C., Castellví, M., Olives, J., & Molinuevo, J. L. (2014). The Subjective Cognitive Decline Questionnaire (SCD-Q): A validation study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 41(2), 453–466. <https://doi.org/10.3233/JAD-132027>
- Reijnders, J., van Heugten, C., y van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 263–275. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.003>
- Reyes, Y. Y. R., y Valbuena, L. P. A. (2023). ¿Es posible impedir el progreso del deterioro cognitivo leve por medio de tratamientos no farmacológicos? *Revista colombiana de psiquiatría*, 52(4), 372–379. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9543266>
- Rivara, M. (2022). *Deterioro de la Memoria Prospectiva en pacientes con deterioro cognitivo leve*. Comunicación presentada en el XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Rosselli, M., Jurado, M. B., y Matute, E. (2008). Las Funciones Ejecutivas a través de la Vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 23-46 <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/218>
- Saldívar, M. D. C. T. (2011). Aspectos generales del envejecimiento. En A. G. Valdivia (Ed.), *Envejecimiento, salud y enfermedad* (pp. 13–23). Universidad Autónoma de

Nuevo León. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023-guia-envejecimiento-salud-mental-en-personas-mayores.pdf#page=8>

- Salemme, S., Lombardo, F. L., Lacorte, E., Sciancalepore, F., Remoli, G., Bacigalupo, I., Piscopo, P., Zamboni, G., Rossini, P. M., Cappa, S. F., Perani, D., Spadin, P., Tagliavini, F., Vanacore, N., y Ancidoni, A. (2025). The prognosis of mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's y Dementia (Amsterdam, Netherlands)*, 17(1), e70074. <https://doi.org/10.1002/dad2.70074>
- Salthouse, T. A., Atkinson, T. M., y Berish, D. E. (2003). Executive functioning as a potential mediator of age-related cognitive decline in normal adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(4), 566–594. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.4.566>
- Song, W.-X., Wu, W.-W., Zhao, Y.-Y., Xu, H.-L., Chen, G.-C., Jin, S.-Y., Chen, J., Xian, S.-X., y Liang, J.-H. (2023). Evidence from a meta-analysis and systematic review reveals the global prevalence of mild cognitive impairment. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1227112. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1227112>
- Unión de Comunidades Islámicas de España. (2023). *Informe anual sobre la población musulmana en España 2023*. <https://ucide.org/islam/observatorio/informes/>, 10, 130. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G., y Quintana, J. M. (2012). *Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people*. Health and Quality of Life Outcomes, 10, 130.
- Verhaeghen, P., Steitz, D. W., Sliwinski, M. J., y Cerella, J. (2003). Aging and dual-task performance: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(3), 443–460. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.3.443>
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Pearson.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.-O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., de Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., ... Petersen,

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

R. C. (2004). Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x>

APENDICE

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº

Manifiesto que se me ha explicado y he comprendido toda la información relativa al programa, que he podido plantear las preguntas que me han surgido y que he recibido información suficiente al respecto.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando desee sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de intervención psicológica para el deterioro cognitivo leve en Ceuta: adaptación a sus particularidades socioculturales.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando lo anterior en consideración, otorgo mi consentimiento para participar en el programa y para el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de cumplir los objetivos establecidos en el proyecto.

Ceuta, a ____ de _____ de ____